

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

---

---

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 4. 2011 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

---

---

**Учредитель:**

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

---

---

Журнал включен в перечень научных изданий,  
рекомендованных Комитетом по контролю  
в сфере образования и науки МОН РК для  
публикации основных результатов диссертаций.

---

---

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

---

---

Ответственность за содержание публикуемых  
материалов 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  
укрепления здоровья» обязательна.

---

---

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦФЗОЖ.

Адрес редакции:

г. Алматы, ул. Кунаева, 86

тел: 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:**

Кузнецов А.А.

**Технический секретарь:**

Карайганова К.А.

**Редакционная коллегия:**

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.

(Ташкент), Дурумбетов Е.Е.,

Кудайбергенов Т.К., Жандосов Ш.У., Каржаубаева

Ш.Е., Булешев 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.,

Абилдаев 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)

Тургунбаева А.Л. (Усть-Каменогорск)

Мухтарова Г.М. (Алматинская область)

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)

Ермеккалиева С.Б. (Уральск)

Шаухаров Х.С. (Тараз)

Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)

## МАЗМҰНЫ

### “ДҰРЫС ТАМАҚТАНУ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫНЫҢ НЕГІЗІ” АТТЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАТЫСУМЕН РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ (12-13 ҚАЗАН 2011 Ж., АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ)

1. **Жандосов Ш.У.** Қазақстан Республикасының азық-түліктің қауіпсіздік гигиеналық аспектері -----11
2. **Қаржаубаева Ш.Е.** Салауатты өмір салты қызметінің кәсібі тиімсіз тамақтанудың алдын алу сертті -----13
3. **Апсеметова М.А.** ХАССП -жүйесі принциптеріне негізделген азық-түліктердің қауіпсіздік басқармасқармасы -----17
4. **Габдильшимова З.Т.** Плацентарлы жетіспеушіліктің алиментарлы жөндеуінің ғылыми көзқарастың дәйектемесі -----20
5. **Дягилева Н.В.** Алматы қаласындағы мектеп оқушыларының тамақтануының ұйымына бақылау -----25
6. Қазақстанның тәуелсіздігінің 20 жылдығына арналған “Дұрыс тамақтану салауатты өмір салтының негізі” атты Халықаралық ғылыми-практикалық конференцияның резолюциясы. (12-13 қазан 2011 ж., Алматы)--27

### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚҰРАСТЫРУ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРШЫЛЫҚ ЖЕТІЛДІРУ СҰРАҚТАРЫ

1. **Баттақова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Адаева А.А., Палтушева Т.П., Акимбаева А.А.** Оңтүстік-Қазақстан облыс аймақтарын қоршаған ортаның шарттары жайлы тұрғындардың пікірлерін зерттеу -----29
2. **Слажнёва Т.И., Нугманова Д.С., Айтмухамбетов Н.А., Тамашова С.А.** Денсаулық сақтау түйіннің, жүрек қан – тамырлары ауруларының алдын алудағы тұрғындардың салаутсыз тәртібін және әдеттерін өзгерту -----32
3. **Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А.** Тиімді тамақтанудың негізгі қағидаларына сәйкестікте Қазақстан тұрғындарының тамақтану мінездемесі-----35
4. **Медеубаева К.К., Колокина Р.С., Шайкенова А.Т., Палтушева Т.П.** Балалар мен жасөспірімдердің арасындағы жарақаттанудың алдын алу -----39
5. **Габдильшимова З.Т.** Әйелдердің жеңіл дәрежедегі ауыртпалықтың кешеуілді уыттану кезінде тамақтану рационының негіздемесі -----41
6. **Габдильшимова З.Т.** Жатырдың ішкі құрсағындағы дамуын тоқтатылуының алдын алудағы поли толықтырылған майлы қышқылдың пайдалану мүмкіншілігі-----44
7. **Аязбаев Ж.А., Колотилова И.Е.** Өндіріс кәсіпорындардағы жұмыскерлердің медициналық байқауында алкогольизмнің скринингі -----47
8. **Шайкенова А.Т., Шағырбаева А.А., Хайдарова Т.С., Шағайбаева Ш.Н.** Балалар мен жасөспірімдердің арасындағы жарақаттанудың алдын алу-----49
9. **Рахимбекова Қ.С.** Салауатты өмір салты және оның адамға деген әсері-----51
10. **Джумашева И.Б.** Қоғамдық денсаулық. Салауатты өмір салтын күнделікті сақтау-----53

### ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

1. **Койков В.В., Граф М.А., Ермаханова Г.А.** Медициналық мекемелерде қауіпсіз қоршаған ортаны ұйымдастырудың басты аспектілері-----55
2. **Каусова Г.К., Қорғанбаева Д.Э.** Псориаз ауруымен науқастардың өмірлерінің сапасы сұрағына келгенде -----58
3. **Көшербаева Л.К., Ибраев С.Е., Кумар А.** Денсаулық сақтау жүйесінде стандарттау кезінде медициналық технологияны бағалаудың маңызы-----61
4. **Колокина Р.С., Миронова Е.Н., Суйеуенов Б.С., Палтушева Т.П.** Балалармен жасөспірімдерде психотерапияның ерекшеліктері-----63
5. **Адилханова К.А.** Амбулаторлық жағдайда психиатриялық көмек ұйымдастыру қағидалары-----65
6. **Умарова Г.Р.** Балаларды оңалту сұрақтары-----68
7. **Сарина С.Д.** Тараз қаласындағы №1 балалар емханасында біртұтас ұлттық денсаулық сақтау жүйесін

енгізу туралы -----	70
8. Қалмақова Ж.А. Қорқыт ата атындағы қызылорда мемлекеттік университетінің медициналық көмек көрсету жұмысының жағдайы-----	71
9. Аязбаев Ж.А. Жаңаөзен қаласының жасөспірімдер арасындағы «компьютерлік ойындық тәуелділіктің» таралуы -----	73
10. Иволгина Е.В. Емханалық кезеңіндегі insultтерi бар ауруларды оңалту-----	78
11. Құдайбергенова Г.С. Дене қозғалысы – қоғамдық өмірдің кепілі-----	81
12. Григолашвили М.А, Шарапиева С.К. Инсульттің салдарлық алдын алу -----	83
13. Григолашвили М.А, Шарапиева С.К. Бас айнарудың алдын алу -----	86
14. Ермекқалиева С.Б. Вестибулярлы аппараттың функциясын қалпына келтіру: реабилитацияның практикалық жетістіктері және негізгі ережелері-----	88

#### АНА МЕН БАЛАНЫ ҚОРҒАУ

1. Акоев Ю.С. Емшектегі жас сәби балалардың жөргек дерматитінің алдын алу шараларын ұйымдастыру ----	92
2. Утегенова Н.А. Алматы қалалық клиникалық инфекцияға қарсы жас балаларды емдейтін аурухананың деректердің негізінде нейроинфекция ауруларының алдын алу-----	96
3. Утегенова Н.А. Герпетиялық энцефалит-----	98
4. Дүйсенбаева Р.А., Лузин А.М. Құрсақ ішіндегі цитомегаловирустік жұқпасы. Тәжірибеден алынған оқиға. -----	101
5. Саликова Л.Т. Көкшетау қаласы бойынша перинаталды өлім-жітімінің құрылымында перинаталды күтуі бойынша жаңа технологияларды енгізуінің оң динамикасы-----	103
6. Саликова Л.Т. Көкшетау қаласы бойынша жүкті әйелдердің арасында кездесетін жыныс мүшенің сыртындағы патология ауруын емдеу -----	105
7. Мусина Л.Н. Фето - феталдік трансфузия синдромы-----	107
8. Касенова А.Б., Нуриева В.Ж., Умиртаева М.Б., Бедельбаева Г.А., Кундызбаева А.А., Жуманиязова М.А. Жатырдың фибриомасы -----	109
9. Касенова А.Б., Нуриева В.Ж., Умиртаева М.Б., Бедельбаева Г.А., Кундызбаева А.А., Жуманиязова М.А. Кесарь тілігнен кейінгі перитонит және сепсис -----	111
10. Касенова А.Б., Нуриева В.Ж., Умиртаева М.Б., Бедельбаева Г.А., Кундызбаева А.А., Жуманиязова М.А. Ұрпақ өрбіту ағзаларының эндометриозы-----	113
11. Тастайбекова С.С. HELLP-синдромы-----	115
12. Касенова А.Б. Бұтаралық жырттылу -----	117
13. Касенова А.Б. Кесарь тілігі-----	118
14. Нұрмағамбетова К.Е. Балалардың ерте жасындағы сүтті ыдырататын ферментінің жетіспеушілігі және оны диетатерипиямен жөндеу-----	120

#### КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДІ МЕДИЦИНА

1. Қуанышева Г.В. Урологиядағы лапароскопиялық операцияларындағы, газды эмболия - бұл қаһарлы кедергі -----	123
2. Қуанышева Г.В. Промедолды урологиядағы жұлын анестезиясында компонент тұрғыда қолдану-----	126
3. Касымов Г.М., Терликбаева А.Т., Касымов Б.М., Мустафин А.Б., Бижанова А.С., Идрисова Г.Н., Налибекова Г.И., Сулейменова А.С., Дарыбаева А.Ж. Артериалды гипертензияны емдеу кезінде Фозикардты пайдалану көздері-----	128
4. Молдашева Г.Д., Омарова Х.С., Маратова А.М., Джекенова Ш.А. Диареяға қарсы құрал ретінде «Адсорбикс экстра» препаратының клиникалық сынауы-----	129
5. Тусипова Р.С. Онкология операцияларында эпидурал қоршауын жансыздандыруды компоненті-----	132
6. Жиентаева Р.А. Учаскелік дәрігердің тәжірибесінде пробиотиктерді пайдалану-----	135
7. Жексеитова А.С. Эякулят бойынша сперматогенездің сапасы -----	137
8. Жексеитова А.С. Несеп жыныс өзіне тән ауруларының фармакокинетикалық көрсеткіштері -----	139
9. Абузярова Р.Р. Түйінді эритема-----	140
10. Бейсекеев Б.Р. Дәрігер-отоларингологтің тәжірибесіндегі теңіз суының ерітіндісін қолдану-----	142
11. Шепелева Н.В. Мұрын қуыстары және танау маңындағы қойнау ауруларында Синомарин препаратпен	

элиминация терапиясы арқылы емдеу-----	145
12. Старцева Э.К. Ересек емделушілерде есекжем кезінде «Адсорбикс экстраны» ұтымды және қауіпсіз пайдалану -----	147
13. Икенова Ж.А. Жүректің ишемиялық аурулары және сынақ жүктемесі -----	149
14. Гапуров Б.С. Геморрагиялық шок -----	151
15. Спарииш Т.И., Асимов Р.А., Бондаренко А.И., Фомина Т.А., Гапуров Б.С., Самаева С.А., Бессонова Г.Ж. Баяу пневмоторакс -----	153
16. Спарииш Т.И., Асимов Р.А., Бондаренко А.И., Фомина Т.А., Гапуров Б.С., Самаева С.А., Бессонова Г.Ж., Сарсенбаев Д.К., Нурмухамбетов А.Н., Омарбек Н.Т. Тыныс шамасыздығы -----	154
17. Гапуров Б.С. Жарақаттан алған соққы -----	157
18. Самаева С.А. Гипертониялық криздің клиникасы -----	158
19. Самаева С.А. Гипертониялық криздің жіктеуі -----	160
20. Бухарбаев М.М. Анестезиология-----	162

### **ИНФЕКЦИЯ АУРУЛАРЫНЫҢ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ, МАСКҮНЕМДІК ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ**

1. Демесинова С.Т. Қостанай қаласындағы, жас сәби балаларды емдейтін ауруханадағы №6 бөлімше бойынша «Жаңа жағдаймен» аурулардың арасында емдеу нәтижелерін талдау және талқылау-----	164
2. Иманова А.Ж. Препараттардың пробиотикалық қолдануымен паразит қоздыратын ауруларын жан-жақты емдеу-----	167
3. Абдрахманова Г.М. Өткір респиратор ауруларында бактерияларға қарсы препараттарымен балаларды емдеу-----	168
4. Жексеитова А.С. Есірткіқұмардың қанның формалық элементтеріне постинъекцияның әсері -----	170
5. Ем Ю.Ч. Созылмалы вирустық гепатиттер ауруларының жүргізуінде деонтологиялық мәселелері-----	171
6. Акшалова А.К. Балалардың өткір респираторлық жұқпасындағы элиминациялық емдеу -----	173
7. Раимқұлова С.К. Аскаридоз-----	176
8. Асильбекова Г.А. Балалар ішектерінің дисбактериозы. Емдеу және профилактика-----	177
9. Жұмағамбетова А.Ш. Балалардың өткір ішек жұқпасында емдік тамақтану-----	180
10. Каинбаев Е.М. Жамбыл облысындағы балалар инфекциялық ауруханасындағы респираторлық инфекциясы бөлімінде бала жасындағы ауруларды жүргізуінің кірігіп бірігу принциптері -----	182

### **ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ**

1. Дүйсенбаева Р.А. 10 айлық нәрестенің папилломатоз көмей ауруы. Тәжірибеден алынған дәлелденген жағдай -----	184
2. Сарқытова Ж.Т. Балалардағы церебралдық салдану. Этиологиясы және патогенез-----	186
3. Спарииш Т.И., Асимов Р.А., Бондаренко А.И., Фомина Т.А., Гапуров Б.С., Самаева С.А., Бессонова Г.Ж., Сарсенбаев Д.К., Нурмухамбетов А.Н., Омарбек Н.Т. Өкпе эмфиземасы-----	190
4. Абузярова Р.Р., Ягмирбаева М.Н. Құяң-----	192
5. Ягмирбаева М.Н. Реактивті буын қабынуы-----	194
6. Ахметова Г.У. Жүректің ишемиялық ауруы -----	196
7. Асильбекова Г.А. Күндізгі стационарда балалар неврологиясында-кортексинның қолдануы-----	198
8. Сахова Ж.У. Маастрихт - 3. Не жаңалық бар?-----	200
9. Сахова Ж.У. Бір-біріне ұқсас ауруларда - НР кезінде эракадциялық емдеу-----	201
10. Юлдашева И.Э. Жас сәби балалардың ұланулары-----	202
11. Ягмирбаева М.Н. Ревмотологиялық буын қабынуы-----	205
12. Ягмирбаева М.Н. Деформациялайтын буынның қабынбай зақымдануы-----	207
13. Ягмирбаева М.Н. Құяң-----	209
14. Құрманбаева Н. 2011 жылы Ілі ауданның мақсаттық топ тұрғындарының алдын алу медициналық байқауы -----	211
15. Ермекқалиева С.Б. Табиғаттың құнсыз сыйы-----	212
16. Хайрошева Н.М. Ингибитор протон помпасының және прокинетиктердің гастроэзофагеалды рефлюкс ауруының біріктірілген емдеудің әсері -----	213

### **СТОМАТОЛОГИЯ**

1.	Нүсіпжанова Р.Е. Фиссур герметизациясы: көрсеткіштері және артықшылықтары-----	215
2.	Нүсіпжанова Р.Е. Мектеп жасындағы балалардың ауыз-қуысындағы герпетиялық-----	217
3.	Толубаева Г.Ж. Өткір герпетиялық ұлану-----	219

## СОДЕРЖАНИЕ

### МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» (12-13 ОКТЯБРЯ 2011 г., г. АЛМАТЫ), ПОСВЯЩЕННОЙ 20-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ КАЗАХСТАНА

1.	Жандосов Ш.У. Гигиенические аспекты продовольственной безопасности Республики Казахстан -----	11
2.	Каржаубаева Ш.Е. Деятельность службы формирования здорового образа жизни по профилактике заболеваний, обусловленных нерациональным питанием-----	13
3.	Апсеметова М.А. Управление безопасностью пищевых продуктов на основе принципов ХАССП-системы -----	17
4.	Габдильшимова З.Т. Обоснование научных подходов алиментарной коррекции плацентарной недостаточности -----	20
5.	Дягилева Н.В. Контроль за организацией питания школьников г. Алматы -----	25
6.	Резолюция Международной научно-практической конференции «Здоровое питание как основа здорового образа жизни», посвященной 20-летию независимости Казахстана (12-13 октября, г. Алматы)-----	27

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

1.	Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Адаева А.А., Палтушева Т.П., Акимбаева А.А. Изучение мнения населения об условиях окружающей среды на территории Южно-Казахстанской области -----	29
2.	Слажнёва Т.И., Нугманова Д.С., Айтмухамбетов Н.А., Тамашова С.А. Изменение нездорового поведения и привычек населения для предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения -----	32
3.	Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А. Характеристика питания населения Казахстана и соответствие основным принципам рационального питания-----	35
4.	Медеубаева К.К., Колокина Р.С., Шайкенова А.Т., Палтушева Т.П. Проблемы нарушения опорно- двигательного аппарата у учащихся общеобразовательных школ-----	39
5.	Габдильшимова З.Т. Особенности пищевого рациона женщин с преэклампсией легкой степени тяжести -----	41
6.	Габдильшимова З.Т. Возможности применения полиненасыщенных жирных кислот в профилактике синдрома задержки внутриутробного развития плода-----	44
7.	Аязбаев Ж.А., Колотилова И.Е. Скрининг алкоголизма в условиях медицинского осмотра рабочих промышленных предприятий-----	47
8.	Шайкенова А.Т., Шагырбаева А.А., Хайдарова Т.С., Шагайбаева Ш.Н. Профилактика травматизма среди детей и подростков-----	49
9.	Рахимбекова К.С. Здоровый образ жизни и его влияние на человека-----	51
10.	Джумашева И.Б. Общественное здоровье. Здоровый образ жизни-----	53

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1.	Койков В.В., Граф М.А., Ермаханова Г.А. Ключевые аспекты организации безопасной окружающей среды в медицинских организациях-----	55
2.	Каусова Г.К., Корганбаева Д.Э. К вопросу качества жизни у больных псориазом -----	58
3.	Кошербаева Л.К., Ибраев С.Е., Кумар А. Значение оценки медицинских технологий при стандартизации в системе здравоохранения-----	61

4. Колокина Р.С., Миронова Е.Н., Суйеукенов Б.С., Палтушева Т.П. Особенности психотерапии у детей и подростков-----	63
5. Адильханова К.А. Принципы организации психиатрической помощи в амбулаторных условиях-----	65
6. Умарова Г.Р. Вопросы реабилитации у детей-----	68
7. Сарина С.Д. О ходе внедрения Единой национальной системы здравоохранения в Городской детской больнице №1 г. Тараз -----	70
8. Калмакова Ж.А. Состояние работы по оказанию медицинской помощи в Кызылординском государственном университете имени Коркыт Ата-----	71
9. Аязбаев Ж.А. Распространённость «компьютерной игровой зависимости» среди подростков г. Жанаозен ---	73
10. Иволгина Е.В. Реабилитация больных с инсультами на поликлиническом этапе-----	78
11. Кудайбергенова Г.С. Физическая активность – гарантия благополучной общественной жизни-----	81
12. Григолашвили М.А, Шарапиева С.К. Вторичная профилактика инсульта-----	83
13. Григолашвили М.А, Шарапиева С.К. Профилактика головокружений-----	86
14. Еремеккалиева С.Б. Восстановление функций вестибулярного аппарата: основные положения и практические достижения реабилитации-----	88

### ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

1. Акоев Ю.С. Профилактика пеленочного дерматита у детей грудного возраста-----	92
2. Утегенова Н.А. Нейроинфекционные заболевания на материале ДГКИБ г. Алматы-----	96
3. Утегенова Н.А. Герпетический энцефалит-----	98
4. Дуйсенбаева Р.А., Лузин А.М. Внутриутробная цитомегаловирусная инфекция. Случай из практики---	101
5. Саликова Л.Т. Положительная динамика внедрения новых технологий по перинатальному уходу в структуре перинатальной смертности по г. Кокшетау-----	103
6. Саликова Л.Т. Экстрагенитальная патология среди беременных женщин по г. Кокшетау-----	105
7. Мусина Л.Н. Фето-фетальный трансфузионный синдром-----	107
8. Касенова А.Б., Нуриева В.Ж., Умиртаева М.Б., Бедельбаева Г.А., Кундызбаева А.А., Жуманиязова М.А. Фибриома матки-----	109
9. Касенова А.Б., Нуриева В.Ж., Умиртаева М.Б., Бедельбаева Г.А., Кундызбаева А.А., Жуманиязова М.А. Перитонит и сепсис после кесарева сечения-----	111
10. Касенова А.Б., Нуриева В.Ж., Умиртаева М.Б., Бедельбаева Г.А., Кундызбаева А.А., Жуманиязова М.А. Генитальный эндометриоз-----	113
11. Тастайбекова С.С. HELLP-синдром-----	115
12. Касенова А.Б. Разрыв промежности-----	117
13. Касенова А.Б. Кесарево сечение-----	118
14. Нурмагамбетова К.Е. Лактазная недостаточность у детей раннего возраста и ее коррекция диетотерапией -----	120

### КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

1. Куанышева Г.В. Газовая эмболия как грозное осложнение при лапароскопических операциях в урологии -----	123
2. Куанышева Г.В. Использование Промедола в качестве компонента спинномозговой анестезии в урологии -----	126
3. Касымова Г.М., Терликбаева А.Т., Касымова Б.М., Мустафин А.Б., Бижанова А.С., Идрисова Г.Н., Налибекова Г.И., Сулейменова А.С., Дарыбаева А.Ж. Опыт применения Фозикарда при лечении артериальной гипертензии-----	128
4. Молдашева Г.Д., Омарова Х.С., Маратова А.М., Джекенова Ш.А. Клиническое испытание препарата «Адсорбикс Экстра» как противодиарейного средства-----	129
5. Тусипова Р.С. Эпидуральная блокада как компонент анестезии при онкологических операциях-----	132
6. Жиентаева Р.А. Применение пробиотиков в практике участкового педиатра-----	135
7. Жексеитова А.С. Оценка сперматогенеза по эякуляту-----	137
8. Жексеитова А.С. Фармакокинетические показатели неспецифических заболеваний мочеполовой системы у	

женщин-----	139
9. Абузярова Р.Р. Узловая эритема-----	140
10. Бейсекеев Б.Р. Применение раствора морской воды в практике врача-оториноларинголога-----	142
11. Шепелева Н.В. Элиминационная терапия препаратом Синомарин при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух-----	145
12. Старцева Э.К. Эффективное и безопасное применение Адсорбикса Экстра у взрослых пациентов при крапивнице-----	147
13. Икенова Ж.А. ИБС и нагрузочные пробы-----	149
14. Гапуров Б.С. Геморрагический шок-----	151
15. Спарिश Т.И., Асимов Р.А., Бондаренко А.И., Фомина Т.А., Гапуров Б.С., Самаева С.А., Бессонова Г.Ж. Спонтанный пневмоторакс-----	153
16. Спарिश Т.И., Асимов Р.А., Бондаренко А.И., Фомина Т.А., Гапуров Б.С., Самаева С.А., Бессонова Г.Ж., Сарсенбаев Д.К., Нурмухамбетов А.Н., Омарбек Н.Т. Дыхательная недостаточность-----	154
17. Гапуров Б.С. Травматический шок-----	157
18. Самаева С.А. Клиника гипертонических кризов-----	158
19. Самаева С.А. Классификация гипертонических кризов-----	160
20. Бухарбаев М.М. Анестезиология-----	162

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

1. Демесинова С.Т. Анализ исходов лечения среди больных с «новым случаем» по участку №6 г. Костанай ----	164
2. Иманова А.Ж. Комплексное лечение паразитозов с применением пробиотических препаратов-----	167
3. Абдрахманова Г.М. Лечение антибактериальными препаратами детей при острых респираторных заболеваниях-----	168
4. Жексейтова А.С. Влияние постинъекционного тромбоза на форменные элементы крови у наркоманов-----	170
5. Ем Ю.Ч. Деонтологические проблемы при ведении больных хроническими вирусными гепатитами-----	171
6. Акшалова А.К. Элиминационная терапия при острых респираторных инфекциях у детей-----	173
7. Раимкулова С.К. Аскаридоз-----	176
8. Асильбекова Г.А. Дисбактериоз кишечника у детей. Лечение и профилактика-----	177
9. Жумагамбетова А.Ш. Лечебное питание при острых кишечных инфекциях у детей-----	180
10. Каинбаев Е.М. Принципы интегрированного ведения болезней детского возраста в отделении респираторных инфекций Жамбылской областной детской инфекционной больницы-----	182

### ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дуйсенбаева Р.А. Папилломатоз гортани у ребенка 10 месяцев. Случай из практики-----	184
2. Саркытова Ж.Т. Детский церебральный паралич. Этиология и патогенез-----	186
3. Спарिश Т.И., Асимов Р.А., Бондаренко А.И., Фомина Т.А., Гапуров Б.С., Самаева С.А., Бессонова Г.Ж., Сарсенбаев Д.К., Нурмухамбетов А.Н., Омарбек Н.Т. Эмфизема легких-----	190
4. Абузярова Р.Р., Ягмирбаева М.Н. Подагра-----	192
5. Ягмирбаева М.Н. Реактивный артрит-----	194
6. Ахметова Г.У. Ишемическая болезнь сердца-----	196
7. Асильбекова Г.А. Применение кортексина в детской неврологии в условиях дневного стационара-----	198
8. Сахова Ж.У. Маастрихт-3. Что нового?-----	200
9. Сахова Ж.У. Эрадикационная терапия при НР – ассоциированных заболеваниях-----	201
10. Юлдашева И.Э. Острые отравления у детей-----	202
11. Ягмирбаева М.Н. Ревматоидный артрит-----	205
12. Ягмирбаева М.Н. Деформирующий остеоартроз-----	207
13. Ягмирбаева М.Н. Подагра-----	209
14. Курманбаева Н. Профилактические медицинские осмотры целевых групп населения Илийского района на 2011 год-----	211
15. Ермеккалиева С.Б. Бесценный дар природы-----	212
16. Хайрошева Н.М. Эффективность комбинированной терапии ИПП и прокинетики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни-----	213

## СТОМАТОЛОГИЯ

1. Нусипжанова Р.Е. Герметизация фиссур: показания и преимущества-----215
2. Нусипжанова Р.Е. Особенности проявления герпетической инфекции в полости рта детей школьного возраста-----217
3. Толубаева Г.Ж. Острый герпетический стоматит-----219

## CONTENTS

### MATERIALS OF REPUBLICAN SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION “HEALTHY FOOD AS A BASIS FOR A HEALTHY LIFESTYLE” (OCTOBER 12-13, 2011, ALMATY CITY), DEDICATED TO THE 20TH ANNIVERSARY OF INDEPENDENCE OF THE KAZAKHSTAN

1. Zhandosov Sh.U. Hygienic aspects of food security of the Republic of Kazakhstan -----11
2. Karzhaubaeva Sh.E. The activity of the service of a healthy lifestyle on prevention diseases caused by poor nutrition -----13
3. Apsemetova M.A. Management of food safety based on principles of the HASSP-system----- 17
4. Gabdilashimova Z.T. Justification of scientific approaches on nutritional correction of placental insufficiency---20
5. Dyagileva N. V. Control over the organization of school meals in Almaty city-----25
6. 5. Resolution of the International scientific-practical conference “Healthy food as a basis for a healthy lifestyle” (October 12-13, Almaty city)-----27

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

1. Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Khaidarova T.S., Adaeva A.A., Paltusheva T.P., Akimbaeva A.A. The study of public opinion on environmental conditions in the territory of South Kazakhstan region -----29
2. Slazhneva T.I., Nugmanova D.S., Aitmukhambetov N.A., Tamashova S. A. Changing unhealthy behaviors and habits of population in order to prevent cardiovascular disease in primary healthcare system-----32
3. Khaidarova T.S., Akimbaeva A.A. Characteristics of nutrition of the population of Kazakhstan and matching to the basic principles of nutrition -----35
4. Medeubaeva K.K., Kolokina R.S., Shaikenova A.T., Paltusheva T.P. Problems of musculoskeletal apparatus disorders among schoolchildren-----39
5. Gabdilashimova Z.T. Features of the diet of women with mild preeclampsia -----41
6. Gabdilashimova Z.T. Possibilities of applications of polyunsaturated fatty acids in the prevention of intrauterine growth retardation syndrome fetus -----44
7. Ayazbaev Zh.A., Kolotilova I.E. Screening for alcoholism in conditions of a medical examination of industrial workers -----47
8. Shaikenova A.T., Shagyrbayeva A.A., Khaidarova T.S., Shagaibaeva S.N. Injury prevention in children and adolescents-----49
9. Rakhimbekova K.S. Healthy lifestyle and its impact on human-----51
10. Dzhumasheva I.B. Public health. Healthy lifestyle-----53

### PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM

1. Koikov V.V., Graf M.A., Ermakhanova G.A. Key aspects of the organization of a safe-----55
2. Kausova G.K., Korganbaeva D.E. Problem of quality of life in patients with psoriasis -----58
3. Koshberbaeva L.K., Ibraev S.E., Kumar A. Significance of medical technology assessment of standardization in health care system-----61
4. Kolokina R.S., Mironova E.N., Suieukenov B.S., Paltusheva T.P. Features of psychotherapy in children and adolescents-----63
5. Adilkhanova K.A. Principles of organization of psychiatric care in an outpatient setting -----65
6. Umarova G.R. Issues of child rehabilitation----- 68

7. <b>Sarina S.D.</b> About implementation of the unified national system of health care in city children's hospital № 1, Taraz city-----	70
8. <b>Kalmakova Zh.A.</b> Status of work on medical aid of Korkyt ata Kyzylorda State university-----	71
9. <b>Ayazbaev Zh.A.</b> The prevalence of "computer game addiction" among teenagers of Zhanaozen city -----	73
10. <b>Ivolgina E.V.</b> Rehabilitation of patients with stroke on polyclinic stage-----	78
11. <b>Kudaibergenova G.S.</b> Physical activity - a guarantee of a happy social life -----	81
12. <b>Grigolashvilli M.A, Sharapieva S.K.</b> Secondary prevention of stroke -----	83
13. <b>Grigolashvilli M.A, Sharapieva S.K.</b> Prevention of vertigo -----	86
14. <b>Ermekkalieva S.B.</b> Recovery of functions of the vestibular apparatus: basic principles and practical achievements of rehabilitation-----	88

## MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION

1. <b>Akoev U.S.</b> Prevention of diaper dermatitis in infants-----	92
2. <b>Utegenova N.A.</b> Neyroinfectious diseases on the basis of children's city clinical infectious hospital of Almaty city-----	96
3. <b>Utegenova N.A.</b> Herpes encephalitis-----	98
4. <b>Duysenbaeva R.A., Luzin A.M.</b> Fetal cytomegalovirus infection. Case report-----	101
5. <b>Salikova L.T.</b> Positive dynamics of new technology application on perinatal care in the structure of perinatal mortality in Kokshetau city-----	103
6. <b>Salikova L.T.</b> Extragenital pathology among pregnant women in Kokshetau city-----	105
7. <b>Musina L.N.</b> Feto-fetal transfusion syndrome-----	107
8. <b>Kasenova A.B., Nurieva V.Zh., Umirtaeva M.B., Bedelbaeva G.A., Kundizbaeva A.A., Jumaniyazova M. A.</b> Fibrioma uterus -----	109
9. <b>Kasenova A.B., Nurieva V.Zh., Umirtaeva M.B.</b> Peritonitis and sepsis after caesarean section-----	111
10. <b>Kasenova A.B., Nurieva V.Zh., Umirtaeva M.B.</b> Genital endometriosis -----	113
11. <b>Tastaibekova S.S.</b> Hellp-syndrome-----	115
12. <b>Kasenova A.B.</b> Rupture of the perineum -----	117
13. <b>Kasenova A.B.</b> Caesarean section -----	118
14. <b>Nurmagambetova K.E.</b> Lactase deficiency in infants and it's correction with diet -----	120

## CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

1. <b>Kuanysheva G.V.</b> Gas embolism as threatening complication at laparoscopic surgery in urology-----	123
2. <b>Kuanysheva G.V.</b> Use of Promedol as component for spinal anesthesia in urology-----	126
3. <b>Kasymova G.M., Terlikbaeva A.T., Kasymova B.M., Mustafin A.B., Bizhanova A.S., Idrisova G.N., Nalibekova G.I., Suleimenova A.S., Darybaeva A.Zh.</b> Experience of Fosicard use for hypertension treatment-----	128
4. <b>Moldasheva G.D., Omarova H.S., Maratova A.M., Jekenova Sh.A.</b> Clinical trials of "Adsorbix extra" as antidiarrhoeal drug-----	129
5. <b>Tusipova R.S.</b> Epidural blockade as a component of anesthesia during cancer operations-----	132
6. <b>Zhientaeva R.A.</b> Use of probiotics in practice of district pediatricians-----	135
7. <b>Zhekseitova A.S.</b> Evaluation of spermatogenesis in the ejaculate -----	137
8. <b>Zhekseitova A.S.</b> The pharmacokinetic parameters of nonspecific diseases of urogenital system in women ----	139
9. <b>Abuzyarova R.R.</b> Nodular erythema-----	140
10. <b>Beyshekeev B.R.</b> Application of sea water solution in practice of E.N.T. - specialist-----	142
11. <b>Shepeleva N.V.</b> Elimination treatment with Sinomarin diseases of nasal cavity and paranasal sinuses-----	145
12. <b>Startseva E.K.</b> Effective and safe use of Adsorbix extra in adult patients with hives-----	147
13. <b>Ikenova Zh.A.</b> Coronary artery disease and stress tests -----	149
14. <b>Gapurov B.S.</b> Hemorrhagic shock -----	151
15. <b>Sparish T.I., Asimov R.A., Bondarenko A.I., Fomina T.A., Gapurov B.S., Samaeva S.A., Bessonova G.Zh.</b> Spontaneous pneumothorax -----	153
16. <b>Sparish T.I., Asimov R.A., Bondarenko A.I., Fomina T.A., Gapurov B.S., Samaeva S.A., Bessonova G.Zh., Sarsenbaev D.K., Nurmukhambetov A.N., Omarbek N.T.</b> Respiratory insufficiency -----	154

17. <b>Gapurov B.S.</b> Traumatic shock -----	157
18. <b>Samaeva S.A.</b> Clinic of hypertensive crises -----	158
19. <b>Samaeva S.A.</b> Classification of hypertensive crises -----	160
20. <b>Buharbaev M.M.</b> Anesthesiology -----	162

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

1. <b>Demesinova S.T.</b> Analysis of treatment outcomes among patients with “new cases” on site №6, Kostanay city-----	164
2. <b>Imanova A.Zh.</b> Complex treatment of parasites by using probiotic drugs-----	167
3. <b>Abdrakhmanova G.M.</b> Treatment by antibiotics of children with acute respiratory infections-----	168
4. <b>Zhekseitova A.S.</b> Effect of postinjection thrombosis on blood cells in drug addicts -----	170
5. <b>Em U.Ch.</b> Deontological problems in management of patients with chronic viral hepatitis-----	171
6. <b>Akshalova A.K.</b> An elimination therapy for acute respiratory infections in children -----	173
7. <b>Raimkulova S.K.</b> Ascariasis-----	176
8. <b>Asilbekova G.A.</b> Dysbacteriosis intestine in children. Treatment and prevention -----	177
9. <b>Zhumagambetova A.Sh.</b> Nutritional care in acute intestinal infections in children -----	180
10. <b>Kainbaev E.M.</b> Principles of integrated management of childhood illness in the department of respiratory infections of Zhambyl children’s infectious hospital -----	182

### PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

1. <b>Duysenbaeva R.A.</b> Laryngeal papillomatosis in a child of 10 months old. Case report-----	184
2. <b>Sarkytova Zh.T.</b> Children’s cerebral paralysis. Etiology and pathogenesis-----	186
3. <b>Sparish T.I., Asimov R.A., Bondarenko A.I., Fomina T.A., Gapurov B.S., Samaeva S.A., Bessonova G.Zh., Sarsenbaev D.K., Nurmukhambetov A.N., Omarbek N.T.</b> Emphysema of lungs -----	190
4. <b>Abuzyarova R.R., Yagmirbaeva M.N.</b> Gout-----	192
5. <b>Yagmirbaeva M.N.</b> Reactive arthritis-----	194
6. <b>Akhmetova G.U.</b> Coronary artery disease -----	196
7. <b>Asilbekova G.A.</b> Application of Cortexin in pediatric neurology at day hospital-----	198
8. <b>Sakhova Zh.U.</b> Maastricht-3. What’s new?-----	200
9. <b>Sakhova Zh.U.</b> Triple therapy at HP-associated diseases-----	201
10. <b>Yuldasheva I.E.</b> Acute poisoning in children-----	202
11. <b>Yagmirbaeva M.N.</b> Rheumatoid arthritis-----	205
12. <b>Yagmirbaeva M.N.</b> Arthropathy deformans-----	207
13. <b>Yagmirbaeva M.N.</b> Gout-----	209
14. <b>Kurmanbaeva N.</b> Preventive medical examinations of target populations of Ili region in 2011 -----	211
15. <b>Ermekkalieva S.B.</b> Priceless gift of nature-----	212
16. <b>Khairoshева N.M.</b> The effectiveness of combination therapy, STI and prokinetic gastroesophageal reflux disease -----	213

### STOMATOLOGY

1. <b>Nusipzhanova R.E.</b> Sealing fissures: indications and benefits-----	215
2. <b>Nusipzhanova R.E.</b> Features of herpetic infection in oral cavity among school children-----	217
3. <b>Tolubaeva G.Zh.</b> Acute herpetic stomatitis-----	219

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»  
(12-13 ОКТЯБРЯ 2011 г., г. АЛМАТЫ), ПОСВЯЩЕННОЙ 20-ЛЕТИЮ  
НЕЗАВИСИМОСТИ КАЗАХСТАНА**

УДК 614.31(574)

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ  
БЕЗОПАСНОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

ЖАНДОСОВ Ш.У.

РГКП «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической  
экспертизы и мониторинга» КГСЭН МЗ РК, г. Алматы

19 декабря 1991 года Президент Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев подписал Конституционный закон «О государственной независимости Республики Казахстан». Именно с этого момента начинается отсчет непростого, но очень интересного времени в развитии нашей страны.

За 20 лет в стране произошли глубокие преобразования. В санитарно-эпидемиологической службе была сформирована законодательная и нормативная база в области обеспечения качества и безопасности пищевой продукции. Разработан и утвержден ряд нормативно-методических документов, включая современные высокочувствительные методы обнаружения, идентификации и качественного определения различных загрязнителей химической и биологической природы. Ведется еженедельный мониторинг состояния качества воды, молока, пищевых продуктов (санитарный фон).

Государство ежегодно выделяет более четырех миллиардов тенге на приобретение вакцин. В 2005-2010 годах укреплялась материально-техническая база районных звеньев службы, каждому из которых было выделено 120 миллионов тенге на приобретение современных приборов и оборудования для проведения исследований воды и пищевых продуктов.

Государство большое внимание уделяет повышению качества жизни казахстанцев. В настоящее время в стране реализуется Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Согласно принятому 18 сентября 2009 года Кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» государственный санитарно-эпидемиологический надзор направлен на предупреждение, выявление, пресечение нарушений в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Проблема организации контроля и надзора в области обеспечения качества и безопасности продук-

тов питания получила развитие с принятием закона РК «О безопасности пищевой продукции».

Основой этого закона является повышение ответственности изготовителей, поставщиков и продавцов продукции.

**Законы и нормативные документы**

- О безопасности пищевой продукции от 21 июля 2007 года №301-111 ЗРК, устанавливающий правовые основы обеспечения безопасности пищевой продукции для защиты жизни и здоровья человека, законных интересов потребителей и охраны окружающей среды на территории РК;
- О техническом регулировании от 9 ноября 2004 года №603-11 ЗРК;
- О ветеринарии;
- О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции;
- О защите прав потребителей;
- СТ РК 1010-2008 Продукты пищевые. Информация для потребителей;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 6 августа 2010 года №611 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к пищевой продукции»;
- Санитарные правила и нормы для различных предприятий пищевой отрасли;
- ISO 22000 Система управления безопасностью продуктов питания;
- Технические регламенты;
- Codex Alimentarius;
- Приказ и.о. МЗ РК от 09.06.2011г. №379 «Об утверждении критериев оценки рисков в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Дефицит микронутриентов, включая витамины, служит причиной возникновения у детей раннего возраста железодефицитной анемии, йододефицита, пищевой аллергии, рахита, гипотрофии. Эти нарушения в

значительной степени связаны с недостатком организации питания в организациях и являются одной из причин высокой частоты заболеваний желудочно-кишечного тракта, занимающих ведущее место в структуре заболеваемости школьников.

Для взрослого населения страны характерна высокая распространенность заболеваний, прямо связанных с нарушением питания, это заболевания: желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, ожирение и другие заболевания, связан-

ные с нарушением обмена веществ. Выявляемые нарушения питания в значительной степени определяют показатели здоровья населения Казахстана. В службе функционирует 228 лабораторий, из них 9 в нашем центре.

Государственной санитарно-эпидемиологической службой республики ежегодно проводятся более 200 тысяч исследований на микробиологические показатели и более 190 тысяч – на санитарно-химические показатели.

**Таблица 1. Число исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов на микробиологические показатели и процент не отвечающих нормативным требованиям**

Показатель	2000г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
Санитарно-микробиологические	263086 (14988)	231003 (8271)	236068 (8636)	242140 (9110)	240424 (8154)	234417 (7771)	248487 (7222)
Процент нестандартных проб	5,7	3,6	3,7	3,8	3,4	3,3	2,9
<b>Анализ представленных данных показывает, что в целом за последние годы имеется тенденция к снижению количества продуктов, не отвечающих гигиеническим требованиям</b>							

**Таблица 2. Число исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов на санитарно-химические показатели и процент не отвечающих нормативным требованиям**

Показатель	2000г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
Количество исследований на санитарно-химические показатели	198839 (15073)	179341 (6807)	178107 (5305)	192468 (5406)	181979 (5061)	188087 (4354)	194048 (4036)
Процент нестандартных проб	7,6	3,8	3,0	2,8	2,8	2,3	2,1

Анализ этих данных показывает, что в целом за последние годы имеется тенденция к снижению числа продуктов, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Из общего количества пищевых отравлений ежегодно большая часть приходится на отравления бактериальной природы. Проводимый государственной санитарно-эпидемиологической службой надзор за качеством и безопасностью пищевых продуктов позволил стабилизировать обстановку с пищевыми отравлениями. Однако они представляют ощутимый урон здоровью.

Анализируя вспышки и пищевые отравления в Республике Казахстан за период с 1990 по 2010 годы установлено, что из продуктов питания 35,6% проб составляют пирожные и торты, по 19% приходится на мясные изделия, молоко и молочные продукты.

Анализируя вспышки и пищевые отравления в Республике Казахстан за период с 1990 года по 2010 год, установлено следующее. Из пищевых продуктов, причастных к пищевым заболеваниям: пирожные и торты 35,6%; мясные изделия 19%; молоко и молочные продукты 10,6%; мягкое мороженое 4,8%; макароны по-флотски, блинчики с мясом 3,3%; вторые блюда

да 11,3%; салаты 3,3%; компоты, соки 1,6%; гарниры 1,6%; пирожки 1,6%; другие 5%.

Из мест потребления: детские организации – 29%, столовые предприятия – 27,1%, кондитерские цеха – 23%.

Пищевые заболевания, связанные с местами потребления:

- ДДО, школы, СПТУ, детские оздоровительные лагеря 29%
- столовые предприятия 27,1%
- кондитерские цеха 23%
- рестораны 7,6%
- лечебные учреждения 3,5%
- предприятия торговли 2,6%
- в быту 4,5%
- дома отдыха 0,9%
- другие 1,8%.

Возбудителями вспышек и пищевых отравлений являются сальмонелла Enteritidis – 52%, патогенный стафилококк – 19%, шигелла Зонне – 9,8%.

Возбудители вспышек и пищевых отравлений за период с 1990-2010 гг.:

- сальмонелла S. Enteritidis 52%
- сальмонелла (редких групп) 2,4%
- сальмонелла S. Typhimurium 1,6%
- патогенный стафилококк 19%

- дизентерия Зоне 9,8%
- условно-патогенные микроорганизмы 5,7%
- неустановленной этиологии 4%
- Echerichii coli 3%
- дизентерия Флекснер 2,3%

Согласно принятому приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года №379 «Об утверждении критериев оценки рисков в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» периодичность проверок в зависимости от степени риска и результатов проведения плановых проверок должен осуществляться на предприятиях:

- высокой степени риска – 1 раз в месяц;
- средней степени риска – 1 раз в квартал;
- незначительной степени риска – 1 раз в год.

Санитарная служба активно работает с неправительственными организациями: «Атамекен», «Центры по защите прав потребителей», Ассоциации производителей пищевых продуктов, а так же участвует с техническим комитетом по разработке Технических регламентов. Нами регулярно проводятся учебные семинары, круглые столы, встречи с субъектами предпринимательства, на которых разъясняются правовые основы санитарного законодательства, выполнения санитарных правил.

УДК 614.39:613.2

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ

КАРЖАУБАЕВА Ш.Е.

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

### «Мы есть то, что мы едим»

(Гиппократ)

Питание – одна из важнейших физиологических потребностей организма, определяющих его жизнедеятельность, воздействует на обмен веществ, регулирует физиологические процессы в организме. Здоровое питание является главным фактором оздоровления нации, предупреждения заболеваний, снижения смертности, особенно младенческой, детской и материнской.

С питанием напрямую связаны такие заболевания как железодефицитная анемия, эндемический зоб, сердечно-сосудистые болезни, диабет, остеопороз, болезни желудочно-кишечного тракта, онколо

гическая патология. У детей питание оказывает существенное влияние на физическое и психическое развитие, особенно в раннем возрасте. Качественное сбалансированное питание и повышение физической активности среди населения снижают риск развития хронических неинфекционных заболеваний, увеличивают продолжительность и качество жизни. Учитывая глобальность и важность вопроса рационального питания для 16-ти млн. казахстанцев, особенно детей школьного возраста, решение его невозможно без межсекторального взаимодействия и государственной поддержки.

Нормативно-правовая база: Конституция Республики Казахстан, Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.09., Закон Республики Казахстан «О безопасности пищевой продукции», Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Целевые индикаторы: Снижение заболеваемости железодефицитной анемии к 2013 году до 2221,0 и к 2015 году до 2082,0 на 100 тысяч населения (2009 год - 2314,0). Снижение распространенности избыточной массы тела к 2013 году до 33% и к 2015 году до 30% (2009 год - 35,3%). Мероприятия в рамках государственной программы развития здравоохранения «Саламаты қазақстан» на 2011-2015 годы:

Ежегодный региональный декадник по совершенствованию организации школьного питания, обогащению продуктов витаминно-минеральным комплексом с 1 по 10 апреля. В 2011 году акцией охвачено 893072 чел: школьников – 422898, сред. мед. персонала – 45087, поваров – 8275 человек, педагогов – 41867, родителей – 58932 и др.

В рамках декадника по республике проведены следующие мероприятия: круглые столы - 256, пресс-конференции - 25, семинары-тренинги – 1068, конкурсы – 289, радио-ТВ-передачи – 107, Дни открытых дверей – 111, КВН – 49, трансляция аудио/видеороликов – 274, распространение ИОМ - 62858 экз.

Круглые столы на тему: «Особое внимание к школьному питанию», «совершенствование организации школьного питания», «Энергетические напитки: полезный или вредный допинг?», «Мы едим то, что мы едим».

Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 в организациях образования запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков (киришешек). Общественные рейды по запрету реализации отдельных продуктов питания, обеспечение горячим питанием и безопасной водой, обогащение продуктов питания витаминно-минеральным комплексом в дошкольных и общеобразовательных организациях с привлечением специалистов УСЭН, ЗОЖ, СМИ.

Национальная и Всемирная неделя пропаганды грудного вскармливания 1-7 августа с целью: содействие здоровому началу жизни, пропаганда исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни.

«Фестиваль здоровья» - с 1999 года в сентябре. Цель: популяризация здорового образа жизни среди населения республики. В 2010 году девиз: «Пи

тайся разумно. Живи спортивно. Береги здоровье» с охватом более 1 миллиона казахстанцев.

Всемирный день продовольствия 16 октября. Девиз 2011 года: «Цены на продовольствие – от кризиса к стабильности».

Республиканский декадник по пропаганде здорового питания, профилактике избыточной массы тела и ожирения 7-16 октября под девизом: «Здоровое питание – основа здорового образа жизни». Содействие йодированию соли с охватом 95-98% населения и обогащение муки «Цесна астық», совместно с Казахской академией питания и производителями продуктов.

Продвижение Национальной программы по обогащению (витаминизации) муки, ее коммуникационного и маркетингового компонента, при поддержке ЮНИСЕФ, «Союза зернопереработчиков и хлебопечков, ВОЗ, КАП, Международной Ассоциации производителей муки и др.

Республиканский конкурс детских рисунков по продвижению витаминизированной муки «Умникам и умницам умный хлеб!» при поддержке Детского фонда ООН ЮНИСЕФ и отечественных производителей.

Разработка и выпуск ИОМ: видеофильмов, аудио-видеороликов, печатной продукции: «Пирамида питания», «Лишний вес – угроза жизни!», «Мамино молоко самый вкусный и полезный продукт для малыша», «Малыши выбирают мамино молоко!», «Основные принципы здорового питания школьника», «Профилактика ожирения», «Здоровое питание на каждый день», «Витамины и минералы», «Рациональное питание как залог нормального артериального давления», Азбука здоровья - «Здоровое питание», «Питайся разумно, живи спортивно, береги здоровье».

В рамках усиления роли сектора здравоохранения в улучшении качества питания и повышении безопасности пищевых продуктов для госучреждений адаптированы, переведены и тиражированы на казахском и русском языках: пособие, постер и буклет ВОЗ «5 важнейших принципов безопасного питания».

С 2005 г. при поддержке службы ЗОЖ как одно из средств стимулирования потребления молока и молочной продукции внедряется программа «Школьное молоко». Проводится информационная кампания о пользе потребления молока и молочных продуктов, которая заключается в распространение ежеквартального информационного бюллетеня «Время молока» совместно с Казахстанским союзом молока.

С 2006 г. внедряются Алгоритмы действий медицинских работников ПМСП по пропаганде ЗОЖ, профилактике факторов риска основных социально зна-

чимых заболеваний на казахском и русском языках, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2006 года, № 644. Проводятся обучающие семинары для руководителей и работников ПМСП.

Реализация Национальной скрининговой программы. Совершенствована нормативно-правовая база: Приказ МЗ РК №145 от 16 марта 2011 года «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».

Согласно приказа МЗ РК от 1 марта 2011 года № 107 «О проведении выездных республиканских

семинаров для специалистов первичной медико-санитарной помощи» было проведено 5 республиканских семинаров с общим охватом 1080 специалистов ПМСП, онкологической, офтальмологической, кардиологической, педиатрической службы, специалистов ФЗОЖ с распространением раздаточных материалов. В дальнейшем на местах были проведены кустовые семинары для врачей, средних медицинских работников ПМСП.

По результатам скрининга за первое полугодие 2011 года избыточная масса тела в Казахстане составила 32,6% (2010 г. – 24,3%). Ожирение первой степени (индекс Кетле от 25 до 30) выявлено у каждого четвертого осмотренного – 26,7%. Распространенность высоких степеней ожирения составила 5,8%

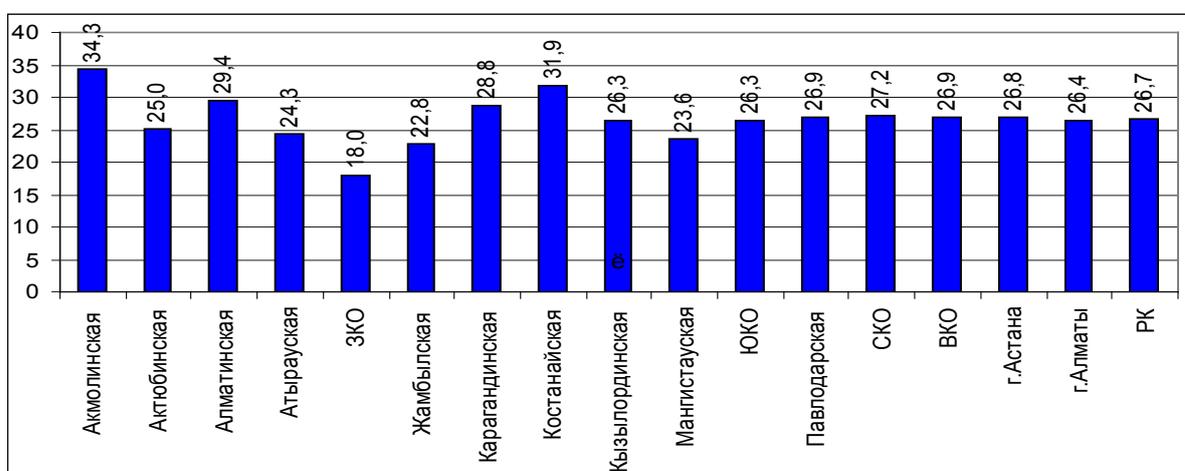


Рисунок 1. Распространенность избыточной массы тела (индекс Кетле 25-30) в процентах в разрезе регионов по результатам 6 месяцев 2011 года.

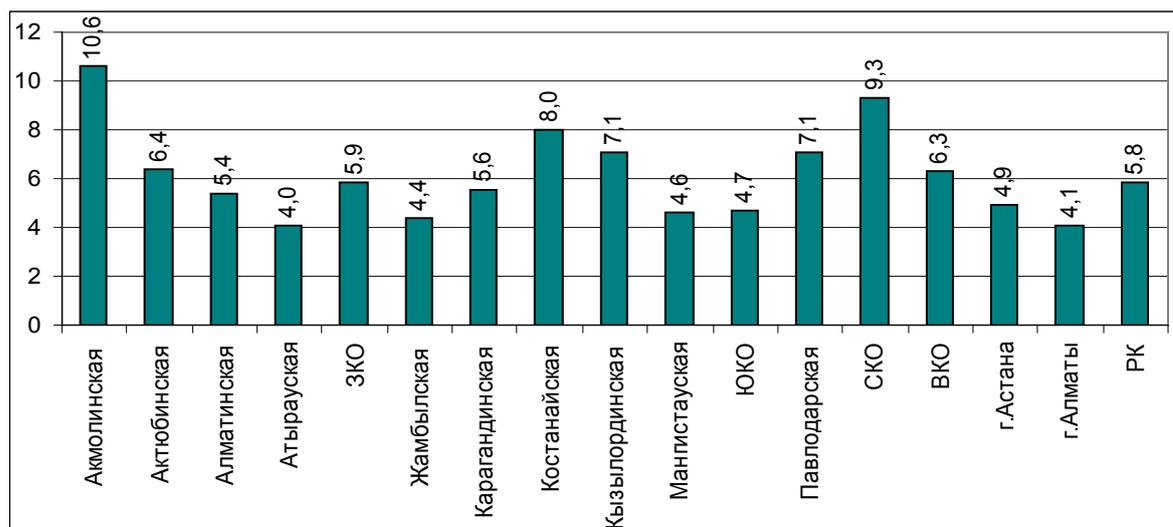


Рисунок 2. Распространенность избыточной массы тела (индекс Кетле свыше 30) в процентах в разрезе регионов по результатам 6 месяцев 2011 года.

По результатам скрининга за первое полугодие 2011 года злоупотребление алкоголем выявлено только у 0,4% опрошенных (2010 г. – 11,0%). По дан

ным Национального исследования уровень злоупотребления алкоголем в Республике Казахстан 16,5%. По результатам скрининга за первое полугодие 2011 года

физическая активность, соответствующая ежедневной физической нагрузке (ходьба, упражнения и т.д.) не менее 30 минут, выявлена у 30,3% обследованных.

По результатам 4-го Национального исследо-

вания по РК более 73 % населения ведут малоподвижный образ жизни, только 23% опрошенного населения ведут физически активный образ жизни.

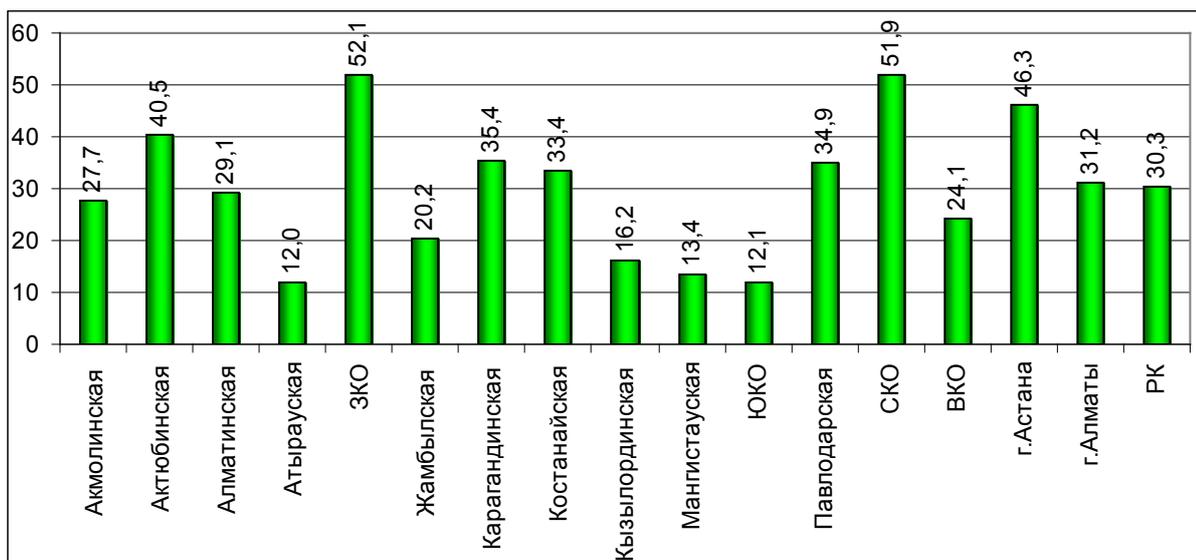


Рисунок 3. Распространенность физической активности в процентах в разрезе регионов по результатам 6 месяцев 2011 года.

### Доля лиц, регулярно занимающихся подвижными видами спорта среди населения РК

(по данным национальных исследований в %)

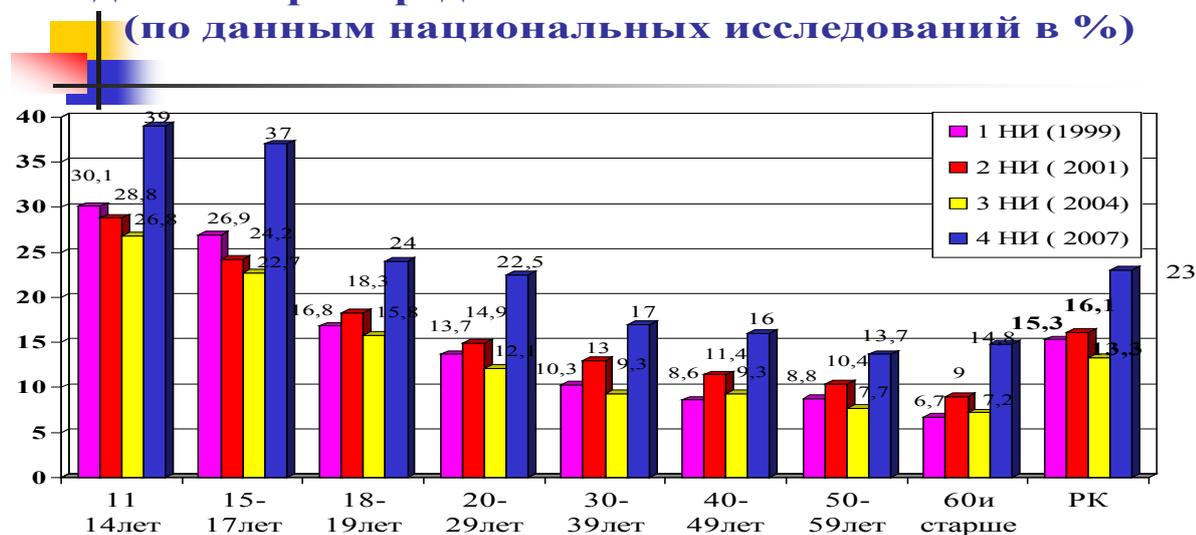


Рисунок 4. Интеграция комплексного воздействия на смежные детерминанты здоровья

- Пропаганда физической активности и занятий спортом: «Президентская миля», «Спартакиада медицинских работников», «Фестиваль здоровья» под девизами «Будь всегда спортивным, стильным и здоровым!», «Танцуйте на здоровье!», Спартакиада национальных игр.
- Плакаты и буклеты: «Будь активным каждый день, живи спортивно, береги здоровье!»
- Экологическое образование и воспитание: плакат «Чистая вода – залог здоровья! Берегите чистоту во

дних источников», буклет «Охраняя природу, сохраняем здоровье»

- Профилактика чрезмерного употребления алкоголя: «День отказа от алкоголя», «Общественные слушания», тренинги для волонтеров, ИОМ.

Цель проводимых акций и мероприятий: повышение уровня информированности населения по вопросам здорового питания, содействие здоровому началу жизни, уменьшение распространенности дефицита микронутриентов, снижение уровня неинфекции

онных заболеваний, обусловленных питанием, воздействием на смежные детерминанты, привитие навыков культуры здорового питания, формирование здорового образа жизни у населения Казахстана.

УДК 614.31

## УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ ХАССП-СИСТЕМЫ

АПСЕМЕТОВА М.А.

РГКП «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» КГСЭН МЗ РК, г. Алматы

НАССР - это система по идентификации, оценке и контролю опасностей, которые являются серьёзными для безопасности продуктов питания (*Кодекс Алиментарийс*).

**Концепция «от фермы до вилки».** Безопасность продуктов гарантируется только тогда, когда критические точки во всех частях пищевой цепи находятся под контролем и установлены элементы системы управления.

НАССР представляет модель управления рисками на пищевых предприятиях, которая в настоящее время распространена во многих странах мира: Европейское сообщество, США, Канада, Новая Зеландия, Австралия, Юго-Восточная Азия, Традиционный подход к безопасности продукции.

Во всем мире значительно возросла потреб-

ность в системе НАССР, что связано с необходимостью сократить случаи отравления зараженными продуктами питания, которые сказались на здоровье потребителей, а также возросшими потерями, как поставщиков, так и общества.

Основные факторы опасности пищевой продукции: ухудшение экологической обстановки; использование широкого спектра пестицидов и удобрений; применение гормональных препаратов для корма животных и птиц; производство новых и нетрадиционных видов сырья и пищевых добавок; неправильное обращение с сырьём; быстрые изменения в технологиях; неадекватная уборка, дезинфекция; перекрестное загрязнение; неадекватное материально-техническое обслуживание; изменения в стиле жизни “fast food”; развитие новых продуктов.

Таблица 1. Крупные инциденты с продуктами питания и коммерческие последствия

Страна	Продукт	Загрязнитель	Причина	Кол-во заболевших/ пострадавших	Стоимость
Великобритания Италия, 1982	Шоколад-ные батончики	Salmonella napoli	Загрязненная вода попала в ёмкости с шоколадом	245 заболевших/ пострадавших	\$ 848,400
США, 1983	Пастеризованное молоко	Listeria monocytogenes	Перекрестное загрязнение сырым молоком	49 заболевших/ пострадавших: 14 смертных случаев	\$ 493,900
США, 1985	Пастеризованное молоко	Salmonella sp.	Перекрестное загрязнение сырым молоком	18,000 заболевших/ пострадавших: 2 смертных случая	Закрытие фабрики

Великобритания, 1986	Питание Авиа- компаний	Salmonella sp.	Перекрестное загрязнение от персонала	54 заболевших/ пострадавших: 1 смертный случай	\$ 17 миллионов
США, 1985	Сыр Mexican Style	Listeria onocytogenes	Баки дополнены сырым молоком	142 заболевших, 47 смертных случаев	\$ 891 миллионов, тюрьма
Швейцария, 1987	Сыр Vacherin Mont D'or	Listeria monocytogenes	Использование сырого молока	Около 30 смертных случаев	\$ 1,482, 350
Великобритания/ Германия, 1988	Пеперами	Salmonella sp.	Плохой контроль за процессом	81 заболевших/ пострадавших	> \$ 1,68 миллиона
Великобритания, 1985	Сухое детское питание	Salmonella caling	Загрязнение через трещину в сушилке	76 заболевших/ пострадавших: 1 смертный случай	\$ 67 миллионов 1 фабрика закрыта

Примеры пищевых заболеваний ближайшего прошлого: стекло/лезвие бритв в детском питании (снижение рынка; на £ 100 млн.); перекрестное загрязнение сальмонеллой от сырого молока (76 заболеваний, 1 смерть); листерия в сыре; загрязненный шоколад (245 заболеваний; £ 500 000); бензин в бутылках с минеральной водой (уничтожено 160 млн. бутылок; расходы: US \$79 млн.); диоксин в пищевой цепи.

Недостатки инспекции качества. Традиционные методы контроля основаны на: инспекции и тестировании конечного продукта; обнаружении проблем после того, как это случилось. Такой подход не обеспечивает: планирования, предупреждения возникновения проблемы.

Международные тенденции: возросшая осведомленность и использование НАССР по всему миру; возросшие требования потребителей к поставщикам по использованию НАССР; изменение подхода от инспекции к предотвращению; концентрация внимания на всех частях пищевой цепи (“от фермы до вилки”, “стабильное к столу”, “от семян до кухни”). Зачем нужна система НАССР компаниям?

- Необходима при вступлении Казахстана в ВТО
- Она включается в законодательства и регламенты многих стран, и если изготовитель хочет выйти на внешние рынки, ее применение необходимо
- Зарубежные инвесторы охотнее идут на капиталовложение, если система действует на предприятии
- Она вызывает интерес у местной администрации, и Вам легче заручиться их разнообразной поддержкой
- Дает преимущество в участии важных тендеров
- Система защитит Вашу фирменную марку и добавит уверенности в себе
- Ее соблюдение можно проверить, она поддается проверкам (аудитам)
- Она признается многими страховыми компаниями

при страховании ответственности, является весовым аргументом в судебных тяжбах.

- Успех, достигнутый США через один год после введения НАССР:
- Наличие сальмонелл в тушках цыплят. До введения ХАССП - 20%, после - 10,7%.
- Наличие сальмонелл в мясе крупного рогатого скота, откормленного на пастбище. До введения ХАССП - 7,5%, после - 3,4%.
- Наличие сальмонелл в тушах свиней. До введения ХАССП - 8,7%, после - 5,4%.
- Наличие сальмонелл в тушках индеек, откормленных на пастбище. До введения ХАССП - 49,9%, после - 29,2%.

### История НАССР

1-ый прорыв связан с В.Е. Демингом в 1950 г.

2-ой прорыв – с разработкой самой Концепции НАССР 1960 г. – компания Pillsbury, совместно с NASA (США) разработали пищу и систему НАССР для гарантии ее безопасности для астронавтов. В основе - инженерная система - Анализ Режимов Сбоев и их Влияния (FMEA)

1971 г. – компания Pillsbury публично представила концепцию НАССР на конференции по защите пищевых продуктов

1974 г. – введение НАССР в производство консервированных продуктов Администрацией пищевых продуктов и лекарственных средств США

1985 г. – Национальная академия наук США рекомендует применять НАССР в пищевых, перерабатывающих предприятиях для обеспечения безопасности пищевых продуктов

1993 г. – Комитет по Кодексу Алиментариусу разработал Руководство по применению системы анализа за 1993 г.

1995 - 1997 гг. – Принципы НАССР включены в Кодекс

Алиментариус «Общие принципы пищевой гигиены» НАССР теперь полностью признан и используется в международной торговле, системах страхования и регулирования.

1960-1980 гг. Принципы Обеспечения Качества широко были адаптированы к Пищевой Промышленности.

#### **История НАССР в ЕС.**

1993 г. Директивой Совета ЕЭС (93/43) официально установлены требования к Системам НАССР, которая потребовала от предприятий пищевой промышленности проведения анализа рисков, выявления в технологическом процессе тех параметров, которые являются критическими для обеспечения безопасности изготавливаемой продукции, и проведения мониторинга в течение 30 месяцев Директива обязывала страны ЕЭС организовать подготовку к внедрению систем НАССР

с 1996 г. началось массовое внедрение систем НАССР в Европе и затем продолжилось в странах третьего мира, поставляющих продукцию в страны ЕС.

ISO 22000 предназначен для организаций, стремящихся внедрить более сфокусированную, последовательную и интегрированную систему менеджмента безопасности пищевой продукции, чем это обычно требуется согласно законодательству.

#### **Область применения ISO 22000.**

Организации, работающие в цепочке создания пищевой продукции (производство кормов, первичное производство, производство пищевой продукции, транспортировка и хранение);

Субподрядчики, осуществляющие розничную торговлю пищевой продукцией и обслуживание торговых точек;

Организации, имеющие косвенное отношение к созданию пищевой продукции организации (производящие оборудование, упаковочные материалы, чистящие вещества, добавки и ингредиенты для пищевой продукции), включая сервисные службы.

Основа НАССР – системный подход, охватывающий параметры безопасности пищевых продуктов на всех этапах жизненного цикла - от получения сырья до использования продукта конечным потребителем.

#### **Основные этапы внедрения ISO 22000:**

Принятие стратегического решения о разработке и внедрении ISO 22000

Назначение руководителя команды НАССР

Создание команды по разработке и внедрению

Обучение персонала принципам НАССР

Составление плана по разработке и внедрению ISO 22000 и контроль его выполнения

Назначение группы внутренних аудиторов и проведение обучения

Проведение внутреннего аудита и осуществление корректирующих мероприятий

Принятие решения о сертификации системы менеджмента безопасности пищевой продукции.

«Айсберги» системы НАССР: необходима поддержка руководства; может стать бюрократической, перегруженной документацией в случае, если разработана и внедрена ненадлежащим образом; может усложниться в случае использования противоречивой терминологии и не достигнуть всеобщего понимания; обучение и вовлеченность обязательно для всех работников компании.

НАССР не является 100% гарантией безопасности, это не система нулевых рисков. Она разработана для уменьшения рисков, вызванных возможными проблемами с безопасностью пищевой продукции.

#### **Основа концепции НАССР:**

Предвидение и определение возможных проблем, связанных с безопасностью пищевых продуктов;

Определение как, где и в какой мере эти проблемы могут быть контролируемыми или предотвращены;

Описание мероприятий и обучение персонала;

Внедрение и учет.

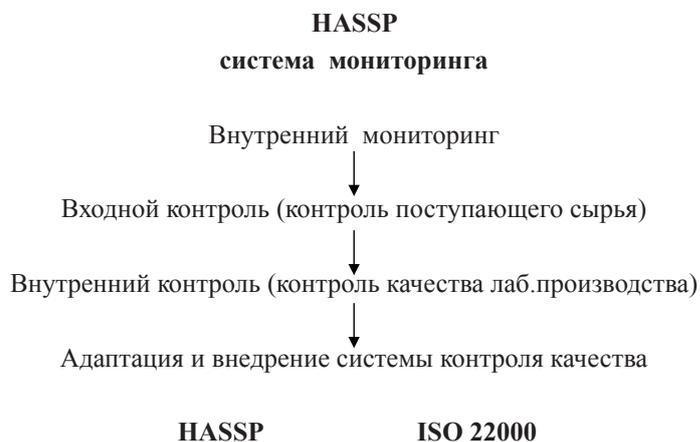
**Опасные факторы и их значение.** Опасный фактор – это любой фактор, который может присутствовать в продукции и причинять вред потребителю путем нанесения травмы или стать причиной заболевания. Опасные факторы: биологические, химические, физические.

**Физические факторы:** стекло, металл, камни, древесина, пластик, вредители, внутренние компоненты (кости, скорлупа орехов, шелуха овощей).

**Химические опасные факторы:** чистящие химикаты; инсектициды; гербициды; фунгициды; консерванты.

**Биологические факторы. Патогенные грамм-отрицательные бактерии:** Salmonella, Shigella, Escherichia coli, Campylobacter Jejuni, Vibrio parahaemolyticus, Vibrio vulnificus, Yersinia enterocolitica.

**Патогенные грамм-положительные бактерии:** Clostridium botulinum, Clostridium perfringens, Bacillus cereus, St. Aureus, L. Monocytogenes.



УДК 618.36-007-035:613.2

### ОБОСНОВАНИЕ НАУЧНЫХ ПОДХОДОВ АЛИМЕНТАРНОЙ КОРРЕКЦИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГАБДИЛЬАШИМОВА З.Т.

АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана

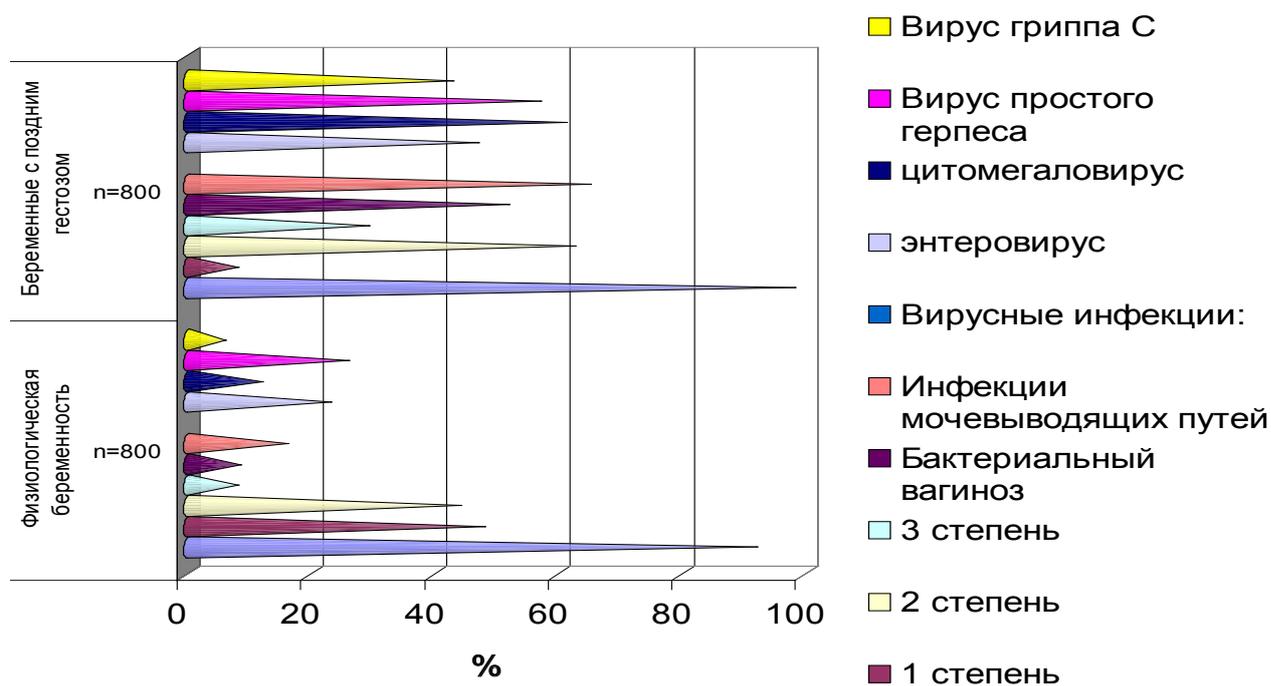
Обеспечение безопасного материнства рассматривается в качестве одной из наиболее приоритетных задач здравоохранения Казахстана. Решение вопросов, связанных с плацентарной недостаточностью (ПН), является актуальным в акушерской практике и имеет важное социальное значение для рождения будущих здо-

ровых поколений. Одним из патологических наиболее часто встречающихся проявления плацентарной недостаточности является преэклампсия - это осложнение беременности, при которой происходит расстройство функции жизненно важных органов как матери, так и плода, особенно их сосудистой системы и кровотока.

**Таблица 1. Объем проведенных исследований**

Вид проведенных исследований	Анализируемый материал
Анализ причин развития ПН у беременных женщин	2300 амбулаторных карты беременных женщин
Состояние питания	600 беременных женщин
Исследование влияния предлагаемого комплекса БАД к пище (Коэнзим Q 10, Омега 3, фоливая кислота, эубиотика «Плантафермин») на:	
- состояние микробиоценоза вагины	208 проб
- на состояние микробиоценоза кишечника	232 пробы
Биохимический анализ (ДК, МДА, ШО, КАТ, СОД, СМ)	672 определения
Анализ состояния иммунного статуса	112 проб
Анализ состояния гормонального статуса беременных женщин	288 определений

**Рисунок 1. Частота выявления различных инфекций у обследованных женщин с ПН и без признаков ПН (в %)**



**Таблица 2. Фактическое потребление минеральных веществ у обследованных женщин во второй половине беременности ( $p < 0,05$ )**

Наименование показателя	Рекомендуемое потребление (ВОЗ, 2004)	Беременные с ПН n=400	Физиологическая беременность n=200
Кальций, мг	1300	980±20,3	1160±31,6
Фосфор, мг	1250	801±18,6	1120±19,3
Магний, мг	220	180±9,7	216±11,4
Железо, мг	13,7	6,8±0,4	12,5±0,2
Цинк, мг	7,0	4,8±0,76	6,9±0,45

**Таблица 3. Фактическое потребление витаминов у обследованных женщин во второй половине беременности, ( $p < 0,05$ )**

Наименование показателя	Рекомендуемое потребление, (ВОЗ, 2004)	Беременные с ПН n=400	Физиологическая беременность n=200
Тиамин В1 (мг)	1,4	0,71±0,12	1,36±0,07
Рибофлавин В2 (мг)	1,4	0,63±0,09	1,31±0,08
Витамин В6 (мг)	1,9	1,13±0,05	1,85±0,06
Витамин В12 (мкг)	2,6	1,6±0,48	2,39±0,12
Фоливая кислота (мкг)	600	436 ±54	589±21
Ниацин РР	18	12,3±1,1	17,4±0,98
Аскорбиновая кислота С, мг	55	44,2±2,6	53,9±3,8
Витамин А, мкг РЕ	800	680±31	722±26
Витамин Е, мг ф-ТФ	10	6,8±1,13	11,1±0,89
Витамин Д, мкг	5	3,02±0,01	4,51±0,06

**Предлагаемая схема профилактики и терапии ПН**

**включает медикаментозное лечение + следующие компоненты:**

- БАД к пище «Коэнзим Q10» - 2мг/кг веса;
- БАД к пище Омега-3 жирные кислоты – 1-2 г/сутки;
- Фоливая кислота – 0,2-0,4 мг во время приема пищи.
- БАД к пище «Плантафермин» - по 5 доз 2 раза в день за пол часа до еды
- 

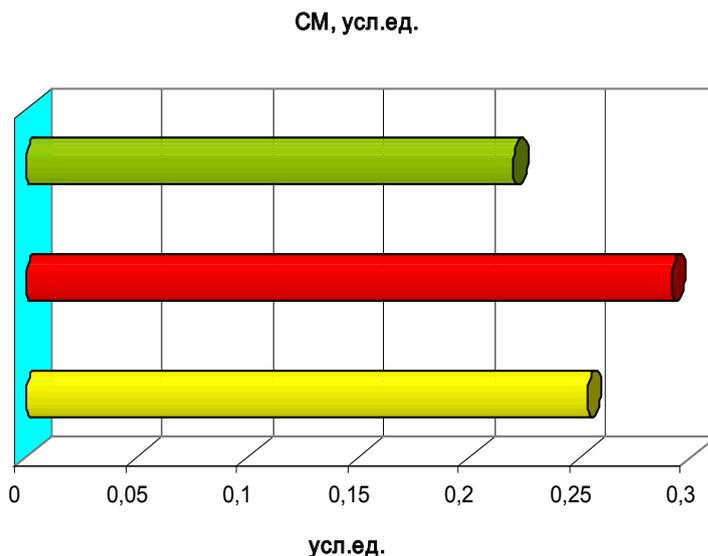
Назначается с 8-12 недель беременности по 2 недели каждый триместр беременности. Рабочая гипотеза механизмов развития ПН беременных, основанная на результатах проведенных гигиенических, клинических, микробиологических, биохимических и иммунологических исследований беременных женщин.

Таблица 4. Изменение показателей гемостаза у беременных с ПН на фоне приема предлагаемого комплекса БАД, (p<0,05)

Исследуемый показатель	Беременные с ПН, на фоне комплекса БАД (n=60)		Беременные с ПН, без применения БАД (n=40)		Физиологическая беременность, (n=28)	
	8-12 неделя	22-24 неделя	8-12 неделя	22-24 неделя	8-12 неделя	22-24 неделя
Гематокрит	0,355	0,359	0,354	0,0380	0,342	0,349
К-во тромбоцитов, тыс. в мкл крови	228,25	221,62	226,05	209,81	235,3	228,44
Время свертывания венозной крови, мин.	4,01	3,78	3,99	3,08	4,66	4,53
Протромбиновый индекс, %	92,98	94,51	97,8	98,3	103,2	102,9
К-во фибриногена, г/л	3,36	3,47	3,65	3,88	3,31	3,51
Длительность кровотечения, мин.	2,53	2,65	2,57	2,97	2,51	2,58

Таблица 5. Анализ состояния микрофлоры вагины и цервикального канала женщин с ПН беременности до и после применения предлагаемого комплекса БАД (в % от числа обследованных)

Группа микроорганизмов	Опытная группа n=64		Контрольная группа n=40	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
<b>Условно-патогенные микроорганизмы</b>				
Энтеробактерии	32,8	0,0	37,5	15,0
Стафилококки	87,5	17,8	82,5	25,0
Дрожжеподобные грибы	95,3	10,9	95,0	27,5
Клостридии	12,5	0,0	10,0	2,5
<b>Симбионтная микрофлора</b>				
Группа микроорганизмов	Опытная группа n=64		Контрольная группа n=40	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лактобактерии	59,37	100	50,0	70,0
Бифидобактерии	12,5	17,2	10,0	12,5
Гарднереллы	7,81	60,9	5,0	37,5



**Рисунок 2. Влияние приема предлагаемого комплекса БАД на содержание средних молекул в сыворотке крови беременных женщин с ПН беременности**

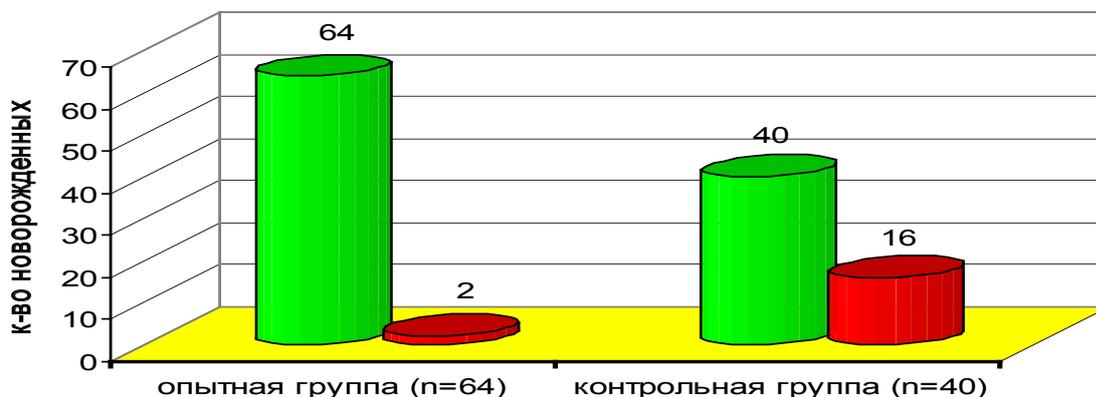
При наличии алиментарной поддержки у женщин с ПН на 22-24 неделю снижалось количество средних молекул, хотя и не достигало уровня контрольной группы.

В группе беременных, не получавших профилактический комплекс БАД, эти показатели были достаточно высокими.

**Состояние иммунного статуса беременных женщин с ПН на фоне алиментарной коррекции.** В течение беременности практически у всех пациенток наблюдалось увеличение относительного и абсолютного количества натуральных киллеров или НК-клеток (CD 16+), представляющих собой первую линию иммунного ответа организма. Однако ни в одной из на

блюдаемых групп данный показатель не увеличился более чем на 18%, показателя коррелирующего по имеющимся данным литературы с репродуктивной неудачей. У женщин принимавших комплекс БАД средние величины концентрации IgM снижались на 8,7%, тогда как в сравниваемой группе - на 43,5% или в 5 раз интенсивнее. Аналогичным образом регистрировалось менее выраженное падение уровня IgA в опытной группе женщин, принимавших БАД (на 14,4%), по сравнению с контрольной (на 29,9%).

Полученные данные изменения значений клеточного и гуморального иммунитета свидетельствуют о возможности коррекции иммунного статуса беременных женщин с ПН при помощи предлагаемого комплекса БАД.



**Рисунок 3. Частота рождения недоношенных детей у женщин с ПН принимавших и не принимавших предлагаемый комплекс БАД и витаминов**

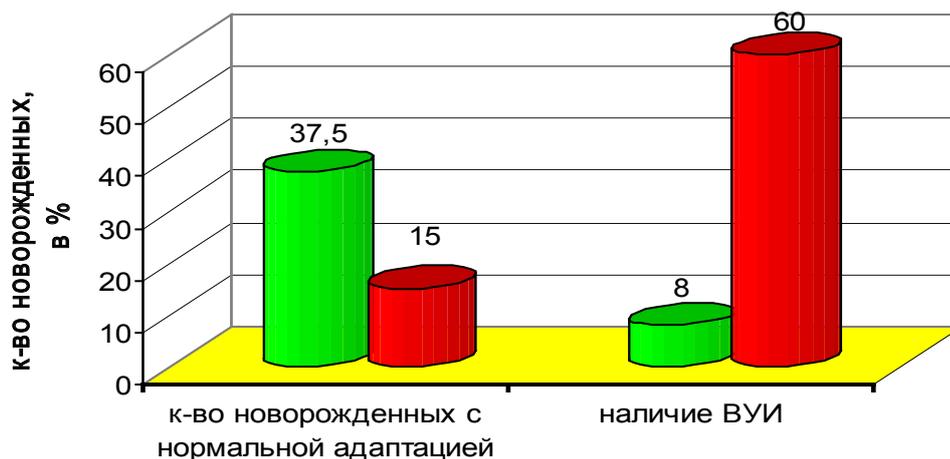


Рисунок 4. Характеристика состояния новорожденных в период адаптации

УДК 613.22:613.95.5:371.7

## КОНТРОЛЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ г. АЛМАТЫ

ДЯГИЛЕВА Н.В.

ДКГСЭН МЗ РК, г. Алматы

### Резюме

Таким образом, эффективность проведенных мероприятий очевидна. Тем не менее, работа по совершенствованию питания школьников будет продолжена.

Тема «организация питания школьников» наверняка актуальна во всех Департаментах и управлениях республики, чья деятельность, так или иначе, связана с детьми, так как питание – важнейший фактор формирования здоровья школьника, правильного роста и развития растущего организма ребенка.

При организации питания организованных детских коллективов имеют значения условия (факторы), совокупность которых является гарантом безопасности и качества питания, это:

- Санитарно-техническое состояние школьных пищеблоков (наличие современного электротехнологического и холодильного оборудования, достаточность площадей и набора помещений, эффективность работы вентиляции, достаточность кухонной посуды и инвентаря, столовой посуды, эстетичное оформление обеденных залов и др.);
- Организация питьевого режима;
- Уровень профессиональной подготовки персонала;
- Меню блюд, разработанное с учетом потребностей учащихся в основных пищевых веществах и энергии;
- Контроль администрации школы за качеством питания;
- Медицинский контроль за питанием;
- Соблюдение санитарных правил и норм к содержанию пищеблоков и приготовлению блюд;
- Департаментом Госсанэпиднадзора г. Алматы совместно с управлениями образования, здравоохранения и Казахской Академией питания были намечены мероприятия по каждому из этих направлений. Для оценки эффективности проведенной работы нами были определены показатели эффективности (результативности) проведенных мероприятий;
- Повышение охвата горячим питанием школьников;
- Снижение заболеваемости желудочно-кишечного тракта среди учащихся школ;

- Улучшение санитарно-бактериального фона на пищеблоках общеобразовательных учреждений;
- Снижение показателя несоответствия готовых блюд по микробиологическим показателям;
- Снижение показателя несоответствия готовых блюд на полноту вложения основных питательных веществ.

На контроле Департамента находится 176 общеобразовательных школ города с общим количеством 163377 учащихся. Точки питания имеют 175 (99,4%) школ, в том числе 164 столовые (93,7%) и 11 буфетов (6,3%).

До 2008 года санитарно-техническое состояние школьных столовых оставалось неудовлетворительным - на всех пищеблоках использовалось старое, морально устаревшее электро-технологическое и холодильное оборудование. Во многих пищеблоках имелось давно вышедшее из строя оборудование: электродоты, холодильные камеры, жарочные шкафы, которые своевременно не демонтировалось, занимая полезную площадь помещений. В 30% школ не эффективно работала механическая вентиляция, в 40% школ на пищеблоках для приема пищи была установлена учебная мебель.

На решение данного вопроса в 2008г. акимом города выделено 728 млн.330тыс. тенге, было приобретено новое современное технологическое и холодильное оборудование, и на сегодня все столовые школ обеспечены полным комплектом технологического оборудования (жарочными шкафами, холодильниками, электродотами, электроплитами, посудомоечными машинами, мармитами). Проведена ревизия и ремонт вентиляционных систем, закуплена новая посуда и инвентарь. Приобретена новая мебель для обеденных залов, все залы эстетично оформлены.

Важной составляющей питания является питьевой режим. Использование для организации питьевого режима емкостей с питьевой водой, маркированных разносов с посудой, а также индивидуальных бутылочек не оправдали себя на практике, так как давали высокий процент несоответствия кипяченой воды и вызывали определенные опасения в плане распространения инфекционных заболеваний (вирусный гепатит А). По инициативе санэпидслужбы за счет бюджетных средств все школы города обеспечены бутилированной питьевой водой гарантированного качества через диспенсеры, которые установлены в медицинских кабинетах, рекреациях, столовых и в кабинетах начальных классов. Налажен контроль за обеспечением учащихся одноразовыми стаканами и за соблюдением индивидуальности их использования.

В 1999-2000гг., когда пищеблоки школ были переданы в аренду частным предпринимателям, остро встал вопрос недостатка квалифицированных кадров, уровень профессиональной подготовки большей части персонала оставался низким. С выходом закона «О

частном предпринимательстве» количество плановых проверок еще более сократилось. Из-за отсутствия в городе базы по подготовке поваров, пекарей, кондитеров, обучающие семинары с персоналом столовых активно проводили специалисты санитарной службы, широко проводилась санитарно-просветительная работа. Данный вопрос был решен в 2009г., когда персонал всех пищеблоков школ прошел профессиональное обучение на получение разрядности в специализированных лицеях и колледжах города. В настоящее время уровень профессиональной подготовки включен в квалификационные требования при проведении конкурсов государственных закупок.

За период с 2006г. наибольшие изменения претерпело меню готовых блюд. Впервые с бюджета города на организацию горячего питания в 2005г. было выделено 75 тг. на 1 учащегося 1-2-х классов в день. С 2006г. бесплатно стали питаться школьники 1-4-х классов, постепенно увеличивалась стоимость горячего питания и на сегодня стала составлять 250 тг. на 1 учащегося.

Специалистами Казахской Академии питания проведена работа по совершенствованию меню горячих завтраков - в меню появились свежие овощи, фрукты, натуральные соки, молочная и кисломолочная продукция. На 2011-2012 учебный год в меню введена продукция завода Казахской Академии питания «Амиран» - «живой» йогурт и витаминизированное молоко.

Однако это не последний вариант меню и работа по его совершенствованию продолжается. В каждой школе в целях осуществления постоянного контроля за качеством питания школьников приказом директора созданы бракеражные комиссии в составе ответственного педагога, заведующего производством, медработника и члена попечительского совета родителей. Бракеражной комиссией ежедневно проводится органолептическая оценка приготовленных блюд, контролируется выполнение меню выход блюд.

Параллельно в каждой школе обеспечен и медицинский контроль за питанием учащихся. В настоящее время все школы имеют медицинские кабинеты и обеспечены медицинскими кадрами. Медицинский контроль включает в себя контроль за санитарным состоянием пищеблока, приемом скоропортящихся пищевых продуктов, технологией приготовления блюд, осмотром сотрудников на наличие гнойничковых заболеваний и т.д.

Санитарно-эпидемиологический контроль за качеством питания школьников осуществляется подразделениями санитарно-гигиенического надзора за детскими, дошкольными и образовательными организациями Департамента. Кратность плановых проверок зависит от степени риска объекта и составляет 1 раз в год или 1 раз в квартал. Каждое обследование сопрово

ждается лабораторным контролем. По результатам плановых проверок, проведенных за период 2008-2010 гг. наиболее частыми нарушениями явились: в 15% случаев - нарушение технологии приготовления блюд, в 17% - вторичное загрязнение продукции, в 17% - нарушение требований к содержанию помещений, в 25% - нарушение требований режима мытья посуды и инвентаря, в 15% - несоблюдение правил личной гигиены, в 11% - другие. За выявленные нарушения органами госсанэпиднадзора наложено 273 штрафа, вынесено 2 постановления о приостановлении деятельности школьных столовых, 2 запрещения реализации продукции, за несвоевременное прохождение медицинского осмотра отстранено от работы 37 сотрудников на 27-ми объектах, выдано 261 предписание на устранении нарушений. Следует отметить, что за последние 5 лет уменьшился удельный вес нарушений технологии приготовления блюд - с 26% до 15%, нарушение требований к содержанию помещений - с 25% до 17%, что говорит о повышении санитарной грамотности персонала.

И в подведении итогов необходимо отметить, что ожидаемый результат нами получен, на что указывает изменение показателей эффективности (результата

тивности) проведенных мероприятий:

- Повышение охвата горячим питанием. В 2005 году охват горячим питанием составлял 32,1%, с введением бесплатного питания охват увеличился более чем в 2 раза и составил 75,3%;
- Снижение заболеваемости желудочно-кишечного тракта среди учащихся школ. В 2005 г. показатель учащихся, состоящих на диспансерном учете, составил 30,7 на 100 учащихся, в том числе мс патологией желудочно-кишечного тракта – 2,5. По результатам анализа заболеваемости в 2010 году данные показатели снизились и составили 22,3 и 1,7 соответственно;
- Улучшение санитарно-бактериального фона на пищеблоках общеобразовательных учреждений. В 2008 г. показатель несоответствия смывов с внешней среды составил 3,1%, к периоду 2011 г. данный показатель снизился до 1,4%;
- Снижение показателя несоответствия готовых блюд по микробиологическим показателям. В 2008 г. показатель нестандартных проб готовых блюд составлял 4,2%, к периоду 2011 г. – 2,5%.

---



---

## РЕЗОЛЮЦИЯ

### **Международной научно-практической конференции «Здоровое питание как основа здорового образа жизни», посвященной 20-летию независимости Казахстана (12 октября 2011 года, г. Алматы)**

Международная научно-практическая конференция «Здоровое питание как основа здорового образа жизни», посвященная 20-летию Независимости Казахстана, состоявшаяся в г. Алматы 12 октября 2011 года отмечает, что сегодня здоровое питание и безопасность пищевых продуктов относятся к основным факторам, определяющим уровень общественного здоровья, качество жизни, долголетие, трудовую и социальную активность. Питание является понятием, в котором сконцентрированы и интегрированы многочисленные аспекты экономического развития и социальной жизни.

По определению ВОЗ: более 60% всех причин смертности напрямую связаны с предотвратимыми нарушениями в питании и развитием неинфекционных заболеваний.

В новой Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. впервые за всю историю отечественного здравоохранения поставлены конкретные задачи в области здорового питания, направленные на социальную мобилизацию общества на решение

этой проблемы и формирование у населения навыков здорового питания. Это, безусловно, должно сказаться на улучшении основных медико-демографических показателей, снижении распространенности социально-значимых форм патологии, формировании конкурентоспособных производительных сил.

В системе нового общественного здравоохранения особое внимание уделяется переориентации на межсекторальный подход к охране здоровья населения и перенос акцента с развития медицинских услуг на организацию работ по сохранению здоровья людей, в том числе путем реализации политики здорового питания. За 20 лет независимости Государственной санитарно-эпидемиологической службой республики была сформирована законодательная и нормативная база в области обеспечения качества и безопасности пищевой продукции. Разработан и утвержден ряд нормативно-методических документов, включая современные высокотехнологичные методы обнаружения, идентификации и качественного определения, различных кантаминатов химической и биологической природы.

Анализ данных ежегодно проводимых службой около 400 тысяч микробиологических и санитарно-химических исследований показывает, что за последние годы имеется тенденция к снижению числа продуктов, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям. Каждый год санитарно-эпидемиологической службой забраковывается более 20 тысяч тонн пищевой продукции. Однако все еще регистрируются случаи пищевых отравлений, связанных с объектами питания. Проблемными вопросами продолжают оставаться профилактика заболеваний и пищевых отравлений, защита потребительского рынка от небезопасной пищевой продукции.

Службой формирования здорового образа жизни во всех регионах республики проводится большая работа по содействию распространения практики исключительно грудного вскармливания в соответствии с рекомендациями ВОЗ и совершенствованию технологий введения правильного прикорма. Осуществляется работа по повышению уровня информированности и образованности педагогов, медицинских работников в вопросах культуры качественного питания. Реализуются меры по содействию обеспечения населения безопасной питьевой водой. Разрабатываются предложения по созданию возможностей продвижения продуктов питания, фруктов и овощей местного производства.

В 2011 году в рамках декадника по совершенствованию организации школьного питания, обогащению продуктов витаминно-минеральным комплексом проведены следующие мероприятия: круглые столы – 256, пресс-конференции – 25, семинары-тренинги – 1068, конкурсы – 289, ТВ-радиопередачи -107, Дни открытых дверей – 111, КВН – 49, трансляция аудио/видеороликов – 274, распространение ИОМ – 62 858 экз. Акцией охвачено 893 072 человек: школьников – 422898, среднего медицинского персонала – 45087, поваров – 8275, педагогов – 41867, родителей – 58932.

Участники конференции единодушно отметили необходимость внедрения мероприятий для содействия здоровому рациону и безопасности пищевой продукции, необходимых для профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения, включая стратегии, которые решают проблемы несбалансированного, недостаточного или избыточного питания.

Для дальнейшего совершенствования координации работы всех секторов общества по оптимизации деятельности развития потенциала здоровья народа и профилактической работы с населением, участники конференции считают необходимым в области полити-

ки здорового питания предусмотреть следующее:

1. Создание вертикальной специализированной службы здорового питания (до районного уровня), финансируемой из республиканского и местных бюджетов;
  2. Содействие устойчивому снабжению населения безопасными и здоровыми пищевыми продуктами;
  3. Обеспечение обязательной фортификации пшеничной муки первого и высшего сортов в рамках реализации Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
  4. Формирование у населения навыков здорового питания и употребления безопасных пищевых продуктов;
  5. Комплексное воздействие на такие смежные детерминанты, обеспечивающие снижение уровня заболеваний связанных с питанием, как питьевая вода, алкоголь и физическая активность;
  6. Обеспечение питания населения в чрезвычайных ситуациях;
- Построение эффективной службы ФЗОЖ и перспективы ее развития связать со следующими мероприятиями:

1. Реализация Государственной политики здорового питания посредством интеграции Казахской академии питания, службы ФЗОЖ и Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга;
  2. Усиление межведомственного взаимодействия в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. с целью реализации политики здорового питания;
  3. Повышение эффективности скрининговых исследований с целью снижения влияния факторов риска на развитие заболеваний, интеграция профилактики поведенческих факторов риска в ежедневную работу врача на уровне ПМСП;
  4. Использование современных технологий информирования (электронные мониторы, роллеры, терминалы, интернет ресурсы, сотовая связь) и центров здорового питания в проведении информационно-коммуникационных кампаний по ФЗОЖ и здоровому питанию;
  5. Развитие школьной медицины (МЗ, МОН, МТС) в части постепенного охвата горячим питанием школьников старших классов;
- Усиление мер по профилактике заболеваний и пищевых отравлений, связанных с питанием, и по защите потребительского рынка от небезопасной пищевой продукции. Резолюция принята единогласным голосованием участниками Форума для дальнейшей реализации.

УДК 504.03:303(574.5)

**ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОБ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ  
СРЕДЫ НА ТЕРРИТОРИИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

БАТТАКОВА Ж.Е., СЛАЖНЕВА Т.И., ХАЙДАРОВА Т.С., АДАЕВА А.А.,  
ПАЛТУШЕВА Т.П., АКИМБАЕВА А.А.

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

**Резюме**

В данной статье приведены результаты социологического опроса, проведенного среди жителей г. Тараз, пос. Сузак, пос. Шолак-Корган, изучено мнение взрослого населения об условиях окружающей среды на территории Южно-Казakhstanской области.

**Тұжырым**

Мақалада Тараз қаласы, Жаңаөзен және Созақ ауылдар тұрғындарының арасында өткізілген әлеуметтік сұрау нәтижелері көрсетілген. Оңтүстік-Қазақстан облыс аймақтарының қоршаған орта шарты туралы ересек халықтың пікірін зерттеулері көрсетілген.

**Summary**

This article presents the results of a sociological survey conducted among the residents of the Taraz city, Suzak and Sholak-Korgan villages and have been studied the opinions of the adult population about environmental conditions on the territory of South Kazakhstan region.

Независимо от происходящих в обществе изменений основным показателем благополучия любой страны является состояние здоровья ее жителей. Известно, что за последние годы наблюдается ухудшение медико-демографических показателей и рост заболеваемости населения. Одна из причин такой тенденции - экологическая напряженность в ряде регионов, особенно в промышленных городах. Достаточно отметить, что здоровье населения на 20-30% зависит от экологических условий. В этих условиях проблемы экологии человека, профилактика заболеваемости, охраны и укрепления здоровья населения, оздоровления окружающей среды приобретают особую актуальность [1,2].

Система оценки риска здоровью населения основана на предположении о том, что загрязнение окружающей среды создает опасность для здоровья человека. Основанием для этого служат, во-первых, многочисленные жалобы населения, проживающего в условиях загрязненной окружающей среды, на неприятные запахи, головные боли, общее плохое самочувствие и другие дискомфортные состояния; во-вторых,

данные медицинской статистики, свидетельствующие о тенденции к росту заболеваемости на загрязненных территориях; в-третьих, данные специальных научных исследований, направленных на определение количественных характеристик связи между загрязнением окружающей среды и его влиянием на организм [3,4]. В данной статье выделены результаты социологического опроса по изучению мнения взрослого населения об условиях окружающей среды на территории г. Тараз, пос. Сузак, пос. Шолак-Корган и ее влиянии на здоровье. В исследовании принимало участие 986 респондентов.

Оценивая экологическую ситуацию по месту жительства в целом, значительное большинство респондентов взрослого населения, проживающих в г. Тараз и поселках Сузак и Шолак-Корган ( $81,56 \pm 1,24\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 79,1 - 84$ ) оценили ее как удовлетворительную, в очень хороших экологических условиях, по мнению опрошенных, проживают  $1,43 \pm 0,38\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 0,69 - 2,18$ ), каждый шестой ( $17,01 \pm 1,20\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 14,6 - 19,4$ ) респондент дал неудовлетворительную оценку (рис. 1).



Рисунок 1. Оценка респондентами экологической ситуации по месту жительства (г. Тараз, пос. Сузак и Шолак-Корган)

Согласно опроса, удельный вес лиц ответивших, что проживают в неудовлетворительных экологических условиях достоверно выше среди населения сельской местности (пос. Сузак и Шолак-Корган) -  $38,7 \pm 2,59\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 33,6 - 43,7\%$ , чем среди жителей г. Тараз -  $4,66 \pm 0,85\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 3,01 - 6,32$  ( $p < 0,01$ ). Охарактеризовали экологические условия по месту жительства как удовлетворительные  $60,75 \pm 2,6\%$  опрошенных жителей села ( $95\% \text{ ДИ} = 55,3-65,5$ ) и  $93,6 \pm 0,98\%$  жителей города ( $95\% \text{ ДИ} = 91,6 - 95,5\%$ ).

В ходе исследования, проводимого среди взрослого контингента, был изучен вопрос об источниках водоснабжения, которое изучаемое население использует для питья и приготовления пищи. Проблема обеспечения сельского населения доброкачественной питьевой водой стоит наиболее остро. Следует подчеркнуть, что до настоящего времени большая часть сельских жителей употребляют питьевую воду, не отвечающую гигиеническим требованиям. Большинство сельских населенных пунктов не обеспечено централизованным водоснабжением, а многие водоводы не оснащены современной системой кондиционирования воды.

Так, абсолютное большинство опрошенных г. Тараз используют для питья водопроводную воду, данный показатель составил  $92,04 \pm 1,08\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 89,9-94,1$ ), в пос. Сузак и Шолак-Корган большинство используют воду из колодца -  $92,42 \pm 1,4\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 89,7-95,2$ ). Бутилированную воду используют  $1,11\%$  респондентов г. Тараз и  $0,28\%$  опрошенных жителей сельской местности; воду из родника -  $0,16\%$ ;  $95\% \text{ ДИ} = -0,15 - 0,47$  и  $3,93\%$ ;  $95\% \text{ ДИ} = 1,91-5,95$  соответственно.

Очистительные фильтры для воды используют только  $5,86 \pm 0,75\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 4,38-7,33$ ) респондентов. По городу этот показатель составил  $8,67 \pm 1,13\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 6,46 - 10,8$ , что достоверно чаще, чем в селах -  $0,86\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = -0,11-1,82$ ).

Один из пунктов анкеты затрагивал вопросы, касаю

щиеся употребления в пищу овощей и фруктов, выращенных на своем приусадебном участке. Отходы производства могут приводить к загрязнению и повреждению сельхозугодий, что отрицательно сказывается на здоровье. Так, в целом, большинство респондентов ( $81,28 \pm 1,25\%$ ;  $95\% \text{ ДИ} = 78,8-83,7$ ), проживающих на территории г. Тараз, пос. Сузак и Шолак-Корган отметили, что не употребляют овощи и фрукты со своего приусадебного участка. Существуют достоверно значимые различия ( $p < 0,01$ ) между показателями города и села. Так,  $10,95 \pm 1,25\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 8,49-13,41$ ) респондентов села и  $32,48 \pm 2,5\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 27,6-37,4$ ) опрошенных города выращивают и употребляют в пищу овощи и фрукты со своего приусадебного участка или дачи.

Согласно опроса, значительное большинство респондентов  $90,14 \pm 0,95\%$  ( $95\% \text{ ДИ} = 88,3-92,0$ ) города и села указали, что не отмечают неблагоприятные условия окружающей среды на проживаемой территории. Остальные  $9,86\%$  в качестве неблагоприятных условий среды по месту жительства назвали загрязнение атмосферного воздуха пылью ( $3,35 \pm 0,57\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 2,23-4,48$ ), шум ( $3,35 \pm 0,57\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 2,23-4,48$ ), плохое санитарное состояние территории ( $2,54 \pm 0,5\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 1,56-3,52$ ), отсутствие мест для игр детей ( $2,34 \pm 0,48\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 1,39-3,28$ ), низкое озеленение ( $1,83 \pm 0,43\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 0,99-2,67$ ), плохое качество питьевой воды ( $1,73 \pm 0,42\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 0,91-5,54$ ), неприятные запахи ( $1,02 \pm 0,32\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 0,39-1,64$ ). Близость АЗС, автомоек, автостоянок, промышленных и строительных объектов отметили менее чем  $1\%$  опрошенного населения.

Воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье отметил каждый десятый респондент ( $10,57\%$ ).  $89,43 \pm 0,98\%$ ,  $95\% \text{ ДИ} = 87,5-91,3\%$  отрицают наличие у себя каких-либо проявлений со стороны здоровья, которые являлись бы следствием влияния загрязненного атмосферного воздуха.

По мнению опрошенных, следствием влияния неблагоприятных факторов экологии являются следующие проявления со стороны здоровья: головная боль –  $6,3 \pm 0,77\%$ , 95% ДИ = 4,78 – 7,82% кашель и чихание –  $5,49 \pm 0,73\%$ , 95% ДИ = 4,06-6,91%; першение в горле у  $4,27 \pm 0,64\%$ , 95% ДИ = 3,01-5,53%. удушье встреча

лось у  $2,44 \pm 0,49\%$  (95%ДИ=1,48-3,40); слезотечение –  $2,34 \pm 0,48\%$ ; (95%ДИ=1,39-3,28).

Среди сельского населения достоверно больше лиц подверженных воздействию загрязненного атмосферного воздуха на здоровье (Рисунок 2).

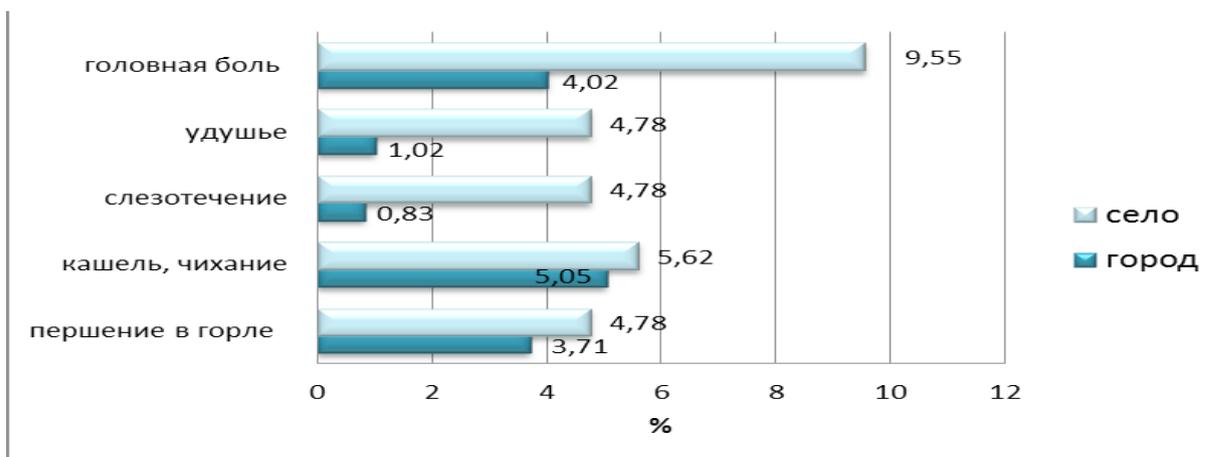


Рисунок 2. Жалобы на здоровье, возникшие, по мнению респондентов, вследствие влияния загрязненного атмосферного воздуха

При сравнительной оценке жалоб со стороны здоровья у мужского и женского населения, выявлено, что существуют статистически значимая разница в разрезе полов ( $p < 0,05$ ), так, негативные проявления со сторо

ны здоровья под воздействием загрязненного атмосферного воздуха чаще отмечали респонденты женского пола (Рисунок 3).

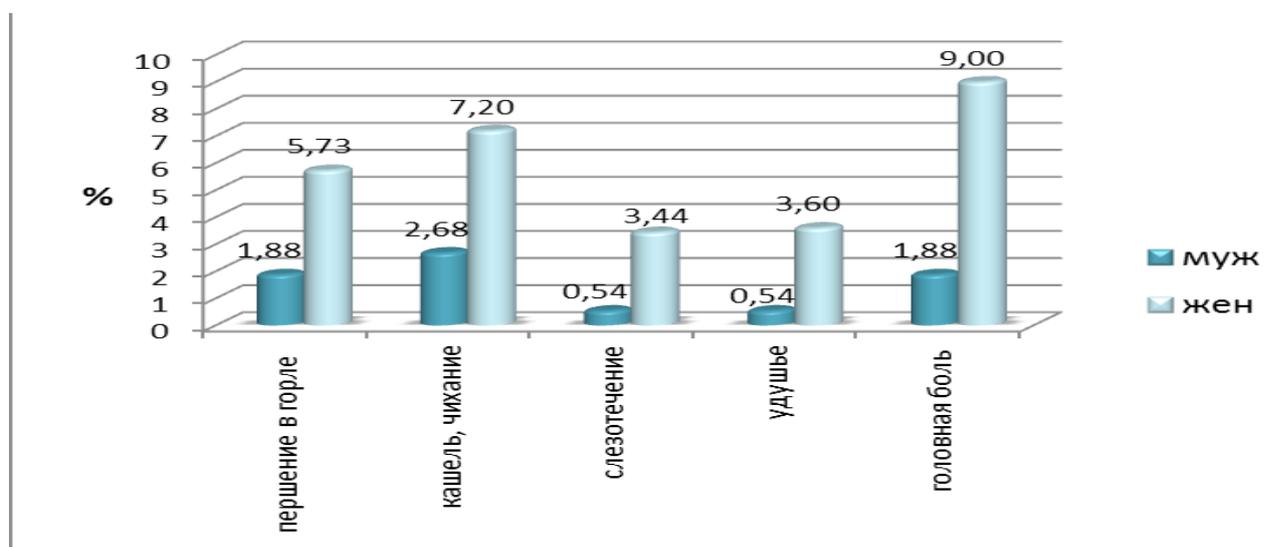


Рисунок 3. Жалобы на здоровье, возникшие, по мнению респондентов мужского и женского пола, вследствие влияния загрязненного атмосферного воздуха

Следует отметить, что среди опрошенных жителей г. Тараз наиболее часто указывали на наличие жалоб со стороны здоровья респонденты возрастной группы 50 лет и старше, с преобладанием жалоб на кашель и чихание ( $10,47 \pm 3,30\%$ , 95% ДИ = 4,0 – 16,93). Тогда как, в пос. Сузак и Шолак-Корган – респонденты возрастной категории 18-29 лет, с преобладанием жалоб на головные боли ( $14,29 \pm 3,82\%$ , 95% ДИ = 6,8-21,8%). На вопрос анкеты «В какое время суток загрязнение

атмосферного воздуха наиболее выражено?»  $22,87 \pm 1,34\%$  (95% ДИ = 20,2-25,5) опрошенных города и села, ответили, что воздух загрязнен постоянно вне зависимости от времени суток,  $3,46 \pm 0,58\%$  (95% ДИ = 2,31-4,60) респондентов чаще отмечают это в дневное время,  $2,74 \pm 0,52\%$  (95% ДИ = 1,72-3,76) опрошенных жителей указывают на вечернее время,  $1,02 \pm 0,32\%$  (95% ДИ = 0,39-1,64) – ночное время и менее 1% ощущают загрязненность воздуха чаще в утренние

часы. Остальные  $69,11 \pm 1,47\%$  (95% ДИ = 66,2–72,0) респондентов не отмечают загрязнение атмосферного воздуха. Немаловажной задачей является изучение источников, из которых население получает информацию о влиянии неблагоприятных экологических факторов на здоровье. Основным источником получения данной информации большинство опрошенных жителей города и села назвали телевидение ( $95,53 \pm 0,66\%$ , 95% ДИ = 94,2–96,8), более трети респондентов - медицинских работников ( $35,26 \pm 1,52\%$ , 95% ДИ = 32,3 – 38,3) и родственников, друзей ( $34,04 \pm 1,51\%$ , 95% ДИ = 31,1 – 37,0). Каждый четвертый получает необходимую информацию из журналов - ( $24,7 \pm 1,37\%$ , 95% ДИ = 22,0–27,4), что достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) встречалось у респондентов, проживающих в селе –  $43,82 \pm 2,63\%$ , 95% ДИ = 38,7 – 49,0), в сравнении с респондентами из города ( $15,92 \pm 1,46\%$ , 95% ДИ = 13,1 – 18,8%). Газеты и интернет в качестве источника информации указали  $16,97 \pm 1,2\%$  (95% ДИ = 14,6 – 19,3) и  $11,99 \pm 1,04\%$  (95% ДИ = 9,96 – 14,0) соответственно. Удельный вес лиц получающих информацию из интернета, среди лиц в возрасте 18-29 лет более чем в 2 раза выше по сравнению со старшими возрастными группами и достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) используется городской молодежью. Менее чем 4% опрошенного населения как источник назвали радио и педагогов.

Таким образом, в целом, 17,01% респондентов дали неудовлетворительную оценку условиям окружающей среды на территории г. Тараз, пос. Сузак, пос. Шолак-Корган. В числе ведущих неблагоприятных факторов окружающей среды были названы загрязнение атмосферного воздуха пылью, шум, плохое санитарное состояние территории. В сельской местности значительное большинство опрошенных жителей в качестве питьевой воды используют колодезную воду. На негативное влияние факторов окружающей среды на здоровье указал каждый десятый респондент города и села.

#### Список использованной литературы:

1. Даутов Ф.Ф., Амиров Н.Х., Галеев К.А., Хакимова Р.Ф. Окружающая среда и здоровье. Казань: Дом печати, 2001. 360 с.
2. Гильденскиольд Р.С., Винокур И.Л., Бобылева О.В., Гореленкова Н.А. Риск нарушения здоровья в условиях техногенного загрязнения среды обитания // Здравоохранение РФ. 2003. №3. С. 23-24.
3. Пинигин М. А. Гигиенические основы оценки степени загрязнения атмосферного воздуха. - Гигиена и санитария, 2003, № 7.
4. Авалиани С.Л., Ревич Б.А, Захаров В.М. Мониторинг здоровья человека и здоровья среды (Региональная экологическая политика). М.: Центр экологической политики России, 2001. 76 с.

---

УДК 616.1-084:614.88

### ИЗМЕНЕНИЕ НЕЗДОРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИВЫЧЕК НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СЛАЖНЁВА Т.И., НУГМАНОВА Д.С., АЙТМУХАМБЕТОВ Н.А., ТОМАШОВА С.А

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы  
Детская областная больница, г. Атырау. Медицинский центр Управления делами Президента РК, г. Астана.

#### Резюме

В статье представлены международные подходы по профилактике поведенческих факторов риска в первичном звене здравоохранения и результаты опроса населения по распространенности основных болезней системы кровообращения и факторов риска их развития среди обследованного взрослого населения.

Последние десятилетия произошли существенные изменения в понимании здоровья как такового, и была пересмотрена роль системы здравоохранения в обеспечении здоровья. Проблемы здоровья населения выходят за рамки традиционных структур и функций системы оказания медицинской помощи. Несмотря на то, что для стран с низким и средним до-

ходом бремя инфекционных болезней, перинатальной патологии и нарушений питания остается достаточно высоким, заболевания сердца и сосудов занимают лидирующее место по смертности населения как бедных, так и богатых стран. По прогнозам экспертов ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания сохранят эти позиции в обозримом будущем (Murray, Lopez, 1997)

(1). Профессиональные организации кардиологов, интернистов, семейных врачей и других специалистов также пришли к пониманию важности изучения факторов, влияющих на основные детерминанты заболеваний сердца и сосудов. Так, Американская Ассоциация Сердца в Национальных стратегических целях по формированию сердечнососудистого здоровья и снижению заболеваемости до 2020 года утверждает, что «...идеальное сердечнососудистое здоровье ... определяется как наличие и идеального поведения в отношении здоровья (не курение, индекс массы тела  $<25 \text{ кг/м}^2$ , физическая активность на целевых уровнях и следование диете, соответствующей современным рекомендациям), и идеальных факторов здоровья (общий холестерин  $<200 \text{ мг/дл}$  [ $5.2 \text{ ммоль/л}$ ] без лечения, артериальное давление  $<120/80 \text{ мм рт ст}$  без лечения, глюкоза крови натощак  $<100 \text{ мг/дл}$  [ $5.5 \text{ ммоль/л}$ ])».

Таким образом, появились конкретная дефиниция сердечно-сосудистого здоровья, которая начинается с идеального поведения отдельного индивида, его семьи и всего общества. Курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, нездоровое питание являются проблемами для всех стран мира (2,3). Организации ПМСП имеют непосредственный и постоянный контакт с населением, поэтому эта служба, как ни одна другая, подходит для борьбы с нездоровыми привычками жителей (4,5). Однако исторически так сложилось, что ПМСП развивалась как система помощи при острых состояниях и была ориентирована на врача. Данные обстоятельства препятствовали развитию способности службы ПМСП управлять вредными привычками населения и хроническими заболеваниями, которые развивались в результате неидеального поведения (6). Работа с такими факторами риска, как вредные привычки, ограничивалась в большинстве организаций первичного звена оценкой поведения и менеджментом отдельных болезней, которые проводил от случая к случаю только врач. Понятно, что подобный подход к проблемам рискованного поведения зависел от степени загруженности врачей и количества самих врачей (7,8). Стремление к улучшению показателей здоровья вызвало необходимость создания новой модели ПМСП, которая бы существенно расширяла масштабы деятельности по снижению риска нездорового поведения (9). Оказалось, что новая модель требует вовлечения других членов команды ПМСП, использования местных человеческих и материально-технических ресурсов, которые могут существенно усилить воздействие первичной медицинской организации. Для того чтобы выяснить, какие вмешательства на уровне ПМСП могут изменить поведение прикрепленного населения, проводятся рандомизированные контролируемые испытания (РКИ).

В Австралии, Великобритании, США

и многих других странах разработаны клинические практические рекомендации по профилактической работе среди населения. Так, основываясь на наилучших доказательствах, рекомендации Австралийского Королевского Общества врачей общей практики (RACGP) 7-го пересмотра определили следующие шаги для оценки риска нездорового поведения (10).

**Курение.** Оценка статуса по курению должна проводиться у всех лиц старше 10 лет при каждой консультации (на каждом приеме врача или сестры). Those

who are identified as current smokers should have their current level of nicotine dependence assessed.

**Питание.** Каждые два года больных необходимо спрашивать о количестве порций сырых фруктов и овощей, употребляемых ежедневно, а также какой тип жира они употребляют.

**Избыточный вес и ожирение.** Каждые два года у лиц с избыточным весом необходимо измерять индекс массы тела и объем талии и записывать в карточку.

**Алкоголь.** Каждые 3-4 года пациентов старше 15 лет необходимо расспрашивать о количестве и частоте употребляемого алкоголя и записывать.

**Физическая активность.** Каждые два года больных необходимо расспрашивать о текущем уровне и частоте физической активности.

Также в этом австралийском руководстве указано, что:

- всем взрослым в возрасте 45-74 лет, у которых нет какого-либо сердечно-сосудистого заболевания, необходимо, по крайней мере, каждые два года оценивать «абсолютный сердечно-сосудистый риск». При выявлении какого-либо риска, такая оценка должна производиться чаще.

- лица старше 40 лет каждые три года должны оцениваться на диабет при помощи австралийской системы оценки на сахарный диабет 2 типа.

Таким образом, выявление вредных привычек и нездорового поведения приобрело во всех странах характер государственной политики и поддержки.

Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК путём рандомизированного скринингового исследования изучена распространённость основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в двух сельских районах Алматинской области и двух поликлиниках города Алматы. Большинство городских мужчин среди факторов, способствующих развитию артериальной гипертонии, отметили курение 66,7%, избыточную массу тела (ИЗБМТ) 51,3%, чрезмерное употребление алкоголя – 41,0%, другие факторы – 47,1%, и только 12,8% респондентов отметили недостаточную физическую активность (НФА). 81,8% мужчин молодого возраста (18-29 лет) отметили табакокурение как фактор риска развития АГ, по 40,0% из данной группы

мужчин выделили избыточную массу тела и чрезмерное потребление алкоголя.

Городские женщины в среднем практически равное значение придали таким факторам развития АГ, как курение (52,7%), ИзбМТ (51,9%), чрезмерное употребление алкоголя 44,6%. Также как и мужчины, около 12% городских женщин отметили НФА.

Среди сельского мужского населения несколько ниже уровень знаний о таких факторах риска развития АГ как табакокурение (45,3%), ИзбМТ (40,9%). Наибольшая группа мужчин - 56,0% в возрасте 50-59 лет среди всех возрастных групп отметили курение, об ИзбМТ как факторе риска наиболее информированными оказались мужчины 30-39 лет (48,4%) и 50-59 лет (49,2%).

Среди сельских женщин ниже уровень знаний о роли курения в развитии АГ (36,3%) по сравнению с мужчинами села и городскими женщинами и о роли ИзбМТ (41,3%) по сравнению с городскими женщинами.

Таким образом, среди всех респондентов плотных объектов города и села менее половины ответивших на вопрос как мужского так и женского пола отметили курение (48,5% мужчин, 40,8% женщин, 42,7% лиц обоего пола), ИзбМТ (42,4% мужчин, 44,2% женщин, 43,7% лиц обоего пола). На вопрос о факторах, способствующих развитию ИБС, получены следующие данные Городское население: 59,0% мужчин и 54,0% женщин отметили табакокурение, 61,5% мужчин, 52,6% женщин отметили ИзбМТ, 48,7% мужчин и 46,0% женщин – чрезмерное потребление алкоголя как факторы риска ИБС.

Только около 13% и мужчин и женщин информированы о роли НФА в развитии ИБС. Наиболее информированы о вреде курения и ИзбМТ мужчины 18-29 лет: 70,0% молодых людей отметили эти факторы. Чаше НФА фактором риска ИБС считают мужчины старших возрастных групп: 40-49 лет (37,5%), 50-59 лет (33,3%). Наиболее высокий уровень знаний о курении как факторе риска ИБС отмечен среди городских женщин 40-49 лет-60,0%, об ИМТ-68,0%, чрезмерном употреблении алкоголя- среди женщин 30-39 лет-66,7%.

Мужское сельское население несколько лучше проинформированы о факторе риска ИБС по сравнению с женщинами села. Так, 42,2% мужчин, 36,9% женщин отметили курение, 41,8% мужчин, 38,9% женщин отметили ИзбМТ, 46,7% мужчин и 38,0% женщин отметили чрезмерное потребление алкоголя; 40,0% мужчин и 36,4% женщин считали НФА факторами риска развития ИБС. Уровень знаний в отношении курения и ИзбМТ выше среди городских мужчин и женщин по сравнению с соответствующими группами сельского населения. Однако, в отношении НФА

уровень знаний выше среди сельского населения (как среди мужчин, так среди женщин) по сравнению с городским. Среди сельских мужчин и женщин не выявлено существенной разницы по возрасту в отношении информированности по отмеченным факторам риска.

Следующим блоком исследования явились аспекты поведения населения в отношении активных действий по профилактике наиболее распространенных среди данной популяции ХНЗ.

В процессе исследования установлено, что 35% респондентов, проживающих в городе, и 45,7%, проживающих в сельской местности, считают обязанностью каждого человека заниматься предупреждением заболеваний у себя и близких. 33% опрошенных горожан и 45,2% сельчан возлагают эту миссию на медицинских работников. 7,56% сельских жителей и 1,65% горожан считают, что профилактика – это обязанность государства. Определена распространенность основных болезней системы кровообращения и факторов риска их развития среди обследованного взрослого населения.

Установлено, что распространенность ССЗ, как АГ, так и ИБС достоверно больше ( $p < 0,01$ ) среди городских жителей по сравнению с сельскими. Одной из причин превалирования распространенности ССЗ среди городских жителей можно объяснить с достоверным увеличением распространенности избыточной массы тела (ИзбМТ) среди городских жителей, по сравнению с сельскими жителями.

Показано, что ИзбМТ (когда ИМТ  $> 25,0$ ) достоверно превалирует у городских жителей (у мужчин –  $52,5 \pm 3,4\%$ , у женщин –  $54,0 \pm 2,1$ , всего –  $53,6 \pm 1,8\%$ ) по сравнению с сельскими жителями (у мужчин –  $45,5 \pm 8,7\%$ , у женщин –  $24,3 \pm 3,3$ , всего –  $27,7 \pm 3,2\%$ ). Выявлена взаимосвязь выявленных факторов риска с развитием основных болезней системы кровообращения. Всё вышеизложенное указывает на необходимость усиления мер по обучению населения профилактическим мерам предупреждения сердечно-сосудистой патологии.

#### Список использованной литературы:

1. Бадио Дж., Квистон Р. Общая врачебная практика/ семейная медицина в Новой Европе (сравнительный анализ) // Семейная медицина - 1998. - № 1. - 18-22.
2. Щепин В.О., Тишук Е.А. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. - 2005. - № 5. - 43-50.
3. Щепин О.П., Овчаров В.К. Опыт развития первичной медицинской помощи в Российской Федерации и за рубежом // Здравоохранение РФ. - 2001. - № 5. - 3-5.
4. Швецов А.Г., Швецова Т.П., Швецова Р.С. Семейная медицина: миф или реальность? // Матер, междунар. науч.-практ. конф. «Перспективы развития се-

- мейной медицины», 26-27 июня 2008 г., г. Караганда (Республика Казахстан). -Караганда, 2008. - 189-191.
5. Комаров Ю.М. «Здравоохранение США: уроки для России». Москва, 1998 год;
6. Ричард Б. Салтман. Доклад «Роль амбулаторной стационарной помощи в Швеции и графстве Стокгольм». Школа Общественного Здравоохранения Роллинс Университета Эмори, Атланта, Джорджия, США, 16 с.;
7. Шведова Н.А. Здравоохранение: американская модель. Москва, Наука, 1993, 143 с.
8. Лихтерман Л. Американская медицина, основанная на доказательствах. Мед. газета, N51, 1997, 12-13 с.
9. Кицул И.С. Современное состояние здравоохранения США: взгляд американских ученых. Проблемы соц. гигиены и ист. мед., 1997, 6, 31-33
10. Головской Б.В., Артамонова О.А., Ховаева Я.Б. Подготовка врачей общей практики (семейных врачей): профессиональные возможности врачей-терапевтов и педиатров //Тез. II Всерос. съезда ВОП/СВ РФ. - Чебоксары, 2004. - 108-109.

УДК 613.2:614.1:303(574)

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА И СООТВЕТСТВИЕ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ХАЙДАРОВА Т.С., АКИМБАЕВА А.А.

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

### Резюме

В настоящее время фактор питания приобретает все большее значение в возникновении и развитии неинфекционных заболеваний, предупредить такие заболевания можно через технологии формирования здорового образа жизни и через приверженность к здоровому питанию. Опыт западных стран свидетельствует о высокой эффективности борьбы с курением, злоупотреблением алкоголем, гиперхолестеринемией, гиподинамией.

### Тұжырым

Қазіргі таңда инфекциялық емес аурулардың дамуындағы тамақтану факторының маңызы зор, мұндай ауруларды салауатты өмір салтының қалыптастыру технологиялары арқылы және салауатты тамақтану ұстаныммымен ескеріледі. Батыс елдерінің тәжірибесі темекі шегумен, алкогольді шамадан тыс пайдалану, гиперхолестеринемиямен, күрестің биік тиімділігі туралы куәландырады.

### Summary

Currently, nutrition factor is becoming increasingly important in the genesis and development of noninfectious diseases, such diseases can be prevented through the technologies of a healthy lifestyle and a commitment to the healthy eating. Experience of the Western countries shows a high efficiency in the fight against smoking, alcohol abuse, hypercholesterolemia, physical inactivity.

**Актуальность проблемы.** На современном этапе развития общества особую актуальность приобретает обеспечение доступности, безопасности и высокого качества медицинской помощи гражданам РК за счет возрождения профилактики как основы сохранения, укрепления и развития здоровья населения. Формирование профилактической помощи и финансирование ее в гарантированной государственной программе, а также финансирование на одного жителя

позволяют изменить подходы к профилактике, перераспределить сферы влияния между врачами и средними медицинскими работниками, повысить эффективность профилактики. В настоящее время фактор питания приобретает все большее значение в возникновении и развитии неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета, ожирения), считается, что предупредить такие заболевания можно через технологии формирова-

ния здорового образа жизни и через приверженность к здоровому питанию. Опыт западных стран, которые практически внедрили простые профилактические вмешательства на уровне врачей семейных и врачей-специалистов больничного сектора, свидетельствует о высокой эффективности борьбы с курением, с злоупотреблением алкоголем, с гиперхолестеринемией, с гиподинамией.

Цель данной работы: провести сравнительный анализ состояния питания населения и его соответствие принципам рационального питания и предложить современные технологии проведения профилактических консультаций на уровне ПМСП.

Методы исследования: данные о характере питания получены путем социологического опроса населения в различных регионах Республики Казахстан за 2011 год (опрос проведен в г. Алматы на базе поликлиники №10, г. Тараз, пос. Сузак). Обработка данных с помощью методов статистического анализа.

Здоровое питание и безопасность пищевых продуктов относятся к основным факторам, определяющим уровень общественного здоровья, качество жизни, долголетие, трудовую и социальную активность. По определению ВОЗ: более 60% всех причин смертности напрямую связаны с предотвратимыми нарушениями в питании и развитием неинфекционных заболеваний [1].

Такие виды нарушений питания, как калорийно-белковая недостаточность, дефицит незаменимых аминокислот, витаминов-антиоксидантов, железа, цинка, селена и других эссенциальных факторов являются непосредственными причинами развития заболеваний. Нужно подчеркнуть возможность неблагоприятного, даже токсического воздействия пищи, если питание неупорядочено, противоречит физиологическим, гигиеническим требованиям, если оно несбалансированно, не соответствует индивидуальным особенностям человека.

Типичным в современном обществе является дефицитно-избыточный тип питания (ДИП), при котором в организм систематически не вводится то, что ему нужно для нормальной жизнедеятельности всех его клеток, органов и систем (дефицитность), а вводится то, что ему для этого не нужно (избыточность) [2].

По предварительным данным ДИП как основная форма питания человека обходится ему где-то в 30-40 лет активной жизни и оборачивается несколькими сотнями распространенных заболеваний. ДИП или «скрытый голод» подтверждает исполнительный директор ЮНИСЕФ Кэрл Беллами, которая в своем отчете дает достаточно мрачную картину последствий дефицита микронутриентов [3]:

Дефицит йода по оценкам снижает интеллектуальный

потенциал почти всех обследованных наций от 10 до 15 процентов.

Дефицит йода во время беременности обуславливает рождение почти 18 миллионов умственно неполноценных младенцев ежегодно.

Дефицит железа в 6-24-месячной возрастной группе ухудшает умственное развитие около 40-60% детей в развивающихся странах.

Тяжелая форма железодефицитной анемия также служит причиной более чем 60,000 смертных случаев молодых женщин ежегодно в связи с беременностью и родами.

Дефицит железа у взрослых так широко распространен, что снижает энергию наций и производительность рабочей силы - с оцененными потерями до 2% от ВВП (внутренний валовый продукт) в наиболее подверженных странах. По данным Всемирного Банка «Дефицит витаминов и минералов налагает высокие экономические затраты фактически на каждую развивающуюся страну».

Дефицит витамина А подрывает иммунную систему приблизительно 40% детей до пятилетнего возраста в развивающихся странах и тем самым приводит к смерти около 1 миллиона детей ежегодно.

Дефицит фолиевой кислоты ответствен приблизительно за 200.000 серьезных врожденных дефектов ежегодно в 80 странах, где эти дефекты были оценены, (и возможно еще 50,000 в остальной части мира). Этот дефицит также связан с приблизительно 1 из каждых 10 смертных случаев от болезней сердца у взрослых людей.

На практике, дефицит витаминов и минералов накладывается один на другой и наблюдается сочетанный дефицит. Половина детей с дефицитом витаминов и минералов фактически страдает от множественного дефицита – происходит суммирование неизмеримого бремени на индивидуумах, на медицинском обслуживании, на системе образования, а также на семьях, ухаживающих и заботящихся за недееспособными или умственно неполноценными детьми.

**Характеристика питания населения в Казахстане.** В Казахстане по данным опроса – 35,6% населения имеют повышенную массу тела, следует отметить, что среди стран СНГ Казахстан занимает первое место по ожирению. Изучение питания населения Казахстана по продуктовому набору выявило скудность рациона по ассортименту используемых пищевых продуктов, который еще более обеднялся в зимне-весенний период года. Потребление углеводов в расчете на одного жителя в нашей стране составляет в среднем около 460 г в день, тогда как в соответствии с научными рекомендациями норма должна составлять 386 г в день. Особенно опасным для здоровья населения страны является неуклон-

ный рост потребления сахара, которое превысило 120 г в день (в среднем), в то время как рекомендуемая норма составляет 50-100 г в день (50 г при легком физическом труде, до 100 г при тяжелом физическом труде). Сахар является носителем так называемых пустых калорий, он не содержит каких-либо незаменимых компонентов питания. Больше того, сахар способствует возникновению и развитию кариеса зубов, тогда как другой представитель углеводов - крахмал - такого действия не оказывает. Кроме того, потребление сахара в значительных количествах повышает концентрацию глюкозы в крови, что является фактором риска для возникновения сахарного диабета. В то же время крахмал вследствие его более медленного переваривания в пищеварительном тракте таким эффектом не обладает. Поэтому рекомендуется максимально ограничивать потребление сахара и кондитерских изделий и заменять их, если это необходимо, крахмалом.

Характер питания населения характеризуется также повышенным потреблением жиров животного происхождения, что ведет к повышенному содержанию холестерина в крови (гиперхолестеринемия). Уровень холестерина в крови зависит в основном от состава пищи, хотя несомненное влияние оказывает и генетически обусловленная способность организма синтезировать холестерин. Обычно наблюдается четкая связь между употреблением в пищу насыщенных жиров и уровнем холестерина в крови. Изменение диеты сопровождается и изменением уровня холестерина в крови. Среди населения экономически развитых стран более 15 % имеют повышенное содержание липидов в крови, а в некоторых странах этот показатель в два раза выше.

Холестерин относится к группе жиров, он необходим для нормальной жизнедеятельности организма, однако его высокий уровень в крови способствует развитию атеросклероза. В настоящее время накоплено большое количество неоспоримых доказательств связи между повышенным уровнем холестерина в крови и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время ожирение приобретает размах эпидемии, как в развитых, так и в развивающихся странах. Около 50 % взрослого населения имеют индекс массы тела больше желаемой величины. Избыточное отложение жира (в области живота) приводит к развитию факторов риска кардиологических заболеваний — повышенного артериального давления, нарушения липидного обмена, инсулинозависимого диабета и др. Также определено недостаточное потребление фруктов, ягод, овощей при высоком поступлении сахара и животного жира,

Таким образом, характер питания населения не соответствует принципам здорового и рациональ-

ного питания, нарушается не только соответствие макро и микро-нутриентного состава пищи, но и имеется нарушение режима питания. В целом рацион питания расценивается как, как атерогенный и способствующий развитию и прогрессированию ИБС, онкологических заболеваний, ожирения и др.

Научные исследования многих авторов дальнего и ближнего зарубежья показывают, что через коррекцию рациона питания, режима потребления пищи, и соблюдения основ рационального питания можно снизить заболеваемость и смертность от заболеваний, связанных с нерациональным питанием. При посещении пациентами врачей следует провести скрининговое исследование (измерить АД, исследовать холестерин крови) и небольшое анкетирование на предмет курения и характера питания. При наличии 2-3 факторов риска — например повышенное АД, курение, гиперхолестеринемия, пациента следует определить в группу риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и проводить профилактическое консультирование в Школах здоровья.

Согласно последним рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ, профилактическое вмешательство требуется начинать: если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше, или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертензии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД. Если индекс массы тела Кетле равен 29,0 и более. 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.

Уменьшение избыточной массы тела и ее поддержание на нормальном уровне — задача довольно трудная, но вполне решаемая. Контролируя свою массу тела, надо следить за количеством, составом пищи и физической активностью. Поддержание нормальной массы тела зависит от баланса калорий, поступающих в организм с пищей и утилизируемых. Сгоранию калорий способствует физическая нагрузка. Уменьшать массу тела рекомендуется постепенно, избегая необычных диет, так как они обычно приносят лишь временный успех. При проведении профилактических вмешательств достичь успеха в снижении массы тела можно в течение 1-2 лет (по данным рандомизированных исследований в странах зарубежья).

Практические рекомендации для профилактики неинфекционных заболеваний.

**Режим питания.** Желательно принимать пищу не реже четырех-пяти раз в день, распределяя ее по калорийности суточного рациона приблизительно следующим образом: завтрак до работы — 30%, второй завтрак — 20%, обед — 40%, ужин — 10%. Последний прием пищи должен быть не менее чем за два-три часа до сна. Интервал между ужином и завтраком должен быть не более 10 часов.

Если соблюдение диеты в течение трех-шести месяцев не приводит к снижению уровня общего ХС в крови, рекомендуется лекарственная терапия. В последние годы появились сообщения о том, что гипополипидемическая диета, способствуя снижению уровня атерогенных фракций липидов крови и уровня общего ХС, приводит к стабилизации атеросклеротических бляшек.

#### **Физическая активность.**

Доказано, что физически активный досуг предупреждает последствия малоподвижного образа жизни (развитие ожирения, АГ, заболеваний сердечно-сосудистой системы, обменных нарушений). Режим и методы повышения физической активности следует выбирать совместно с пациентом, учитывая реальные условия его труда, быта, сложившиеся стереотипы. Физическая активность должна сопровождаться положительными психо-эмоциональными установками и не иметь оттенка бремени. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

— до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;

— от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ-покоя;

— старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки под наблюдением инструктора врачебно-физкультурного диспансера с предварительным проведением пробы с физической нагрузкой.

Лицам с ожирением рекомендуется более мед-

ленный темп и длительный период тренировки. Необходимо самоконтроль нагрузки: она не должна приводить к учащению пульса выше возрастного предела, который определяется как “180 — возраст в годах”. Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки. Тренирующий эффект нагрузки проявляется в снижении частоты пульса в покое, сокращении времени восстановления пульса после стандартной нагрузки (например, 20 приседаний). Ухудшение самочувствия (сна, аппетита, работоспособности, появление неприятных ощущений) требует снижения или прекращения нагрузок [4].

Необходимо подчеркнуть, что большинство рекомендуемых профилактических мер носят универсальный характер и показаны не только при ССЗ, но и для целого ряда хронических неинфекционных заболеваний — хронических обструктивных заболеваний легких, некоторых форм злокачественных новообразований, сахарного диабета и др. Вот почему широкое внедрение мероприятий медицинской профилактики в деятельность врачей практического здравоохранения, развитие системы целенаправленного применения этих мер может рассматриваться как шаг к переходу служб практического здравоохранения на реальное профилактическое направление, которое декларируется в основных законодательных документах и нашло отражение в Государственной программе развития здравоохранения «Саламаты Казахстан».

#### **Список использованной литературы:**

Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. ВОЗ, 2010.

Руководство программы СИНДИ по питанию. ВОЗ, 2009. — 42 с.

Шарманов Т.Ш. Питание — важнейший фактор здоровья человека / Алматы: Асем-Систем, 2010. — 480 с.

Калинина А. М.. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в деятельности врача общей практики// Трудный пациент. №8-2006.-С 21-27.

## ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

МЕДЕУБАЕВА К.К., КОЛОКИНА Р.С., ШАЙКЕНОВА А.Т., ПАЛТУШЕВА Т.П.

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

### Резюме

Нарушение опорно-двигательного аппарата у школьников является значимой проблемой в связи с неуклонным ростом этой патологии и все более негативным воздействием на состояние здоровья. Нарушение осанки и сколиозы можно предотвратить формированием у детей и подростков всех аспектов здорового образа жизни с акцентом на физическую активность. Своевременное прохождение профилактических осмотров позволит выявить раннее проявление заболеваемости и проведение необходимой коррекции.

### Тұжырым

Мектеп оқушыларында тірек-қимыл аппараты бұзышылық патологиясы күн сайын өсіп ұлғаюы денсаулыққа кері әсер ететін мәселелер болып табылады. Келбетті бұзылыс және сколиозаларды шектеу салауатты өмір салтын қалыптастыру, балар мен жас өспірім арасында физикалық белсенділікті нығайту, сонымен қатар барлық тұрғындармен жас өспірімдердің денсаулығын сақтап қалуға болады. Профилактикалық байқаулардан дер кезінде өту ауру-сырқауды ерте анықтау қажетті коррекцияның өткізуге мүмкіндік береді.

### Summary

Disorders of musculoskeletal system in school children is a significant problem due to the steady growth of the disease rates and more adverse effects on health. Violation of posture and scoliosis can be prevented by development of all aspects of a healthy lifestyle with an emphasis on physical activity among children and adolescents. Timely preventive examinations will reveal an early manifestation of disease and make the necessary correction.

Хорошее состояние здоровья детей, начиная с периода внутриутробного развития до подросткового возраста, является одним из источников социального и экономического развития. Бремя нездоровья и нарушения развития детей приводит к многочисленным последствиям, создавая дополнительную нагрузку для родителей и всего общества в целом. Состояние здоровья школьников Казахстана имеет тенденцию к ухудшению за счет роста болезней органов дыхания, пищеварения, органов зрения, нервной системы и нарушения обменных процессов./1/.

Одной из проблем, требующей принятия совместного решения медиками, педагогами, специалистами санитарно-эпидемиологической службы при активном участии родителей, являются нарушения опорно-двигательного аппарата у учащихся общеобразовательных школ.

Чрезвычайно важно для сохранения здоровья ребенку иметь правильную осанку. Осанка - это естественная поза спокойно стоящего или двигающегося человека. Нормальная осанка характеризуется прямым положением головы и позвоночника, симметричным положением ягодиц, одинаковой длиной ног, правильным положением стоп.

При нарушении осанки затрудняется работа

внутренних органов, включая дыхательную систему. У детей задерживается развитие не только физическое, но и интеллектуальное, ухудшается усвояемость школьных программ. Такие школьники испытывают дискомфорт в коллективе, они быстрее устают на уроках физкультуры и при участии в различных спортивных и развлекательных мероприятиях. Они чаще болеют.

Эти проявления наиболее характерны для учащихся со сколиозом, у которых более выражены изменения в виде значительного искривления позвоночника с последующей деформацией позвонков и ребер, и как следствие – серьезные нарушения работы всех органов и систем. В значительной степени страдают органы дыхания: у таких детей чаще развиваются заболевания бронхо-легочной системы в виде бронхитов, трахеобронхитов, пневмоний. /3,4/.

Нарушение осанки в последние годы имеет явную тенденцию к росту, что наиболее четко подтверждается данными профилактических осмотров детей разного возраста, включая учащихся. При этом, чем старше школьники, тем чаще у них выявляются изменения со стороны опорно - двигательного аппарата с более выраженными симптомами, что напрямую связано с образом жизни, включая питание и

физическую активность.

Так, по данным Агентства РК по статистике в 2010 году при профосмотрах у дошкольников выявлено сколиозов у 0.1% осмотренных; нарушение осанки – у 0.2%. У школьников 1- 9 классов данная патология впервые выявлялась в 5 раз чаще, чем у детей 6-ти летнего возраста. /1/.

Мешает формированию правильной осанки:

- слабое развитие мышц скелета
- избыточная масса тела
- недостаточная физическая активность
- нарушение зрения
- высокая частота заболеваний ребенка
- неправильно подобранная школьная мебель без учета роста ребенка в соответствии с санитарными нормами
- несоответствие росту ребенка мебели для выполнения домашних заданий и пользования компьютером
- неправильное (с правой стороны) и недостаточное освещение школьных кабинетов
- избыточная нагрузка, связанная с переносом большого количества учебников и других школьных принадлежностей, необходимых для ежедневных занятий, особенно в тех случаях, когда рюкзак несетя в руке, а не на спине
- дефицит активного отдыха
- привычная неправильная поза ученика /4/.

Особое внимание за осанкой ребенка следует обратить в периоды наиболее интенсивного роста: от 5 до 7 лет и в период начала полового созревания. Признаки нарушения осанки могут быть выявлены в различной степени - от чуть заметных до резко выраженных, что определяет степень вмешательства медицинских работников с активной поддержкой родителей школьника и участия в процессе самого ребенка.

Формирование правильной осанки - процесс управляемый, в основе которого лежит правильное физическое воспитание. Для предотвращения этой патологии чрезвычайно важна профилактика, которая должна начинаться с раннего возраста.

Основные направления профилактики нарушений осанки:

- Спать ребенок должен на постели, удерживающий позвоночник от чрезмерного сгибания, т.е. матрас должен быть плотным, исключая мягкие пружины
- Правильная организация рабочего места

учащегося, как в школе, так и в домашних условиях с обязательным учетом роста, направлением светового потока в соответствии с санитарно-гигиеническими правилами, утвержденными Минздравом РК

- Достаточная физическая активность, включающая 3 урока физкультуры и обязательные физ.паузы в рамках учебного процесса
- Утренняя гимнастика с привитием ребенку ее ежедневной необходимости
- Активный отдых с использованием бега, ходьбы, прогулок и игр на свежем воздухе, плавания
- Занятия спортом
- Ношение ранцев вместо портфелей и сумок с минимальным количеством учебных принадлежностей
- Контроль за правильной, равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок, портфелей
- Отказ от таких привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения за партой, столом, в кресле и т.д.
- Правильная и точная коррекция обуви, компенсация дефектов стопы, включая плоскостопие
- Знание учащегося, его родителей, педагогов о необходимости сохранения правильной осанки
- Раннее выявление нарушения осанки у школьников с последующим наблюдением и оздоровлением у специалистов, что предотвращает развитие тяжелых форм сколиозов, требующих длительного лечения

Такую возможность дают проф. осмотры, целью которых является раннее выявление различной патологии, включая нарушение осанки и сколиозы, в чем должны быть заинтересованы не только медицинские работники, но и родители, учащиеся и педагоги.

#### Список использованной литературы:

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения, Астана, 2010 год.
2. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков», 2005 год, стр.7- 13.
3. Красникова И.С. «Сколиоз. Профилактика и лечение», 2010 год, 192 стр.
4. Красникова И.С. « Осанка. Воспитание правильной осанки», 2009 год, 187 стр.
5. Шубина Е.В. «Сколиоз излечим», Москва, Наука и техника, 2008год.

## ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ГАБДИЛЬАШИМОВА З.Т.

АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана

### Резюме

Причинами способствующими задержки внутриутробного развития плода является недостаток питания во время беременности.

### Тұжырым

Ұрықтың құрсақ ішінде дамуының тежелуінің себебі ретінде жүктілік кезінде толық тамақтанбау болып табылады

### Summary

The reasons promoting delays of prenatal development of fetus is the lack of nutrients and vitamins (unbalanced diet) during the pregnancy.

С целью формирования, сохранения и укрепления здоровья граждан, задачами Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы, утвержденной Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41, являются разработка и внедрение единой национальной политики межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья, а именно вопросам здорового питания [1]. Многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями доказано, что нарушения питания, как в количественном (недостаточное или избыточное по калорийности), так и в качественном (сбалансированность рациона по основным пищевым ингредиентам - белкам, жирам, углеводам, витаминам и минеральным веществам) отношениях способствуют развитию осложнения беременности (токсикозы, анемии, невынашивания и др.) и родов (слабость родовой деятельности, кровопотери), патологии плода и новорожденного (мертворождаемость, асфиксия, детская заболеваемость и смертность) [2, 3, 4].

Так, одной из значимых причин, способствующих задержке внутриутробного развития плода, является недостаток питания во время беременности [5].

**Цель исследования** – изучение особенностей состава пищевого рациона у беременных женщин с преэклампсией легкой степени тяжести.

**Материалы и методы.** Было проведено определение состава пищевого рациона у 43 женщин с диагностированной преэклампсией легкой степени тяжести (АД не превышало показателей 140/90 мм рт.ст., протеинурия не более 2 г/л) за 7 дней, определен наиболее часто употребляемый набор продуктов. Полученные данные свидетельствуют об однообразии продуктов питания в

группе страдающих преэклампсией легкой степени тяжести. Они содержали пониженное количество творога, сыра, свежей рыбы, мяса, овощей и фруктов. Рацион беременных женщин с преэклампсией характеризовался однообразием продуктов питания, преобладанием в нем хлеба, мучных и хлебо-булочных изделий, а также недостаточностью потребляемых продуктов. В группе женщин с физиологической беременностью (39 человек), наоборот, в ежедневный рацион входили мясо и рыба, молоко и кисломолочные продукты, различные овощи и фрукты.

Расчетным методом показан недостаток в рационе беременных женщин опытной группы белка. Во время беременности среднее количество потребляемого белка составило 55,4 г при норме 78 г. С нарастанием срока беременности количество потребляемого белка в этой группе практически не увеличивалось и составило, в среднем 62,2 г (при норме 100 г). При этом оказалось пониженным преимущественно содержание животных белков.

Содержание жиров в рационе в течение всей беременности у женщин с преэклампсией легкой степени тяжести было пониженным. Количество потребляемых углеводов на протяжении всей беременности, наоборот, превышало норму. Основным источником углеводов были хлеб, макароны, кондитерские изделия. Калораж рациона беременных женщин с преэклампсией был снижен – 2160,8 ккал вместо 2400 ккал и 2652,5 ккал вместо 2800 ккал в первой и второй половинах беременности, соответственно.

Расчетным методом было установлено недостаточное содержание витаминов и минеральных веществ (кальция, железа, магния, витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, С) в рационе беременных женщин с преэклампсией легкой степени тяжести (22-24 неделя) (Табл. 1, 2).

**Таблица 1. Адекватность потребления микронутриентов беременными женщинами в I и II половинах физиологической беременности**

	Рекомендованные нормы потребления (ВОЗ, 2006)	Потребление пищевых веществ			
		I половина беременности		II половина беременности	
		абс.	% к норме	абс.	% к норме
Кальций, мг	1300	617	47,4	771	59,3
Фосфор, мг	1250	1138	91,0	1325	106,0
Магний, мг	220	274	124,5	310	140,9
Железо, мг	15,0	12,8	85,3	14,6	97,3
Цинк, мг	7,0	9,1	130,0	10	142,9
Селен, мкг	220	108	49,1	110	50,0
Йод, мкг	200	186	93,0	193	96,5
Вит. А (РЭ), мкг	800	707	88,4	957	119,6
Вит. В1 (тиамин), мг	1,4	1,39	99,3	1,57	112,1
Вит. В2 (рибофлавин), мг	1,4	1,05	75,0	1,24	88,6
Вит. В3 (ниацин), мг	18	25,5	141,7	28,9	160,6
Вит. В9 (фолат), мкг	600	225	37,5	256	42,7
Вит. В12 (цианкобаламин), мкг	2,6	3,8	146,2	4,7	180,8
Вит. С, аскорбиновая к-та, мг	55	41	74,5	51	92,7
Вит. D, кальциферол, мкг	5	0,5	10,0	0,9	18,0
Вит. Е (ТЭ), мг	10	15,7	157,0	17	170,0

**Таблица 2. Адекватность потребления микронутриентов беременными женщинами с преэклампсией легкой степени тяжести**

	Рекомендованные нормы потребления (ВОЗ, 2006)	Потребление пищевых веществ во время беременности	
		абс.	% к норме
Кальций, мг	1300	558	42,9
Фосфор, мг	1250	1073	85,8
Магний, мг	220	284	129,1
Железо, мг	15,0	13,0	86,7
Цинк, мг	7,0	8,2	117,1
Селен, мкг	220	124	56,4
Йод, мкг	200	166	83,0
Вит. А (РЭ), мкг	800	518	64,8
Вит. В1 (тиамин), мг	1,4	1,4	100,0

	Рекомендованные нормы потребления (ВОЗ, 2006)	Потребление пищевых веществ во время беременности	
		абс.	% к норме
<b>Вит. В2 (рибофлавин), мг</b>	<b>1,4</b>	<b>0,9</b>	<b>64,3</b>
<b>Вит. В3 (ниацин), мг</b>	<b>18</b>	<b>23,0</b>	<b>127,8</b>
<b>Вит. В9 (фолат), мкг</b>	<b>600</b>	<b>220</b>	<b>36,7</b>
<b>Вит. В12 (цианкобаламин), мкг</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>100,0</b>
<b>Вит. С, аскорбиновая к-та, мг</b>	<b>55</b>	<b>31</b>	<b>56,4</b>
<b>Вит. D, кальциферол, мкг</b>	<b>5</b>	<b>0,5</b>	<b>10,0</b>
<b>Вит. Е (ТЭ), мг</b>	<b>10</b>	<b>12,1</b>	<b>121,0</b>

Таким образом, в отличие от питания беременных женщин с физиологической беременностью (контроль), питание беременных женщин с преэклампсией легкой степени тяжести (группа наблюдения) характеризовалось существенно большей скудостью продуктового набора за счет меньшего потребления животных продуктов и витаминной продукции – овощей и фруктов.

В силу этого у беременных женщин с преэклампсией легкой степени тяжести дефицит микронутриентов (витамина D, фолата, рибофлавина, витаминов А и С, кальция, селена, железа, йода, незаменимых ПНЖК и пищевых волокон) в рационе питания был более выраженным.

Список использованной литературы:

Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы.

Венцова Н.С. Роль метаболического статуса в формировании плацентарной недостаточности и обоснование рациональных методов ее фармакотерапии: Дис....

канд.мед.наук.- Хабаровск, 2003.- 27 с.

Marie-Pierre St-Onge, Bradley R Newcomer, Steven Buchthal, Inmaculada Aban, David B Allison, Aubrey Bosarge and Barbara Gower Intramyocellular lipid content is lower with a low-fat diet than with high-fat diets, but that may not be relevant for health //American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 86, No. 5, November 2007, 1316-1322

Mika Kivimäki, Debbie A Lawlor, George Davey Smith, Marko Elovainio, Markus Jokela, Liisa Keltikangas-Järvinen, Jorma SA Viikari and Olli T Raitakari Substantial intergenerational increases in body mass index are not explained by the fetal overnutrition hypothesis: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study //American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 86, No. 5, November 2007, 1509-1514

Кашкинбаева Ж.Б. Алиментарная коррекция поздних гестозов беременных с помощью специализированного продукта «Бапол».- Автореф.дисс. канд. наук.- Алматы, 2005.- 26 с.

УДК 618.3-084:615.272.4

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

ГАБДИЛЬАШИМОВА З.Т.

АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана

### Резюме

Одной из главных ролей в патогенезе задержки внутриутробного развития плода принадлежит нарушению липидного обмена с преобладанием в крови и тканях матки насыщенных жирных кислот.

### Тұжырым

Ұрықтың құрсақ ішінде дамуының тежелуінің патогенезінде қанда басымдылықпен липидтік алмасуының бұзылуына әкеп соғады және жатыр қаны мен тіндеріндегі майлы қышқылдар басым болатын липидті алмасудың бұзылуы басты рөлді атқарады.

### Summary

Application of polyunsaturated fat acids gives the chance carrying out of preventive actions of development of the syndrome of a delay of pre-natal development of a fetus during pregnancy, and also pathologies of cardiovascular system at national level.

Улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого демографического развития страны является в настоящее время одной из важнейших социальных задач. Для стабилизации демографической ситуации, следует в первую очередь обратить внимание на управление ключевыми параметрами общественного здоровья. Данные задачи четко озвучены в Послании Президента страны Н.А. Назарбаева народу Казахстана: «Здоровье народа – это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей. Комплекс государственных мер по строительству и оборудованию объектов здравоохранения, подготовке кадров, здоровому образу жизни должны к 2020 году вдвое снизить материнскую и младенческую смертность ...».

Обеспечение безопасного материнства рассматривается в качестве одной из наиболее приоритетных задач здравоохранения Казахстана. Решение вопросов, связанных с плацентарной недостаточностью (ПН), является актуальным в акушерской практике и имеет важное социальное значение для рождения будущих здоровых поколений. Плацентарная недостаточность - патологическое состояние, при котором снижается способность плаценты поддерживать адекватный обмен между матерью и плодом, при этом нарушаются метаболическая, трофическая, эндокринная, транспортная, барьерная, газообменная функции плаценты и плодового организма [1, 2, 3].

Одним из патологических, наиболее часто встречающихся проявлений плацентарной недостаточности является - синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода.

Одними из грозных осложнений ЗВУР плода являются: гибель плода, синдром дыхательных расстройств (СДР), внутрижелудочковые кровоизлияния, некротический энтероколит и др. [4]. Одной из главных ролей в патогенезе ЗВУР плода принадлежит нарушению липидного обмена с преобладанием в крови и в тканях матки насыщенных жирных кислот, сопровождающееся повышением жесткости биомембран, снижением ферментативно-синтетической деятельности клетки и метаболических процессов в организме женщины. Следовательно, процессы коррекции нарушений соотношения жирнокислотного состава крови являются необходимым и важным звеном при проведении лечебно-профилактических мероприятий у беременных с наличием ЗВУР плода на фоне плацентарной недостаточности. Современные методы и средства профилактики и лечения плацентарной недостаточности способствуют улучшению состояния плода, повышают его резистентность к инфекционным агентам, но не способны предотвратить внутриутробную задержку его развития, т.к. их применение не способствует достаточной инактивации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

В первую очередь, с целью профилактики и коррекции патологических состояний, связанных с плацентарной недостаточностью, беременной женщине необходимо уделять особое внимание своему питанию. Так как употребляемая пища оказывает влияние не только на

нее саму, но и на ее ребенка. Во время беременности необходима разнообразная и сбалансированная диета, так как именно с ней напрямую связано состояние здоровья будущего малыша. Непопеченное питание может вызвать серьезные нарушения здоровья как у ребенка, так и у матери.

Однако при повышенном риске развития плацентарной недостаточности соблюдение правильной диеты является не всегда достаточным. В настоящее время имеется множество работ, доказывающих возможность инактивации данных процессов при помощи введения в рацион питания биологически активных добавок к пище (БАД), содержащих определенные нутриенты (витамины, микро- и макроэлементы, ферменты и др. биологически активные вещества), пробиотиков и пребиотиков [5, 6, 7]. Поэтому является актуальным разработка и внедрение алиментарной коррекции и профилактики ЗВУР плода при помощи БАД к пище и витаминов.

Нами, для более эффективной профилактики и коррекции плацентарной недостаточности при беременности, предлагается ввести в профилактический комплекс молоко, обогащенное промышленным способом жирной кислотой Омега 3.

Наиболее выраженными биологическими свойствами обладают так называемые полиненасыщенные жирные кислоты. Это линолевая, линоленовая и арахидоновая жирные кислоты. Они не синтезируются в организме человека (иногда их называют витамином Р) и образуют группу так называемых незаменимых жирных кислот, то есть жизненно необходимых для человека. Эти кислоты отличаются от истинных витаминов тем, что не обладают способностью усиливать обменные процессы, однако потребность организма в них значительно выше, чем в истинных витаминах.

Важнейшим биологическим свойством полиненасыщенных жирных кислот является их участие в качестве обязательного компонента в образовании структурных элементов клеточных, а также в высокоактивных в биологическом отношении белково-липидных комплексах. Полиненасыщенные жирные кислоты обладают способностью повышать выведение холестерина из организма, переводя его в легко растворимые соединения. Кроме того полиненасыщенные жирные кислоты оказывают нормализующее действие на стенки кровеносных сосудов, повышая их эластичность и снижая проницаемость. Установлена связь полиненасыщенных жирных кислот с обменом витаминов группы В, особенно В6 и В1. Имеются данные о стимулирующей роли этих кислот в отношении защитных сил организма, в частности в повышении устойчивости организма к инфекционным заболеваниям и ионизирующему излучению [8, 9, 10, 11].

К омега-3-ненасыщенным жирным кислотам относятся цервоновая, тимнодоновая, клупанодоновая, омега-линоленовая и эйкозопентаеновая кислоты. Эти кислоты способствуют быстрому превращению холестерина в желчные кислоты и выведению его из организма. Укрепляют стенки кровеносных сосудов, повышают их эластичность и снижают риск развития атеросклероза. Ненасыщенные жирные кислоты составляют основу клеточных мембран, обеспечивая их гибкость, текучесть и необходимую проницаемость; регулируют поступление веществ в клетку и препятствуют проникновению чужеродных организмов и соединений; существенно влияют на все процессы, протекающие в клетках, так как являются одними из главных высокоэнергетических молекул в природе. ПНЖК участвуют в обмене витаминов В1, В6, холина, улучшают проводимость нервных импульсов в центральной и периферической нервной системе. Угнетение липоксигеназного пути и активация циклогексанозного пути превращения арахидоновой кислоты, вызываемое  $\omega$ -3 ПНЖК, приводит к выраженному изменению баланса простаглицлин-тромбоксановой системы. Применение  $\omega$ -3 ПНЖК оказывает многостороннее **воздействие на гомеостаз организма:**

- укрепляет иммунную систему;
- укрепляет нервную систему;
- снижает гиперактивность;
- укрепляет сердечно-сосудистую систему;
- снижает уровень холестерина;
- снижает уровень триглицеридов;
- рекомендуется при ишемической болезни сердца (стенокардия);
- рекомендуется при аритмии сердца;
- помогает при атеросклерозе, болезни Альцгеймера, гипертонии, сахарном диабете, ревматизме и подагре;
- рекомендуется при кожных заболеваниях (угри, псориаз, себорея и экзема).

$\omega$ -3 ПНЖК резко снижают концентрацию в крови холестерина, которому принадлежит ведущая роль в образовании атеросклеротических бляшек, закупоривающих сосуды. Поэтому  $\omega$ -3 ПНЖК являются прекрасным профилактическим и лечебным средством при многих сердечно-сосудистых заболеваниях, и препаратом, нормализующим артериальное давление.

Онкологи всего мира отмечают, что Омега 3 замедляет развитие опухолей и является эффективным средством для профилактики онкозаболеваний, в том числе рака молочной железы.

Отмечен положительный эффект  $\omega$ -3 ПНЖК при лечении любых кожных заболеваний.  $\omega$ -3 ПНЖК уменьшает проявления аллергии у детей, ускоряет заживление ран и рубцов.

Препарат  $\omega$ -3 ПНЖК прекрасно проявил себя в лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки,

так как нормализует пищеварение и жировой обмен.

w-3 ПНЖК помогает при артритах артروزах, остеохондрозах, причем иногда пациенты отмечают улучшения с первых (3-5 день) приема препарата. Это связано не просто с обезболивающим эффектом, а главное с выработкой противовоспалительных простагландинов 1 и 3 групп, которые блокируют воспалительные реакции в очаге поражения, снижая отек тканей. В результате исчезают боли, восстанавливается подвижность суставов.

w-3 ПНЖК также необходимы для нормальной деятельности мозга, так как она обеспечивает быстрый приток энергии, помогающей передаче импульсов, несущих сигнал от одной клетки к другой. Это помогает нам легче думать, хранить информацию в памяти и извлекать ее оттуда по мере надобности. Рекомендуются при мигрени и нервных стрессах.

Внедрение в практику молочной промышленности способа обогащения молока Омега-3 жирными кислотами (Инновационный патент на изобретение ДГП «РНТБ», Республиканского патентного фонда РК от 22.02.2008 г за № 12-2/72) дает возможность проведения профилактических мероприятий развития плацентарной недостаточности во время беременности, а также патологий сердечно-сосудистой системы на общенациональном уровне. В настоящее время в различных городах Казахстана и Киргизии произведен выпуск молока торговой марки Айналайын ОМЕГА-3.

Список использованной литературы:

Codes in International Classification of Diseases (10th revision): Class XVI. SOME CONDITIONS OF THE PERINATAL PERIOD (P00- P95) P03. Stunted growth and malnutrition of the foetus.

Savel'eva GM, Chekhonin VP, Pavlova TA, Kushch IB, Shalina RI, Rogatkin SO, Morozov SG, Volodin NN An immunochemical analysis of the function of the hematoencephalic barrier in acute fetal hypoxia and asphyxia neonatorum. Akush Ginekol (Mosk). 1991 Feb;(2):43-6. (Article in Russian).

Inappropriate use of the terms fetal distress and birth

asphyxia. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric) Practice. Committee Opinion #303: Obstet Gynecol. 2004; 104(4):903.

Bernstein IM, Horbar JD, Badger GJ, Ohlsson A, Golan A. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. Am J Obstet Gynecol. 2000 Jan; 182(1 Pt 1):198-206.

Шарманов Т.Ш., Плешкова С.М. «Метаболические основы питания с курсом общей биохимии».- Алматы, 1998.- 586 с.

Edwin M.- Biochemistry in clinical correlation.- 2001.- 210 p.

Kamp F, Jandel D., Hoenicke I. et.al. Bioavailability of iron, zinc, folate, and vitamin C in the IRIS multi-micronutrient supplement: Effect of combination with milk-based cornstarch porridge // Food and nutrition bulletin.- V.24.- N3, September 2003.- P. S20-S26.

A. L. Magnusson, I. J. Waterman, M. Wennergren, T. Jansson, and T. L. Powell Triglyceride Hydrolase Activities and Expression of Fatty Acid Binding Proteins in the Human Placenta in Pregnancies Complicated by Intrauterine Growth Restriction and Diabetes//J. Clin. Endocrinol. Metab., Sep 2004; 89: 4607 - 4614.

Veera Vihma, Aila Tiitinen, Olavi Ylikorkala, and Matti J. Tikkanen Quantitative Determination of Estradiol Fatty Acid Esters in Lipoprotein Fractions in Human Blood//J. Clin. Endocrinol. Metab., Jun 2003; 88: 2552 - 2555.

Maija Badeau, Veera Vihma, Tomi S. Mikkola, Aila Tiitinen, and Matti J. Tikkanen Estradiol Fatty Acid Esters in Adipose Tissue and Serum of Pregnant and Pre- and Postmenopausal Women //J. Clin. Endocrinol. Metab., Nov 2007; 92: 4327 - 4331.

Mikko Kankaanpää, Hanna-Riikka Lehto, Jussi P. Pärkkä, Markku Komu, Antti Iljanen, Ele Ferrannini, Juhani Knuuti, Pirjo Nuutila, Riitta Parkkola, and Patricia Iozzo Myocardial Triglyceride Content and Epicardial Fat Mass in Human Obesity: Relationship to Left Ventricular Function and Serum Free Fatty Acid Levels//J. Clin. Endocrinol. Metab., Nov 2006; 91: 4689 - 4695.

## СКРИНИНГ АЛКОГОЛИЗМА В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

АЯЗБАЕВ Ж.А., КОЛОТИЛОВА И.Е.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

### Резюме

В данной статье дана информация о скрининге алкоголизма в условиях медицинского осмотра рабочих промышленных предприятий.

### Тұжырым

Мақалада өндіріс кәсіпорындардағы жұмыскерлердің медициналық байқауында алкоголизмнің скринингі туралы мәлімет берілген.

### Summary

This article provides information on screening of alcoholism in conditions of a medical examination of industrial workers.

Известно, что потребление алкоголя является одной из основных причин травм на производстве, повышения заболеваемости рабочих, увеличения количества случаев и дней пребывания на больничном листе, приводит к снижению производительности труда, увеличению количества производственного брака, нарушениям трудовой дисциплины, прогулам, дорожно-транспортным происшествиям, случаям внезапной смерти на производстве.

С учетом выделенных проблем, скрининг лиц злоупотребляющих алкоголем в условиях периодических и предварительных медицинских осмотров, направленный на раннее выявление алкоголизма и доклинических форм злоупотребления алкоголем, приобретает особую актуальность.

При этом следует учесть следующие факторы, влияющие на искажение результатов медицинских осмотров: В современных социально-экономических условиях, характеризующихся высоким уровнем безработицы и низким спросом на рабочую силу, угроза увольнения, представление о неблагоприятных последствиях в случае установления диагноза «хронический алкоголизм» ставит медицинский осмотр наркологом в ситуацию экспертизы, способствует диссимуляции злоупотребляющих алкоголем и резко ограничивает возможности метода интервьюирования.

Учитывая данный факт, система критериев МКБ-10 становится недостаточно эффективной для выявления алкогольной зависимости.

Практическое использование кратких тест-опросников помогающих идентифицировать злоупотребляющих алкоголем по этим причинам также затруднено.

В такой ситуации отсутствие четкого алгоритма скрининга проблем связанных с алкоголем, повышает ве-

роятность ложноотрицательных и ложноположительных результатов медицинских осмотров, что зачастую приводит к конфликтным ситуациям, ущемлению прав граждан при оказании им медицинской помощи.

В этих условиях более эффективными оказываются объективные клинические, лабораторные и нейропсихологические методы верификации диагноза, отличающиеся быстротой проведения исследования и несложной техникой.

Доступный, простой, объективный и хорошо изученный скринирующий инструмент представляет собой модифицированный тест «Сетка LeGo», состоящий из перечня объективных признаков хронической алкогольной интоксикации.

В отдельности каждый из объективных симптомов перечисленных в тесте является малоспецифичным и может встречаться при других заболеваниях, но сочетание 7 и более признаков свидетельствует о систематическом злоупотреблении этанолом. Наибольшая специфичность теста отмечена при исследовании лиц в возрасте от 30 – 65 лет (Огурцов П.П., 2001)<sup>1</sup>.

Технически несложные, обеспечивающие быстроту проведения исследования, отличающиеся простотой обработки результатов и возможностью групповой оценки, являются апробированные Маховой Т.А. (1987) на больных алкоголизмом чувствительные нейропсихологические методики диагностики алкоголизма – определение времени на «немых часах», зрительная агнозия на «зашумленных фигурах», методика «отсчитывание»<sup>2</sup>.

Для повышения надежности клинического и нейропсихологического обследования можно использовать

лабораторные методы. По данным исследований Н. Glerde, 1988, повышение уровня бедного углеводами трансферрина CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) in Serum, позволяет с чувствительностью 82% и специфичностью 93%, определить непрерывное потребление более чем 60 грамм алкоголя в день в течение не менее 4 недель (Н. Glerde, 1988, А. Helander, 2001)□.

Из множества других, более доступных методов лабораторно-инструментальной диагностики алкоголизма, ни один метод, взятый в отдельности, не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью. Тем не менее, взятые в совокупности, они с высокой степенью вероятности помогают идентифицировать больных алкоголизмом.

Оптимальной для уточнения диагноза является рекомендация определять гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП), средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ), аспаратаминотрансферазу (АсАТ) (В.Д. Москаленко, Т.В. Агibalова, 2002)<sup>3</sup>.

Таким образом, осмотр пациента с применением теста объективных признаков злоупотребления алкоголем LeGo, использование нейропсихологических методов исследования, может помочь в выявлении пациентов с признаками злоупотребления алкоголем. С целью повышения надежности полученных результатов можно использовать лабораторные методы диагностики, такие как гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП), средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ), аспаратаминотрансферазу (АсАТ).

Учитывая то, что алкоголизм является общим медицинским противопоказанием к допуску на работу с вредными, опасными веществами и неблагоприятными производственными факторами, разработка четкого алгоритма скрининга злоупотребления алкоголем позволяет избежать ложноположительных или ложноотрицательных результатов скрининга и дает возможность выявить больных алкоголизмом на ранней стадии.

#### Список использованной литературы:

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – К.: Здоров'я, 1986 – 280 с.
2. Демидова Т.В. Критериальные значения показателей организма у работников водного транспорта Украины в диагностике злоупотребления алкоголем (Одесса) // Вісник морської медицини. 2000 р. № 2 (10) (квітень - червень)
3. Крук И.В. Патопсихологическое исследование некоторых особенностей личности больных алкоголизмом (Киев) // В кн.: «Алкоголизм. Республиканский сборник научных трудов» под ред. Н.Н. Пятницкой. – М.: 2-й МОЛГМИ им Н.И. \

Пирогова, 1988. – 170 с.

4. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм (Мед.-социал. аспекты): Руководство для врачей М.: Медицина, 1990. – 526 с.

5. Махова Т.А. Значение нейропсихологического исследования в изучении хронического алкоголизма // Материалы первого съезда психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С.466 – 470.

6. Минко А. И., Михайлов Б. В., Мусиенко Г. А., Сердюк А. А. Психологические методы диагностики алкоголизма // Український медичний альманах. — 2000. — Т. 3, № 2 (додаток). — С. 96–100.

7. Михайлов Б. В., Минко А. И., Мусиенко Г. А., Сердюк А. А., Шпаченко В. Н. Психологические методы диагностики алкогольной зависимости и оценки эффективности её первичной психопрофилактики // Таврический журнал психиатрии. — 2000. — Т. 4, № 3. — С. 98–102.

8. Москаленко В.Д., Агibalова Т.В. Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ / В кн.: «Руководство по наркологии» в 2 Т. Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – Т. 2. – С. 405 – 414.

Огурцов П.П. Экспресс-диагностики (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля // Клинич. фармакология и терапия. 2001. Т. 10, N 1. - С. 34-39.

Махова Т.А. Значение нейропсихологического исследования в изучении хронического алкоголизма // Материалы первого съезда психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С.466 – 470.

Н. Glerde, Johnsen: A Comparison of Serum Carbohydrate Deficient Transferrin with other biological markers of Excessive Drinking. Scand. J. Clin. Lab. Invest. 48: 1-6, 1988

A.Helander, M.Fors, B.Zakrisson. Study of Axis-Shield new %CDT immonoassay for quantification of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum. Alcohol & Alcoholism.2001,36(5),406-412

Москаленко В.Д., Агibalова Т.В. Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ / В кн.: «Руководство по наркологии» в 2 Т. Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – Т. 2. – С. 405 – 414.

9. Неврологические аспекты алкоголизма (методические разработки по неврологии для студентов лечебного и медико-биологического факультетов). Под ред. проф. Л.Г. Ерохиной. - М.: 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, 1988. – 36 с.

10. Огурцов П.П. Экспресс-диагностики (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля // Клинич. фармакология и терапия. 2001. Т. 10, N 1. - С. 34-39.

11. Сидоров П.И. // Наркология. 2003. №10. С. 40-52.

12. Сидоров П.И., Ишеков Н.С., Соловьев А.Г. Соматогенез алкоголизма. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 224 с.
13. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
14. A.DiMartini, N.Day, T.Lane, A.T.Beisler, M.Amanda Dew, R. Anton. Carbohydrate deficient transferrin in abstaining patients with end-stage liver disease. Alcohol Clin Exp Res.2001,25(12),1729-33
15. H. Glerde, Johnsen: A Comparison of Serum Carbohydrate Deficient Transferrin with other biological markers of Excessive Drinking. Scand. J. Clin. Lab. Invest. 48: 1-6, 1988
16. A.Helander, M.Fors, B.Zakrisson. Study of Axis-Shield new %CDT immunoassay for quantification of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum. Alcohol & Alcoholism.2001,36(5),406-412
17. Cserne Istvan, Gurdon Katalin, Takach Gaspar. “Alkohologia”, 1983, 14, N2, 76 – 81.

УДК 616-001-053.2:614.8.01

**ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

ШАЙКЕНОВА А.Т., ШАГЫРБАЕВА А.А., ХАЙДАРОВА Т.С.

НЦПФЗОЖ МЗ РК, г. Алматы, ОЦПФЗОЖ, г. Тараз

**Резюме**

В статье рассказывается об остроте проблемы травматизма, показаны ее особенности, пути решения и меры профилактики среди детского населения. В последние годы Правительством Республики Казахстан проведены три национальных заседания парламента по поводу применения мер по уменьшению дорожно-транспортного травматизма и профилактике травматизма.

**Тұжырым**

Мақалада жаракаттану мәселесінің өткірлігі, оның ерекшелігі, шешу жолдары және жас өспірімдер арасындағы сақтандыру жолдары көрсетілген. Соңғы жылдары Қазақстан Республикасының Үкіметінде денсаулық сақтау ісі жөнінде үш рет Ұлттық Келісімділік кеңесінің мәжілісі өтіліп, онда жол апатын азайту және алдың алу үшін қолданатын шаралар жинағының орындалуына арналған негізгі бағыттар ұсынылды.

**Summary**

This article tells about traumatism of drug situation, special features, possible ways of its solving are described and ways of prevention among children. For last years session of National Coordination council on health protection was three times held at the Republic Kazakhstan Government where the basic directions for performance of a complex of measures on decrease and the traumatism prevention have been presented.

Начало учебной поры наших детей и нужно провести его желательнее без детских травм. Изучение причин детского травматизма показало, что большинство травм дети получают в свободное от учебы время в результате опасных игр и шалостей на улице, во дворах жилых домов и на проезжей части.

Каждый день в мире в результате несчастных случаев погибает 2270 детей, это 830 тыс. детских смертей в год, еще несколько десятков миллионов детей попадают в больницы с травмами различной степени тяжести.

В Казахстане каждый год около 600 тысяч

получают различные повреждения, из них 20% составляют дети, 10% - подростки. Травмы занимают третье место среди причин смерти населения, чаще уносят жизни людей наиболее молодого возраста и второе место среди причин первичной инвалидности и временной нетрудоспособности. Ежегодно в нашей стране от травм погибает более 22 тысяч человек. Особенно подвержены риску получения травм дети и подростки: на каждые 100 тысяч детского населения приходится около 3,5 тысяч травм. Так, за последние 10 лет в республике произошло свыше 127 тысяч дорожно-транспортных происшествий, в которых погиб-

ло более 25 тысяч и получили ранения более 150 тысяч человек. При этом суммарные экономические потери превысили 960 млрд. тенге. Ситуация усугубляется большим количеством гибели и травмирования детей и подростков. Ежегодно на дорогах страны погибают около 250 детей, более 2 тысяч получают ранения или становятся инвалидами.

В современном мире и в Казахстане растет осознание серьезности этой проблемы общественного здравоохранения и понимание, что многие случаи дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить, если воздействовать на ключевые факторы риска. Ввиду масштабности этой проблемы правительства из всех частей мира приняли 2 марта 2010 года историческое решение активизировать действия, направленные на решение в следующие десять лет глобального кризиса в области безопасности дорожного движения. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН провозгласила Десятилетие действий по обеспечению безопасности дорожного движения в 2011-2020 годах и была поддержана рекордно большим числом стран, в том числе и нашей республикой. В этой связи в рамках проекта «Десятилетие действий» во всех регионах страны 11 мая 2011 года состоялись пропагандистские акции по безопасности дорожного движения. В ноябре 2010 года на «Первой Всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения» была принята Московская декларация по безопасности дорожного движения, Всемирной организации здравоохранения предложено сыграть ключевую роль в рамках этого Десятилетия и обеспечить координацию всех действий.

В городах дети получают травмы в 3 раза чаще и ведущей причиной смерти в результате непреднамеренных травм среди детей и подростков дорожно-транспортный травматизм. Только в прошлом году на автодорогах нашей области и города Тараз было зарегистрировано 547 дорожно-транспортных происшествий, в которых погибло 332 человек, а 632 получили ранения. От всего количества зарегистрированных ДТП, произошедших с участием детей, 80% приходится на детей-пешеходов.

Ежегодно с целью профилактики травматизма в городе Тараз проводится широкомасштабная кампания с привлечением внимания общественности и повышением информированности населения, особенно детей и подростков. Систематически проводятся месячники по профилактике дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей школьного возраста «Лето без детских травм - забота каждого!», «Дорожная безопасность зависит от нас!», «Безопасность на дорогах зависит от всех!», «Научим детей сегодня – предупредим травмы завтра!», «Передадим эстафету безопасности детям!», «Предупредить травмы в

наших силах. Действуйте!», декадники «Внимание, светофор!», массовые акции по профилактике травматизма, обморожений в зимний период, профилактике солнечных ожогов и тепловых ударов в жаркое время года, обучающие семинары - тренинги для педагогов, медицинских работников школ и сотрудников дорожной полиции по обмену опытом и новым подходам в обучении безопасному поведению на дорогах и оказанию первой медицинской помощи. В школах активно развивается движение Юных инспекторов дорожного движения с ежегодным проведением городских и областных слетов. Сегодня в каждой школе ведутся специальные занятия по правилам дорожного движения и профилактике травматизма на дорогах, проводятся Дни посвящения в юные пешеходы первоклассников, в школьных дворах устроены учебные перекрестки улиц со светофорами и разметками дорожных знаков, оформлены уголки по дорожной грамоте и т.д.

Страшно подумать, что из-за беспечности и безответственности, взрослых на дорогах гибнут дети. К большому сожалению, незнание детьми дорожной азбуки, а порой пренебрежения правилами дорожного движения и правилами поведения на улице, - вот основные причины трагических происшествий. Именно здесь мы должны все вместе приложить максимум усилий и возможностей. Для того, чтобы каждый взрослый мог предостеречь ребенка от опасности и научить его правильному поведению необходимо знать типичные ситуации, приводящие к травмам. Их должны обучать взрослые, родители, педагоги. Ведь жизнь без детских травм должна стать заботой каждого человека.

Вместе с тем, для обеспечения эффективности мер по предупреждению травм необходимо, прежде всего, понимание всей серьезности проблемы и принятие комплекса организационных мер, признание роли здоровья населения и себя как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

Поддержка Правительства, межведомственный подход, использование мирового опыта и различных современных достижений в области профилактики травматизма, усилия и пропагандистская деятельность позволят стабилизировать обстановку по травматизму и снизить его уровень, предотвратить многие случаи гибели и инвалидизации в результате травм.

#### **Список использованной литературы:**

ВОЗ. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе. – Италия, 2009.  
Шумилина Л.Н. Профилактика травматизма в Казахстане, Журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» № 1 – 2010.

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЧЕЛОВЕКА**

РАХИМБЕКОВА К.С.

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

**Резюме**

Проводимая профилактическая работа службой ФЗОЖ по повышению информированности различных групп населения способствует снижению распространению поведенческих факторов как употребление табака и алкогольных напитков. Увеличение продолжительности жизни граждан Республики Казахстан до 69 лет к 2015 году зависит от ведения здорового образа жизни, исключая рискованное поведение, отказ от вредных привычек, соблюдение личной гигиены, двигательную активность, здоровое рациональное питание.

**Тұжырым**

Салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметінің алдын алу жұмыстарының нәтижесі бойынша темекі шегу, алкоголь өнімдерін пайдалану яғни қауіп қатер факторларының таралуы төмендеді. Қазақстан Республикасы азаматтардың 2015 жылда 69 жасқа дейін өмірлерінің ұзаруы салауатты өмір салтын сақтау және қауіп-қатер тәртіптің факторларын жою, гигиена ережелерін сақтау, қимыл-қозғалыс белсенділігі, тиімді тамақтануға байланысты.

**Summary**

Spent preventive work as service of healthy lifestyle on rising of knowledge of various groups of the population promotes depression to diffusion of behavioral factors as the use of tobacco and alcoholic drinks. The augmentation of life expectancy of citizens of Republic Kazakhstan till 69 years by 2015 depends on conducting the healthy way of life excluding risky behavior, refusal of bad habits, observance of personal hygiene, a motor performance, and a healthy balanced diet.

Здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения человека, способ жизнедеятельности, который обеспечивает формирование, сохранение и укрепление здоровья, способствует профилактике различных заболеваний. Рассмотрим несколько аспектов здорового образа жизни.

**Питание и здоровье.** Существуют заболевания (гастрит, ожирение, диабет, гипертония, злокачественные опухоли и т.д.), которые во многом обусловлены неправильным питанием. И здесь уместно сказать о значении употребления в пищу продуктов с низким и высоким содержанием жиров, сахара, соли; о голодании, важности врачебного контроля в этот период и возможных негативных последствиях. Важно научиться составлять ежедневные рационы питания. Для подростков особенно важно употреблять в пищу овощи и фрукты, в которых содержатся витамины, необходимые растущему организму.

Не всегда разнообразное питание обеспечивает сбалансированное поступление пищевых веществ в организм. Замечено, если употреблять в избытке мясные продукты, способствующие повышенному содержанию незаменимых аминокислот, в организме могут наступить нарушения функции органов и систем. Будет страдать, прежде всего, пуриновый обмен, выде-

лительная функция почек и т.д.

Особую ценность имеют белки рыбы. Они легко усваиваются организмом и по своим качествам не уступают белкам мяса и птицы. Кроме полноценного белка, рыба содержит витамины А и D, большое количество солей и микроэлементов (йод, цинк, фосфор и др.).

Исключительное значение имеют молоко и молочные продукты; ценность этих продуктов обусловлена благоприятным соотношением входящих в белки молока аминокислот, хорошей усвояемостью жира, молочного сахара, витаминов, минеральных солей и способностью связывать некоторые токсичные элементы и выводить их из организма. Поэтому не случайно с возрастом рекомендуется увеличить потребление молочных продуктов.

**Алкоголизм и наркомания.** Наркотические вещества вызывают привыкание, отрицательно влияют на физическое и умственное развитие, вызывают заболевания различных органов, т.е. представляют огромную опасность для организма.

Установлена следующая закономерность: среди взрослых людей — любителей и злоупотребляющие алкоголем практически все жалуются на какие-либо проблемы со здоровьем. Чаще всего это заболевания

желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем. В подавляющем большинстве случаев систематическое употребление спиртного родителями приводит к большому числу внутрисемейных проблем.

По данным НЦПФ ЗОЖ распространенность потребления алкоголя с 1998 по 2004 по результатам 3 Национальных широкомасштабных социологических исследований среди 11-14 -летних снизился с 20% до 9,4%, 18-19 лет - с 61% до 37,7%, 20-29 лет - с 74% до 45,9%, 30-60 лет - с 55% до 41,9%. [1]

**Курение.** Табакокурение — одна из самых распространенных вредных привычек, характеризующаяся регулярным потреблением табачных изделий. Табачный дым представляет собой аэрозоли, состоящие из жидких и твердых частиц, находящихся во взвешенном состоянии. Он содержит никотин, угарный газ, аммиак, синильную кислоту, цианистый водород, ацетон и значительное количество веществ, способных вызывать образование злокачественных опухолей. Наиболее опасен никотин. К нему организм привыкает быстро, поэтому острое отравление им имеет очень короткую фазу. Его признаки: головокружение, кашель, тошнота, горечь во рту. Иногда к ним присоединяются слабость, недомогание, бледность лица. Угарный газ, растворяющийся в крови курильщика, приводит к кислородному голоданию организма, от чего страдает, прежде всего, сердце. Но больше всего от воздействия табачного дыма страдает легочная система. Ядовитые вещества табачного дыма постепенно разрушают механизмы защиты легких, вызывая легочные заболевания. Кроме раздражения слизистой оболочки гортани, трахеи, бронхов и альвеол (легочные пузырьки), развивается хроническое заболевание дыхательных путей — бронхит курильщика.

Им страдают 80% курильщиков. Крайне неблагоприятны последствия курения для женского организма, в частности для его детородной функции. По данным НЦПФЗОЖ по результатам 4 Национальных широкомасштабных социологических исследований с 1998 по 2007г распространенность табакокурения в РК составляет 27%. В возрастной группе 18-19 лет составила 32,7%, среди детей снизилась с 10% до 7,5% и у подростков наблюдается снижение курения с 21% до 11%. Наиболее подвержены курению в группах старше 20 лет и снизилась с 39% до 34,1%. В результате проводимой работы службой ФЗОЖ по повышению информированности идет снижение табакокурения по всем возрастным группам.[2]

**Физическая активность.** По данным НЦПФЗОЖ отмечается среди населения низкая физическая активность (23% делают утром физическую зарядку, ходят пешком более 30 минут.) Занимаются спортом 18% по РК, среди детей 11-14 лет-39%, среди 15-17 лет-35,6%, а среди 18-19 летних групп населения -18,9% и ниже.[2]

#### Список использованной литературы:

1. Слажнева Т.И. Пути решения проблем ФЗОЖ и укрепления здоровья населения в Казахстане / Т.И. Слажнева, Ш.Е. Каржаубаева, А.А. Аканов, К.А. Тулебаев // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2006. - №2. - С. 13-18.
2. Хайдарова Т.С. Мониторинг факторов риска – основа целенаправленной профилактической работы по предупреждению НИЗ среди населения РК / Т.С. Хайдарова, Р.Н. Нурмуханбетова // Medica Revista medicala stiinfica practica. - 2009.– 6(39). – С. 54-56.

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

ДЖУМАШЕВА И.Б.

ГККП «Теректинская центральная районная больница»,  
с. Федоровка, Западно-Казахстанская область**Резюме**

Таким образом, «предболезнь», «донозологическое состояние», «третье состояние» — один из ключевых моментов в стратегии и тактике охраны и укрепления здоровья не только в теории и практике патологии, но и санологии.

**Тұжырым**

“Арудың алды” және “донозологиялық күй”, “үшінші күй” - денсаулықты сақтау мен нығайту теориясында ғана емес, сонымен бірге, патология тәжірибесінде және де санологияда кілт сәтіндегі стратегиясы болып табылады.

**Summary**

Thus, “predisease”, “prenosological state”, “third state” - one of the key elements in strategies and tactics of health protecting and promoting not only in theory and practice of pathology, but also in sanology.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье - это состояние полного физического, духовного, социального благополучия, когда органы и системы организации человека уравновешены с окружающей, производственной и социальной средой, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Формула «Здоровье — общественное богатство» относится не только к личному, но и к так называемому общественному здоровью.

Общественное здоровье нельзя сводить к совокупности показателей здоровья отдельных людей. Общественное здоровье — это характеристика одного из важных свойств, качеств, аспектов общества как социального организма. С таких позиций говорят об общественном здоровье как о богатстве общества, общественном богатстве, т. е. факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

В настоящее время общественное здоровье можно определить как состояние, (качество) общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т. е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ). Иными словами, наиболее подходящими критериями его определения представляются понятия «образ жизни», «здоровый образ жизни». Учитывая, что понятие «общественное здоровье» присоединяется к таким понятиям, как «общественное богатство», «образ жизни», возможно пользоваться по-

нятиями «потенциал общественного здоровья» (ПОЗ), «индекс общественного здоровья» (ИОЗ), «индекс здорового образа жизни» (ИЗОЖ).

Индекс общественного здоровья (ИОЗ) можно представить как соотношение удельного веса факторов здорового и нездорового образа жизни; ИЗОЖ — как процент лиц, ведущих здоровый образ жизни (ЗОЖ). Потенциал общественного здоровья — это мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резервов, создаваемых активным, здоровым образом жизни.

Состояние здоровья в целом зависит от следующих факторов:

- биологических, психологических и наследственных свойств человека;
- природных воздействий (климат, погода, флора, фауна и др.);
- состояния окружающей среды (загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.);
- социально-экономических, политических и прочих факторов, обычно действующих через условия труда и быта;
- состояния служб здравоохранения, кадров, уровня медицинской науки.

Исследования показали, что состояние здоровья определяется факторами образа жизни, т.е. труда и быта (от 50 до 55%), окружающей средой (от 20 до 25%), генетическими факторами (от 15 до 20%) и организацией медицинской помощи (от 10 до 15%). Здоровый образ жизни — это деятельность, наиболее

характерная, типичная для конкретных социально-экономических, политических, экологических условий, направленная на сохранение и улучшение, укрепление здоровья людей. Формирование здорового образа жизни — основа мер по первичной индивидуальной профилактике как системе социально-экономических и медицинских мер, предупреждающих возникновение и развитие болезней.

Целью здорового образа жизни является утверждение более разумных форм личного и коллективного поведения по сохранению и укреплению здоровья. Процесс формирования здорового образа жизни включает:

- информирование населения о факторах риска и степени их влияния на состояние здоровья;
- формирование убежденности в необходимости выполнения рекомендаций по устранению факторов риска;
- воспитание навыков, оказывающих благоприятное влияние на здоровье и сводящих к минимуму действие отрицательных факторов.

Формирование навыков здорового образа жизни должно быть комплексным и сочетать осуществление общественных мероприятий с индивидуальным поведением.

Важнейшая функция и задача всех органов и учреждений, всех организаций, которые занимаются формированием здорового образа жизни, и прежде всего учреждений первичной медико-санитарной помощи (поликлиник, МСЧ, амбулаторий), а также центров здоровья — это его эффективная пропаганда, которая должна акцентироваться не столько на санитарном просвещении, сколько на средствах гигиенического воспитания, т. е. не на пассивном восприятии медицинских и гигиенических знаний, а на обучении гигиеническим навыкам, правилам и нормам поведения и активном их проведении в жизнь.

Существуют уровни оценки здоровья:

1. Здоровье отдельного человека (индивидуальное).
2. Здоровье малых социальных и этнических групп (групповое).
3. Здоровье населения (проживающего в городе, в селе, на определенной территории). Выделяют еще общественное здоровье (здоровье общества, популяции в целом).

Для оценки индивидуального здоровья используют ряд условных показателей, таких как ресурсы здоровья, потенциал здоровья и баланс здоровья. Ресурсы здоровья — морфофункциональные возможности Ор

ганизма изменять баланс здоровья в положительную сторону.

Потенциал здоровья — это совокупность способностей организма адекватно реагировать на воздействия внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной, иммунной) и механизмами психической саморегуляции (психологическая защита, аутотренинг, медитация и т.д.).

Баланс здоровья — выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами. Для оценки баланса здоровья используются показатели физического развития, состояния физиологических систем и психофизиологическое состояние, и их соответствие половым, возрастным и этническим нормативным показателям.

При оценке здоровья населения (общественного, популяционного) в отечественной санитарной статистике используются типовые медико-статистические показатели.

1. Медико-демографические показатели: статика (численность и состав населения); динамика населения.
2. Показатели заболеваемости.
3. Показатели инвалидности.
4. Показатели физического развития населения. Предболезнь — «третье состояние».

Предболезнь — «мост», переходное состояние между болезнью и здоровьем. В медицинской статистике и в официальном определении это состояние не регистрируется, тем не менее знать об удельном весе «третьего состояния» в общественной «анатомии» здоровья важно. Не только в теоретическом, но и практическом плане понятно, что легче не допускать возникновения и развития заболевания, появления нозологических состояний (конкретных болезней), исходными для которых служат обычно донозологические, предболезненные стадии, нежели преодолеть уже развившуюся болезнь. «Третье состояние» и его нивелирование давно связывают с профилактикой личной и общественной, диспансеризацией, направленной, как известно, не только на обнаружение причин и факторов риска для здоровья, но и предупреждение их появления, т.е. на первичные звенья патологического процесса, на выявление и устранения ранних признаков заболеваний.

УДК 614.2:331.451/452:006

**КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗОПАСНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ  
СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

КОЙКОВ В.В., ГРАФ М.А., ЕРМАХАНОВА Г.А.

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК, г. Астана

**Резюме**

В статье указаны основные аспекты создания безопасных условий окружающей среды в медицинских организациях. Будет эффективным внедрение программы управления безопасностью окружающей среды, основанной на стандартах и требованиях, позволит создать условия, обеспечивающие минимальную степень риска для пациента.

**Тұжырым**

Мақалада медициналық мекемелерде қауіпсіз қоршаған органы ұйымдастырудың басты аспектілері берілген. Стандарттарға негізделген қауіпсіз қоршаған органы басқару бағдарламаларын тиімді енгізу пациентке арналған ең аз қауіп қатер деңгейін беруіне жағдай жасауға мүмкіндік береді.

**Summary**

This article describes the key aspects of the organization of a safe environment in health care organizations. Effective implementation of safety management program environment based on standards that will create conditions that pose minimal risk to the patient.

Понятие «безопасность пациентов», помимо максимально возможного соответствия исходов лечения ожиданиям врача и пациента, при минимальном риске отрицательных последствий лечения и диагностики [1], включает в себя, и организацию безопасной среды в медицинских организациях, и осуществление управленческих мероприятий в процессе разработки и поддержании программ по улучшению качества, снижению рисков для пациентов и персонала.

Программы по безопасности в медицинских организациях во всем мире создаются для обеспечения безопасной окружающей обстановки для пациентов и персонала. Ни одна программа мер безопасности не сможет обеспечить полной гарантии того, что пациент никогда не получит травму от несчастного случая во время получения лечебно-диагностических процедур или нахождения в медицинской организации.

Эффективная программа управления безопасностью разрабатывается с целью создания условий, представляющих минимальную степень риска для пациента. Должным образом управляемая программа обеспечения безопасности может повысить экономическую эффективность оказываемых услуг, снизить количество и объем жалоб и претензий, компенсационных выплат персоналу в результате производственных несчастных случаев.

Любая программа должна оценивать степень технического состояния, при котором состояние здания, помещения и оборудования организации не представляет угрозу пациентам, персоналу и посетителям, а также позволяет предотвратить несчастные случаи и травмы; поддержать безопасные и комфортные условия для пациентов, семей, персонала и посетителей. Разработка и построение программы должно включать в себя этапы организации безопасной больничной среды начиная от поступления («вход») больного в медицинскую организацию до момента его выписки («выход»).

Согласно Стандартам аккредитации Международной объединенной комиссии JCI (далее - Стандарты JCI) [2] и Стандартам аккредитации для субъектов здравоохранения Республики Казахстан (далее – Стандарты РК) [3] построение безопасной среды включает в себя следующие основные составляющие: организация санитарно – гигиенических условий в учреждении; обеспечение и эксплуатация медицинского оборудования; наличие бесперебойного функционирования коммунальной системы; обеспечение мерами охранной безопасности лечебно – диагностического процесса.

Медицинская организация должна иметь достаточное количество необходимых помещений для осуществления основной деятельности в качестве организации здравоохранения. Согласно Стандартам JCI (глава 12, стандарт МЗБ.1) и Стандартам РК (глава 6, стандарт 6.1.1.) помещения и инфраструктура медицинской организации должны соответствовать требованиям Строительных Норм и Правил (СНиП) и Санитарных Правил и Норм (СанПиН). По итогам проведенной аккредитации медицинских организаций республики в период с 2009 по 2010 годы большая часть замечаний связана с недостаточным количеством помещений в медицинских организациях, соответствующих требованиям СанПиН и СНиП - 39% организаций. Несмотря на то, что в 2009 году экспертами было выявлено 29% организаций, в которых наблюдалось не соответствие помещений требованиям СанПиН и СНиП, в 2010 году данный показатель возрос до 39% [4].

Руководству организации необходимо использовать все доступные ресурсы для обеспечения безопасной среды, располагать данными оценки всех существующих рисков в организации. Это может осуществляться посредством разработки плана управления организации, который включает в себя комплексную проверку - от выявления «опасных» мест, до мест, где невозможно постоянное наблюдение за обеспечением безопасности. Контроль, за соблюдением СанПиНов в учреждениях, должен осуществляться службами качества медицинской помощи организации с периодичностью, определенной нормативными документами.

Равный доступ к медицинской помощи и своевременное получение полного объема лечебно-диагностических процедур возможны при четко структурированном и стандартизированном медицинском процессе, бесперебойной работе диагностического оборудования и получении необходимого перечня лекарственных средств. При проведении аккредитации для 37% медицинских организаций характерен высокий процент износа медицинского оборудования [4].

Для обеспечения функционирования и эффективной эксплуатации медицинского оборудования, организациям необходимо проводить инвентаризацию медицинского оборудования, регулярно контролировать его техническое состояние, проводить тестирование медицинского оборудования в соответствии с характером его использования и требованиями, организовывать профилактическое техническое обслуживание. Согласно Стандартам JCI оборудование должно проходить испытание и технический контроль при вводе в эксплуатацию, а затем периодически, в соответствии с износом – с учетом интенсивности использования оборудования на основе инструкций произво-

дителя. Это позволяет обеспечить непрерывность процесса технического обслуживания и заблаговременно подготовить медицинское оборудование к ремонту или замене. Существует необходимость разработки программы профилактического техобслуживания оборудования для диагностики и лечения пациентов, что позволит обеспечить должное функционирование электрических, санитарно-технических, тепловых и вентиляционных систем и их компонентов.

В 9% организаций здравоохранения, по результатам аккредитации проведенной 2009-2010гг. [4], наблюдается недостаточное количество изделий медицинского назначения, медицинской техники и оборудования, твердого и мягкого инвентаря. Каждая медицинская организация должна иметь необходимый перечень и достаточное количество медицинской техники и изделий медицинского назначения, в соответствии с минимальными нормативами оснащения организаций здравоохранения изделиями медицинского назначения и медицинской техникой, а также необходимое количество (в зависимости от количества коек в подразделении, количества персонала и пр.) твердого и мягкого инвентаря бытового и медицинского назначения, позволяющее обеспечить комфортные условия для пребывания пациентов и профессиональной деятельности персонала.

Медицинская организация в соответствии со своей миссией, нуждами пациентов и ресурсами, имеет различные потребности в медицинском оборудовании и коммунальных услугах. Ключевым аспектом безопасной окружающей среды в медицинских организациях является осуществление бесперебойности работы системы коммунальных услуг. При этом система холодного и горячего водоснабжения, канализации и водоотведения, приточно-вытяжной вентиляции, освещения и отопления должны размещаться и функционировать согласно требованиям СанПиН. Среди прочих замечаний, выявленных по результатам аккредитации, в 6% организаций отмечается отсутствие удобных подъездных путей, недостаточное количество парковочных мест, перебойная работа системы подачи холодной воды и т. д. [4].

Безопасность окружающей среды в медицинских организациях определяется наличием функционирующих лифтов для подъема персонала, пациентов, посетителей и грузов, приспособлений (эстакад) для передвижения людей с ограниченными возможностями, удобных подъездных путей и достаточного количества парковочных мест.

Согласно существующим стандартам, коммуникации для потребления холодной и горячей воды (внутренние трубопроводы, умывальники, раковины и др.) должны быть размещены с учетом функционального предназначения структурных под-

разделений, их техническое состояние должно соответствовать требованиям СанПиН. Аналогичные требования предъявляются и к системам внутренних трубопроводов для отведения сточных вод (канализация) от санитарно-технических приборов (умывальники, ванны, души), а также дождевых и талых вод. В каждом помещении должен иметься бесперебойно функционирующий индивидуальный канал вытяжной вентиляции с естественным побуждением (воздуховод) и система естественной вентиляции (форточки, откидные фрамуги). Необходимые элементы противопожарной безопасности должны иметься в каждом здании больничного сектора: конструкции и материалы (огнезащитные краски, облицовочные конструкции, наружные пожарные лестницы, лифты); средства пожаротушения (гидранты, рукава, огнетушители); установки пожарной сигнализации и оповещения.

Согласно существующим стандартам здания и помещения должны быть обеспечены надежными системами охраны. Результаты аккредитации показали отсутствие охранной сигнализации и круглосуточной охраны в 17% организаций в 2009 году, в 2010 г. данный показатель снизился до 9% организация [4].

Во избежание возникновения опасных ситуаций, в медицинских организациях необходимо проводить регулярный контроль профилактических мероприятий, осуществлять на регулярной основе планово-предупредительный ремонт помещений и техническое обслуживание оборудования и коммуникаций. Мониторинг работы основных систем позволяет организации предотвращать возможные проблемы и предоставляет информацию, необходимую для при

нятия решений по системным усовершенствованиям и планированию обновлений и замены систем коммунальных услуг.

Эффективно внедрение программы управления безопасностью окружающей среды, основанной на стандартах и требованиях, позволит создать условия, обеспечивающие минимальную степень риска для пациента. Организация надлежащих санитарно-гигиенических условий работы медицинских организаций, обеспечение и эксплуатация медицинского оборудования, бесперебойное функционирование коммунальной системы, а также обеспечение организации необходимыми мерами охраны позволит повысить экономическую эффективность, качество и безопасность медицинских услуг, снизить количество и объем обращений граждан на некачественную медицинскую помощь.

#### **Список использованной литературы:**

1. Власов В.В. Медицина и бедность. Технология и этика распределения. Саратов, 1999.
2. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition ©2010 by Joint Commission International, ISBN: 978-1-59940-434-9 (США).
3. Стандарты аккредитации для медицинских организаций Республики Казахстан, утвержденные приказом Министра здравоохранения РК от 16 октября 2009 года №713.
4. Итоги аккредитации медицинских организаций в Республике Казахстан (2009-2010 гг.). Информационный бюллетень, Астана 2010.

**К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

КАУСОВА Г.К., КОРГАНБАЕВА Д.

Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

**Резюме**

В Республике Казахстан отмечается высокий уровень заболеваемости псориазом. Наличие косметического дефекта у больных псориазом, хроническое течение заболевания формируют выраженные психические расстройства, оказывающие негативное влияние на качество жизни больного.

**Summary**

In Kazakhstan registered a high incidence of psoriasis. The presence of a cosmetic defect in patients with psoriasis, a chronic form of the disease forms mental illness, which has a negative impact on a quality of life.

**Тұжырым**

Қазақстан Республикасында псориаз ауруының жөғары деңгейі белгіленді. Псориаз науқастарының косметикалық жетіспеушілігі, аурудың созылмалы түрі анық психикалық бұзылыстарды қалыптастырады, науқастың өмірінің сапасына негативті әсер тигізеді.

На настоящее время псориаз (чешуйчатый лишай) является одной из актуальных проблем современной дерматологии. В странах центральной Европы распространенность псориаза колеблется от 0,1% до 10%. Среди стационарных больных дерматологических отделений на его долю приходится от 6,5% до 22% случаев, а среди всех больных дерматологического профиля заболеваемость составляет 5%. По данным различных исследователей, актуальность данной проблемы обусловлена высокой распространенностью, частыми рецидивами заболевания, большим количеством тяжелых форм, недостаточной эффективностью традиционной терапии [1].

В Республике Казахстан (РК) также отмечается высокий уровень заболеваемости псориазом, это подтверждают отечественные ученые (Кешилева З.Б., 1996; Оразымбетова Ж.А., 2000; Батпенова Г.Р., 2004 и др.). Распространенность псориаза в Казахстане на сегодняшний день составляет от 1 до 1,5 %, наиболее высокий процент отмечался в экологически неблагоприятных регионах (восточном, западном и южном). Так, в Семипалатинской области распространенность заболевания составила 6,1 на 1000 человек, в Шымкентской - 5,4, Уральской - 4,4. Данные показатели объясняются высоким уровнем развития горнодобывающей промышленности, наличием ядерного полигона, космодрома и т.д. [2].

Актуальной и малоизученной представляется тема изучения качества жизни (КЖ) у больных псориазом трудоспособного возраста в условиях мегаполиса. Сопутствующие психоэмоциональные расстройства у больных псориазом усиливают и утяжеляют болевые

ощущения, снижают их переносимость и способствуют хронизации заболевания. Больные при наличии тревоги или депрессии предъявляют большее число соматических жалоб, имеют худший функциональный статус и худшее КЖ, меньше удовлетворены результатами своего лечения.[3]

Повторное обострение псориаза вызывает очередной стресс, что приводит в последующем к депрессивным расстройствам. Даже незначительно выраженная депрессия существенно утяжеляет течение псориазического процесса, продлевает сроки пребывания больных в стационаре. Однако надо заметить, что даже в тех случаях, когда депрессивные расстройства получают правильную квалификацию, лишь 13% больным назначаются антидепрессанты. [4]

КЖ пациентов с псориазом изучается уже более десятка лет, и в процессе изучения открываются все новые и новые аспекты этой проблемы, что требует разработок новых подходов по повышению КЖ больных с псориазом. Как сообщает Horn E.J. (всемирн. конфер по псориазу), профессор Кристофер Гриффитс (*Christopher Griffiths*) из Университета Манчестера говорит: «Псориаз имеет серьезное влияние на качество жизни пациентов и приводит к стрессовым состояниям, не даёт людям чувствовать себя счастливыми. Своевременно принятые адекватные меры являются ключом к сокращению продолжительного влияния заболевания на жизни больных» [5].

Начиная с 2003 года Национальный псориазический фонд США регулярно два раза в год проводит специальный скрининговый опрос большой группы больных псориазом и псориазическим артритом в рам-

ках изучения их КЖ. Две трети респондентов страдают только псориазом и одна треть имеет еще и псориатический артрит. По данным этих опросов, в целом псориаз оказывает значительное ухудшающее воздействие на КЖ пациентов. В частности, половина опрошенных страдают сильным чувством озлобления и фрустрации, беспомощности и собственной недооценки; они испытывают проблемы, связанные с нарушением сна, поражением открытых участков тела, длительным нахождением в сидячем или стоячем положении, проблемы, связанные с сексуальными отношениями и пр. Треть больных считают псориаз их самой большой проблемой каждодневной жизни, в том числе в связи с потерей трудоспособности, неудачами в карьере и т.д. Все эти данные диктуют клиницистам необходимость учитывать эту ущемленность КЖ их пациентов при индивидуальном выборе терапевтических подходов. Иными словами, организовывая терапевтическую программу для конкретного больного, необходимо предусматривать в ней мероприятия, направленные на повышение КЖ этого конкретного пациента. С этими целями Korte J. предлагает специальную программу т.н. «менеджмента заболевания», которая включает индивидуальный образовательный компонент, бытовой тренинг и психологическую поддержку по показаниям. В результате апробирования этой программы в 10 европейских дерматологических клиниках у 330 больных псориазом, получавших лишь наружное медикаментозное лечение, была получена высокая степень удовлетворенности со стороны пациентов при значительном улучшении клинического состояния, снижении тяжести заболевания и улучшении показателей КЖ.

ВОЗ была разработана Международная классификация функциональности, инвалидности и здоровья – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), призванная унифицировать языковое и терминологическое понимание и описание специалистами механизмов влияния какого-либо заболевания на КЖ пациента. Классификация представляет собой модель из пяти компонентов: физические страдания (напр., боли в суставах), ограничения общей физической активности (напр, при хождении), ограничения в социальной активности (напр, альтернативный спорт), изменения в средовых взаимодействиях (напр, отношения в семье) и влияние личностных восприятий заболевания (напр, в зависимости от возраста). Группа исследователей из США совместно с Мюнхенским университетом разработали консенсус по адаптации МКФ к псориазу и псориатическому артриту. В результате дерматологам предложен сокращенный вариант МКФ, использование которого на практике позволит более углубленно понимать степень воздействия псориаза и псориатического артрита

на жизнь пациентов. [6]

В мире существует большое множество анкет-опросников для изучения КЖ. Одной из них является Dermatology Life Quality Index (Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ)), разработанное F.Y.Finlay (Уэльский университет, Великобритания). Применяется дерматологами для оценки степени негативного влияния кожного заболевания на различные аспекты жизни больного, характеризующие в целом его КЖ. ДИКЖ может быть использован как один из критериев оценки эффективности терапии кожного заболевания у конкретного больного. Существует руссифицированная версия индекса Finlay, применяется российскими дерматологами в практических и научных целях для изучения КЖ у пациентов с различными заболеваниями. Вопросы специальной анкеты ДИКЖ адресованы самому больному, следовательно выбирать ответы должен сам больной, для облегчения заполнения анкеты больным желательно присутствие врача. Цифровой индекс, получаемый в результате ответов на все вопросы анкеты, отражает степень негативного влияния симптомов болезни на КЖ больного: чем выше индекс - тем сильнее болезнь «ухудшает» КЖ. Максимальный индекс равен 30 [7].

На сегодняшний день исследователи изучают КЖ при псориазе не только самого пациента, но состояние психологического здоровья людей, находящихся в окружении больного, в первую очередь его семьи. В одном из таких исследований [статья итоги работы первой всемир.конференции Eghlileb A. с соавт., стр.17] было проинтервьюировано 19 членов семьи и 14 ближайших партнеров 33 больных псориазом и обнаружен весьма серьезный «вторичный» эффект псориаза на КЖ окружающих. Так, 73% опрошенных находились под психологическим давлением тревоги и беспокойства по поводу будущего своих больных родственников, 51% указывали не некую социальную дезадаптацию, 36% испытывали ограниченность в своей ежедневной активности, у 30% отмечались нарушения в сексуальной сфере, у 15% ухудшились межличностные отношения и 9% указывали на возникновение финансовых трудностей в связи, в частности, с лечением родственника. Эти неожиданные результаты, по мнению авторов, ведут к необходимости разработки новых стратегий, направленных на такой скрытый «вторичный» эффект псориаза.

Для изучения вторичного КЖ родственников больного псориазом был разработан специальный опросник, получивший название Семейный дерматологический индекс качества жизни (СДИКЖ). СДИКЖ уже становится дополнительным инструментом изучения влияния заболевания на жизнь общества в целом. В поисках решения проблем, связанных с КЖ, профессиональные сотрудники Датской псориатической

ассоциации создали горячую линию с возможностью связи по телефону или электронной почте. По два часа один раз в неделю больные псориазом могут получить по этой горячей линии рекомендации и советы относительно лечения, экономических проблем, трудоустройства, психологических аспектов и т.д. Типичные вопросы чаще всего касаются безопасности применения наружных стероидов, выходов из тяжелых обострений, ухода за пораженными руками, социальной поддержки при псориазе, путей сохранения трудоспособности и др. [Randbouell I., стр.17–18]. Опыт применения горячей линии показывает, что одним из главных ее достоинств является то, что она дает возможность пациентам почувствовать постоянную поддержку со стороны ассоциации, сотрудники которой на другом конце провода всегда «на их стороне» и несмотря на личностную дистанцию, однажды установив контакт, больной вновь обращается за помощью. Важно, чтобы команда горячей линии состояла из медика и социального работника с большим опытом практической работы по проблеме и возможностью давать советы касательно и детского возраста.[8]

По исследованию Глэдис Эдвардс (*Gladys Edwards*): «Исследование «Psoriasis Uncovered» дало нам некоторое представление о КЖ и ощущениях больных псориазом в Соединённом Королевстве. Некоторые люди способны жить с этой болезнью и не давать ей оказывать разрушающего влияния на свою жизнь, но большинство находит псориаз состоянием, причиняющим постоянные стрессы, изолирующим их от общества, влияющим на их работу, общественную и личную жизнь», — сообщила Глэдис Эдвардс (*Gladys Edwards*) из Psoriasis Association.[9]

Наличие косметического дефекта у больных псориазом, хроническое течение заболевания формируют выраженные психические расстройства, оказывающие негативное влияние на КЖ больного. Знания

врача о психологических особенностях и переживании пациентов с псориазом, помогут нивелировать расстройства их психики и оказать им психоэмоциональную поддержку. [10]

#### Список использованной литературы:

1. Маркушева Л.И., Савина М.И., Тиханов Ю.В. и др., // Вестник дерматологии и венерологии (М. Медицина). 2000.- №5 – С. 7 – 10.
2. Кешилева З.Б. Эпидемиологии псориаза, значение иммуногенетических маркеров и иммунных нарушений для оценки риска развития, прогноза течения и эффективности терапии больных: Автореферат. Дисс. ...докт. мед. наук. – М. – 1991. – С.42.
3. Иванова И.Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2007. – № 5. – С.77 - 79.
4. Смулевич А.Б., Иванова О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2005. – № 6. – С.33 - 39.
5. Finlay A.Y. Quality of Life Survey // Exchange. – 1999. – P.22/73.
6. Mease Ph 2001 Cytokine blockers in psoriatic arthritis// Ann. Rheum. Dis. P.16
7. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.11 - 15.
8. Адаскевич В.П., Дуброва В.П., Пуртов А.В. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №4. – С.42 - 45.
9. Gladys Edwards Psoriasis Uncovered. 2005
10. Farber E.M. et al., 1991; В.Н. Мордовцев с соавт., 1996; Ю.К. Скрипкин с соавт., 1999; Tutrone WD et al., 2004

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙСІНДЕ СТАНДАРТТАУ КЕЗІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫ БАҒАЛАУДЫҢ МАҢЫЗЫ

КӨШЕРБАЕВА Л.К., ИБРАЕВ С.Е., КУМАР А.

Астана медициналық университеті, Астана қаласы

### Резюме

Внедрение КР на основе результатов проведенных оценок медицинских технологий даст возможность регулировать объемы и качество медицинской помощи, и выбор методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации при ведении конкретных больных.

### Тұжырым

Дәрігерлік технологиялардың өткізген бағаларының нәтижелері негізінде КР енгізу көлемдерді реттеуге мүмкіндік береді және де дәрігерлік жәрдемді сапасы, диагностика, емдеу, профилактика әдістерінің таңдауы, сонымен бірге, нақты ауруларды жүргізу кезінде оналту.

### Summary

The introduction of KR based on evaluation of medical technologies will make it possible to adjust the volume and quality of care, and choice of methods of diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation in the management of individual patients.

Заманауи медициналық технологияларды енгізу медициналық көмек көрсету тиімділігінің бәрінша арттырды. ХХІ ғасырда жаңа медициналық технологиялардың қарқынды өсуі мен дамуы денсаулық сақтау саласындағы тұрақты шығыстарды арттырды және дамушы елдердің ортақ мәселесі болып табылады. Кез келген денсаулық саласында қолда бар технологияларды арттыруға үнемі қаржы бөле алмайды. Осыған байланысты ДДҰ денсаулық сақтауға жалпы ішкі өнімнен 6-6,5% бөлуді ұсынады. Қолда бар және жаңа технологиялардың арасындағы теңсіздікті жою үшін бүкіл әлемде медициналық технологияларды бағалау (МТБ) жүргізіледі. МТБ бойынша мәліметтерді жинау, талдау және оларды топтастыру барлық мүдделі тұлғалардың сенімді ақпараттарды алына мүмкіндік туғызады. МТБ медициналық технологияларды пайдалану және тарату саласындағы нақты мазмұнды реттестіруді қалыптастырудағы құнды құралдар болып табылады [5]. Медициналық технологиялардың тиімділігін бағалауда медициналық ақпараттарды топтастырып және түсіндіретін, денсаулық сақтау ұйымдары мен сырқаттарды емдеу, сауықтыру, диагностикалауда ғылыми-дәлелді шешімдер қабылдауға мүмкіндік беретін дәлелді медицина (ДМ) құралдары да пайдаланылады [6]. Қазіргі таңда дәлелді медицина Еуропа және АҚШ-тың 80%-дан аса медициналық қызметкерлерінің медициналық технологияларды таңдау мен бағалау ықтималдығы туралы шешімдерді қабылдаудағы негізгі құрал болып табылады [7].

Қазақстандағы бүгінгі таңда медициналық жоғары оқу орындарының базаларында ДМ орталықтары, кафедралары құрылды, алайда осы қарқынды дамуға қарамастан, тәжірибелі денсаулық сақтауда ДМ пайдаланудың жеткіліксіздігі байқалады. ҚР ДМ қызметін үйлестіру және жалғастыру үшін ДМ орталық звеналарын құру өте маңызды. ҚР денсаулық сақтау саласындағы ДМ қолданудың алғашқы кадамдары диагностикалау мен емдеудің хаттамаларын (ДЕХ) әзірлеуде ерекше байқалады. Стандарттау саласын дамыту барысында ҚР денсаулық саласын реформалау мен дамудың 2005-2010 жылдарға арналған Мемлекеттік бағдарламасын (Бағдарлама) [1] іске асыру аясында ҚР ДСМ 2006 жылғы 10 қазандағы №472 бұйрығымен бекітілген «Клиникалық нұсқаулықтарды әзірлеу және жетілдіру бойынша нұсқаулық». Бағдарламаны іске асыру бойынша шаралар жоспарының 53 бабын орындауда ҚР «Диагностикалау мен емдеудің хаттамаларын бекіту туралы» ДСМ 2007 жылғы 28 желтоқсандағы бұйрығымен 307 ДЕХ бекітілді.

МТБ кезіндегі медициналық технологияның клиникалық маңыздылығы және клиникалық нұсқаулықтың негізгі ережелері ДМ қағидалары бойынша дәлелділік деңгейімен анықталу қажеттілігі жеткіліксіздігінен тәжірибелік дәрігерлердің ДЕХ пайдалануы айтарлықтау нәтиже берген жоқ. МТБ – дәлелді медицинаның жалпы қағидалары негізінде қабылданған медициналық технологияларды қолданудың қысқа және ұзақ мерзімді әсерлерін (қауіпсіздік, тиімділік және сапа) жан-жақты

талдау процедурасы[4]. Нақты жағдайдағы (нақты әдіспен нақты көрсеткіштер бойынша аурулардың/ тұрғындардың нақты тортарына технологияларды қолдану) медициналық технологияның экономикалық мақсатылығы, қауіпсіздігі мен тиімділігі туралы мәліметер бағалаудың пәні болып табылады. Сондай-ақ қосымша мысалы, өнделіп жасалынған және табиғи дәрілік құралдардың терапиялық эквиваленттілігі туралы мәліметтер де бағаланады. МТБ медициналық қызметкерлерді белгіленген тәртіптегі денсаулық сақтау саласында пайдалануға рұқсат етілген медициналық технология, диагностика, емдеу, сауықтыру және реабилитация әдістерінің тиімділігі, қауіпсіздігі туралы жалпы жүйеленген ақпараттармен қамтамасыз ету жолымен медициналық көмек сапасын арттыру мақсатында жүргізіледі.

МТБ нәтижелері келесі міндеттерді шешуде қолданылады: медициналық көмектің сапасы мен көлемін реттейтін құжаттарды әзірлеу (клиникалық нұсқаулықтар, клиникалық хаттамалар, ауруларды енгізу карталары, дәрілік құралдардың формулярлары және т.б.); медициналық технологияларды қаржыландырулардың негіздемелері; оқу және әдістемелік материалдар әзірлеу; медицина және денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулерді жоспарлау; нақты ауруларды енгізудегі диагностикалау, емдеу, сауықтыру және реабилитациялау әдістерін таңдау. Медициналық технологиялардың негізі бағыттары келесідей критерийлерге бағытталған: оның пациенттер мен медициналық персонал үшін қауіпсіздігі; медициналық технологияның медициналық тиімділігі; қолданылатын технологияның (базаның) басымдықтары; нәтижелік тұрақтылығы. МТБ критерийлерінің мәліметінің сақталуы клиникалық нұсқаулықты жасауда, қолданудың базалық компоненттері болып табылады.

Көптеген елдерде Ұлттық стандарттар ретінде клиникалық нұсқаулықтар (КН) қолданылады. КН әзірлеудің басты міндеті МТБ құралдарын пайдалануға, клиникалық, әлеуметтік, этикалық және экономикалық тиімділіктерді анықтауға мүмкіндік береді. Осыған орай 2002 жылы ақпараттарды ғылыми әдістермен, білімдермен және идеялармен алмастыру және қолдау арқылы мәжілістер, жарияланымдар, ақпараттық бюллетендерді шығару және өзге ақпараттық қызметтер көрсету мақсатында 57 ел кіретін, оның ішінде Қазақстанда бар КН мен хаттамаларды (GIN – Guidelines International Network) әзірлеушілерді халықаралық жүйе құрылды. КН мазмұны сырқат жандарға барынша қауіпсіз және медициналық көмек көрсететін дәрігердің біліктілік және кәсіби қабілеттеріне негізделген дәрігер-пациенттің өзара әрекетіндегі жүйеде медициналық технологиядан тұрады[8]. Халықтың денсаулық

жағдайы маңызды көрсеткіш, сондай-ақ ғаламдық бәсекеге қабілеттілік индексінің индикаторы (The Global Competitiveness Index), болатындықтан, медициналық қызметтер сапасын басқаруды жетілдіру 2020 жылға дейінгі ҚР денсаулық сақтау жүйесін стратегиялық дамытуда басты орынға ие. Клиникалық тәжірибені модернизациялау және медициналық қызметтерді стандарттау мақсатында ҚР ДСМ КН енгізі және дамытудың жүйесін әзірлеуде. Бұл міндет ҚР ДСМ РДДО РМК Стандарттау және медициналық бағалау орталығының міндеті және бұл «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау секторында технологияларды беру және институционалдық реформаларды жүргізу» Жобасы аясында CSIN Канадалық Халықаралық денсаулық қоғамдастығы бірлесіп іске асырылады. Мемлекеттік реттестіру аясындағы жаңа әдістерді қолдануғы медициналық сақтандырулары бар өзге елдерге қарағанда Канада мен Қазақстан арасындағы ынтымақтастықты ерекше атап өткен жөн. Медициналық сақтандыруда КН әзірлеу мен енгізуге мүдделі тұлғалар бар, олар стандарттарға сәйкес сақтандыру төлемдерін бақылап отыратын сақтанушы мен сақтандырушылар, медициналық ассоциациялар. КН қолданудағы мүдделі топтардың жеткіліксіздігі Мемлекеттік реттестіруде КН енгізудегі басты кедергілер болып табылады. Кез келген жаңашыл бастама, жаңалық емдеуші дәрігерлердің арасында күмәнді болып табылады және КН енгізу үшін алдымен МТБ жүргізген абзал. КН әзірлеу үшін тақырыптарды таңдау белгілері келесідей көрсеткіштерден тұрады: статистикалық мәліметтер - (өлім, аурусырқау, мүгедектік және т.б.); нозология бойынша эпидемиологиялық жағдай; нозология бойынша клиникалық ерекшеліктер (сараптау бағалаулары); ғылыми мәліметтер (мақалалар, тезистер және т.б.).

Осылайша МТБ жүргізген нәтижелердің негізінде КН енгізу медициналық көмектің, диагностика мен емдеудің, сауықтыру мен реабилитацияның көлемі мен сапасын реттестіруге мүмкіндік береді және пациентке медициналық көмек көрсету кезіндегі дәрігердің клиникалық дұрыс шешім қабылдауының негізгі құралы болып табылады.

#### Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Қазақстан Республикасы Президентінің «2005-2010 жылдарға арналған Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың Мемлекеттік бағдарламасы туралы» 2004 жылғы 13 қыркүйектегі №1438 Жарлығы
2. «Клиникалық нұсқаулықтарды әзірлеу және жетілдіру жөніндегі нұсқаулық» ҚР ДСМ 2006 жылғы 10 қазандағы №472 бұйрығы.
3. «Диагностика, емдеу және медициналық

реабилитацияның жаңа әдістерін қолдану ережесін бекіту туралы» ҚР ДСМ 2009 жылғы 12 қарашадағы №698 бұйрығы.

4. «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Стандарттау және медициналық технологияларды бағалау жөніндегі Сараптау кеңесінің қызметін бекіту туралы»

5. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения? // Краткий аналитический обзор ВОЗ, 2008.

6. «Дәлелді медицина негізі» Гринхальх Т.: оқу құралы – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.)

7. «Обеспечение качества медицинской помощи, Высокотехнологичная помощь, Общие экономические вопросы» Автор: А.В. Концевая, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отдела разработки технологий реализации профилактических программ, А.М. Калинина, д-р мед. наук, проф., руководитель отдела разработки технологий реализации профилактических программ. ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии», г. Москва «Заместитель главного врача», №2-2008

УДК 616.8-085.851-053.51.6

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

КОЛОКИНА Р.С., МИРОНОВА Е.Н., СУЙЕУКЕНОВ Б.С., ПАЛТУШЕВА Т.П.

Национальный центр формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы  
 ГУ Павлодарский областной психоневрологический диспансер,  
 КТКП Павлодарский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Павлодар

### Резюме

Таким образом, нельзя улучшить отношения между воспитанниками и взрослыми в детском доме или интернате, лишь за счет призывов любви. Необходимо вести последовательную работу с детьми по развитию самостоятельности: от способности самому планировать и выполнять бытовые и учебные задания, до чувства личностной автономии.

### Тұжырым

Шыңдап келгенде, балалар үйіндегі балалар мен тәрбиеленушілердің арасындағы қарым-қатынасты жақсарту, махаббат тақырыбында насихат жүргізу жеткіліксіз. Дербестіктің дамытуы бойынша балалармен біріге ой бөлісе отырып жұмыс істеу керек: өзінің қабілеттіне қарай, тұрмыстық және оқу тапсырмаларын жеке сезіміне дейін жоспарлап орындау.

### Summary

Thus, it is impossible to improve relationships between pupils and adults in an orphanage or boarding school only through appeals to love. Consistent work with children to develop self-reliance is important: from the ability to plan and carry out most household jobs and training to a sense of personal autonomy.

Клиническая психотерапия детско-подросткового возраста существует на пересечении социальных, психологических, медицинских и педагогических направлений. В основе самых различных методов и приемов лечебно-коррекционного воздействия лежит онтогенетически ориентированный подход. Психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно ме-

няется в течение короткого времени, и тем быстрее, чем младше возраст.

В отличие от взрослых, решение о начале психотерапии у детей принимается совместно с родителями. Необходимость учитывать и корректировать внутрисемейную ситуацию, социальное окружение ребенка делает детского психотерапевта в какой-то

мере всегда системным (семейным или групповым) психотерапевтом. Подростковый возраст традиционно считается самым трудным в воспитательном отношении. Трудности этого возраста в большой мере связаны с половым созреванием как причиной различных психофизиологических и психических отклонений.

В ходе бурного роста и физиологической перестройки организма у подростков может возникнуть чувство тревоги, повышенная возбудимость, сниженная самооценка. В качестве общих особенностей этого возраста отмечаются изменчивость настроений, эмоциональная неустойчивость, неожиданные переходы от веселья к унынию и пессимизму. Придирчивое отношение к родным сочетается с острым недовольством собой, к различным видам практической и умственной деятельности.

Главная новая черта, появляющаяся в психологии подростка по сравнению с ребенком младшего школьного возраста, - это более высокий уровень самосознания, потребность осознать себя как личность. Формирование самосознания составляет главный итог переходного возраста. Подросток начинает всматриваться в самого себя, как бы открывает для себя свое "Я", стремится познать сильные и слабые стороны своей личности. У него возникает интерес к себе, к качествам собственной личности, потребность сопоставления себя с другими людьми, потребность в самооценке. Представления, на основании которых у подростков формируются критерии самооценки, приобретаются в ходе особой деятельности – самопознания. Основной формой самопознания подростков, является сравнение себя с другими людьми: взрослыми, сверстниками.

Поведение подростка регулируется его самооценкой, а самооценка формируется в ходе общения с окружающими людьми, а, прежде всего, со сверстниками. Ориентация на сверстника связана с потребностью быть принятым и признанным в группе, коллективе, с потребностью иметь друга, кроме того, с восприятием сверстника как образца, который ближе, понятнее, доступнее по сравнению с взрослым человеком.

Общественная оценка классного коллектива значит для подростка больше, чем мнение учителей или родителей, и он обычно очень чутко реагирует на воздействие коллектива товарищей. Приобретенный опыт коллективных взаимоотношений прямо сказывается на развитии его личности, а значит предъявление требований через коллектив – один из путей формирования личности подростка.

В этом возрасте создаются условия для формирования организаторских способностей, деловитости, предприимчивости и других полезных личностных качеств, связанных с взаимоотношениями людей, в том числе умения налаживать деловые контакты, до

говориться о совместных делах, распределять между собой обязанности и т.д. Подобные личностные качества могут развиваться практически во всех сферах деятельности, в которые вовлечен подросток и которые могут быть организованы на групповой основе: учение, труд, игра.

Особенности подросткового возраста:

1. Непримируемость к злу, эмоциональное неприятие его, с одной стороны, сочетается с неумением разобрататься в сложных явлениях жизни – с другой.
2. Подросток хочет быть хорошим, стремиться к идеалу, но он не любит, когда его прямолинейно воспитывают.
3. Подростку хочется быть личностью.
4. У подростка выражено противоречие между желаниями и ограниченностью сил. Подросток боится обнаружить свою несостоятельность, он слишком самолюбив и может прикрываться показной уверенностью, решительностью, за которыми скрывается беспомощность.
5. В подростке сочетаются романтическая восторженность и грубые выходы.

Прилив физических сил побуждает к деятельности. Не у каждого подростка проявляется весь набор противоречий, но их нельзя игнорировать. В работе с подростком следует учитывать главные возрастные и личностные особенности, основные психологические новообразования этого возраста.

Нужно в будущем развивать социально-психологическое направление в образовательных учреждениях. В Великобритании такой опыт есть и называется он «развитие жизненных навыков». У нас в Казахстане тоже есть подобный опыт: технологии, дающие возможность подготовиться к взрослой жизни, были опробованы в ходе проекта «Отличный старт». Некоммерческое учреждение

«Врачи против наркотиков» (г. Павлодар, РК) проводит с выпускниками детского дома семейного типа, распложенного в селе Мичурино (Павлодарская область, РК), живущих в городских домах юношества «Жас-Урпак», «Жас-Канат».

Проект «Отличный старт» предусматривает проведение серии психологических и информационных тренингов для подростков, юношей и девушек - в возрасте 15-23 лет, находящихся в домах-интернатах, успешно социализироваться в обществе через дополнительное развитие у них свойств психологического здоровья, жизненных навыков, социальной компетентности. Для этого в течение проектной деятельности 2 раза в неделю с целевой группой проводились тренинговые занятия с участием психотерапевта, психолога, юриста и специалиста по социальной работе.

По завершению проекта «Отличный старт» участники

тренинга будут иметь навыки:

- выработку чётких позитивных целей в жизни;
- умение управлять временем;
- начало формирования внутреннего локус-контроля;
- знание своих конституционных прав и умение их отстаивать;
- навыки успешного поиска работы;
- коммуникативные навыки;
- навыки ассертивного, уверенного поведения;
- креативное мышление.

Одна из больших ошибок специалистов, работающих в ментальной сфере, это желание эмоционально привязать к себе клиента, усилить, т.е. комплекс взаимодействия. Анализ общения воспитателей и учителей интерната с детьми, в том числе даже самых лучших учителей и воспитателей, свидетельствуют о том, что они не только не борются с эмоциональной зависимостью, но и, напротив, максимально используют её в процессе обучения и воспитания. Сознательно или неосознанно взрослые стремятся культивировать такую зависимость, рассматривая ее как проявление любви. С этим мы нередко сталкиваемся в семье, но в интернате или в детском доме подобная

невротическая зависимость особенно опасна».

#### Список использованной литературы:

1. Лидерс А. Г. Психологический тренинг с подростками. – М., 2001.
2. Подросток на перекрестке эпох. Под ред. Кравцовой С. В. – М., 1997.
3. Желдак И. М. Практикум по групповой психотерапии детей и подростков с коррекцией семейного воспитания. – М., 2001.
4. Кривцова С.В. Махматулина Е.А. Тренинг: навыки конструктивного взаимодействия с подростками. – М. 1999.
5. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи: Детский дом: заботы и тревоги общества. - М.: Педагогика, 1990. - 160 с.
6. Адлер А. Понять природу человека. - СПб., 1997. - 102 с.
7. Аяганова Д.Е., Самиева А.К., Смагулова Г.С. Выход в самостоятельную жизнь выпускников детских домов на примере проекта «Отличный старт», Журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии» г. Павлодар 2011г., т.4

---

УДК 616.89-082.3

### ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

АДИЛЬХАНОВА К.А.

АГИУВ, ГККП «Центра психического здоровья» г. Алматы

#### Резюме

Государственная политика Республики Казахстан в сфере оказания психиатрической помощи проводится на основе соблюдения принципов законности; гуманности и соблюдении прав человека; обеспечения оказания бесплатной и доступной медицинской помощи, социальной защищенности граждан. С принятием в 2009 году Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» оказание психиатрической помощи было законодательно закреплено, систематизировано и позволило приблизить оказание психиатрической помощи к международным нормам и стандартам.

#### Тұжырым

Психиатриялық көмек көрсету саласындағы Қазақстан Республикасының Мемлекеттік саясаты заңдылық қағидаларын; адамгершілік және адам құқығын сақтау; тегін және қолжетімді медициналық жәрдем көрсету, азаматтардың әлеуметтік қорғанысын қамтамасыз ету негізінде жүрізіледі. 2009 жылы «халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР - кодексінің қабылдануымен психиатриялық көмек көрсету заңды түрде бекітіліп, жүйеленді және психиатриялық көмек көрсетуді халықаралық нормалар мен стандарттарға жақындатуға мүмкіндік берді.

## Summary

State Policy of the Republic of Kazakhstan in the field of mental health care is based on the principles of the rule of law, humanity and respect for human rights, ensure the provision of free and accessible health care and social security of citizens. With the adoption in 2009 of the Code of RK «On people's health and the health care system» psychiatric care has been enshrined in law, and systematically allowed to bring mental health services to the international norms and standards.

Государственная политика Республики Казахстан в сфере оказания психиатрической помощи лицам, нуждающимся в консультации и обследовании, проводится на основе соблюдения следующих принципов:

- Законности.
- Гуманности и соблюдении прав человека и гражданина.
- Обеспечения оказания бесплатной и доступной медицинской помощи, социальной защищенности граждан при предоставлении психиатрической помощи.
- Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении граждан, которые обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Республики Казахстан /1/.

Организация оказания психиатрической помощи гражданам в Республике Казахстан непрерывно совершенствуется в соответствии с международными нормами и стандартами /2/. Казахстан, будучи членом ВОЗ, подписал Европейский план действий по охране психического здоровья (2005) как приоритетную задачу для нашего государства /3/.

Организация амбулаторной помощи пациентам с психическими расстройствами осуществляется путем регулярного динамического наблюдения независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его представителя.

Амбулаторное лечение может быть первичным, самостоятельным, с момента обнаружения заболевания или его обострения или его рецидива.

Амбулаторное лечение может быть поддерживающим, представляющим собой продолжение ранее начатого лечения в стационаре и имеющего своей задачей закрепление достигнутых результатов.

Амбулаторное лечение может быть предупредительным в целях укрепления здоровья и предотвращения рецидивов.

Амбулаторную лечебную работу проводят в различных формах, а именно: амбулаторное лечение, лечение на дому, полустационарное (дневные стационары). Параллельно проводится лечебно-профилактическая работа, т.е. оздоровительные мероприятия в быту пациента, оказание социальной помощи в сочетании с лечением.

При выполнении этой работы необходим психотерапевтический контакт с близкими пациента для получения объективных сведений о нем и соблюдения ком-

плекса или режима терапии.

При необходимости участковый врач психиатр и социальные работники защищают права и интересы больного в соответствующих учреждениях, осуществляют оказание помощи больному в восстановлении трудового стажа, назначении пенсии и по показаниям – в оформлении инвалидности.

На базе Алматинского центра психического здоровья в последние годы два раза в месяц проводятся занятия по психообразовательной программе для пациентов и их родственников. Целью этих занятий является повышение информированности заинтересованных лиц (пациентов и их родственников) в вопросах, связанных с психическими заболеваниями и повышение качества психиатрической помощи во взаимодействии с самими потребителями этой помощи. Задачами являются дать информацию о причинах, клинике, течении и исходах психических заболеваний; о некоторых конкретных их проявлениях; об их влиянии на поведение и возможных способах их коррекции; о методах лечения, а также о современных вопросах организации психиатрической помощи. Занятия проводятся в интерактивной форме, то есть с максимально возможной активностью всех участников мероприятия (дискуссия, вопросы-ответы, консультирование, тренинги и т.п.).

18 сентября 2009 года в Республике Казахстан был принят Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Одна из глав (20) особенной части Кодекса регулирует правоотношения, связанные с оказанием гражданам психиатрической помощи /4/.

Одним из важнейших положений, касающихся оказания психиатрической помощи, является добровольность оказания такой помощи. Так, часть 2 ст. 116 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекса) предусматривает, что «Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица с его письменного согласия». Исключением являются принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, которые применяются по решению суда, а также случаи, когда гражданин признан судом недееспособным либо, если он является несовершеннолетним. В данной ситуации для оказания психиатрической помощи требуется письменное согласие законных представителей неде-

способного или несовершеннолетнего гражданина.

Сама психиатрическая помощь включает в себя: профилактику психических расстройств, обследование психического здоровья граждан, диагностику психических нарушений, лечение, уход, а также медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Такая помощь оказывается врачом психиатром.

При этом все лица, страдающие психическими расстройствами, согласно ст. 120 Кодекса, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- получение психиатрической помощи по месту жительства, а также в случае необходимости - по месту нахождения;
- отказ на любой стадии лечения от использования медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;
- приглашение специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи (с согласия последнего), для работы во врачебной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи;
- получение образования по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг восемнадцати лет; и другие.

Существуют и гарантии государства в области оказания психиатрической помощи (ст. 122 Кодекса). Такими гарантиями являются:

- экстренная и плановая психиатрическая помощь;
- психиатрическая экспертиза, определение временной нетрудоспособности;
- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, из них инвалидов - в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

А в целях социальной защиты граждан, страдающих психическими расстройствами и/или заболе-

ваниями, государство гарантирует:

- организацию предоставления психиатрической помощи;
- организацию общеобразовательного и профессионального обучения несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, из них инвалидов - в соответствии с индивидуальной программой реабилитации;
- создание лечебно-производственных организаций, а также специальных производств, цехов или участков с облегченными условиями труда для трудовой терапии, обучения новым профессиям для трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов.

Подводя итог, следует отметить, что с принятием Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» оказание психиатрической помощи было законодательно закреплено, систематизировано /5/ и позволило приблизить оказание психиатрической помощи к международным нормам и стандартам.

#### Список использованной литературы:

1. Конституция Республики Казахстан. Принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года.
2. Алтынбеков С.А. Перспективы совершенствования службы психического здоровья в Республике Казахстан // Психиатрия, психотерапия и наркология. - №3-4 (10), 2006. - С. 4-12.
3. Букашов Т.С., Нуркатов Е.М. О перспективах развития помощи лицам с проблемами психического здоровья в РК. <http://www.mcppz.kz/index.php/ru/2011-02-12-10-37-48?start=5> (обращение к ресурсу 10.09.2011).
4. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК.
5. Лемешенко Д.П. Правовое регулирование оказания психиатрической помощи. <http://denpet.yvi.kz/> (обращение к ресурсу 10.09.2011).

## ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ

УМАРОВА Г.Р.

ГККП «Теректинская центральная районная больница»,  
с. Федоровка, Западно-Казахстанская область

### Резюме

При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить разъяснительную работу по профилактике заболеваний и укрепления здоровья, с раздачей информационного материала и показом видео роликов по профилю болезни. Приглашать больных детей в школы здоровья (бронхиальной астмы, сахарного диабета, артериальной гипертензии).

### Тұжырым

Балалар ауруларының диспансеризациясында профиль бойынша әрдайым аурудың алдын алу, нығайту, түсіндіру жұмысын жүргізу, сонымен қатар, ақпараттық мәліметтер мен роликтерден хабардар етіп отыру. Науқас баларды денсаулық мектептеріне шақыру (бронхиалды астма, қант диабеті, артериалды гипертензия).

### Summary

In the clinical examination of sick children we must systematically educate on disease prevention and health promotion, with the distribution of information material, and showing videos on the disease issues. Invite sick children to health school (asthma, diabetes, hypertension).

Реабилитация у детей или в педиатрии остаются актуальными на сегодняшний день у нас в Казахстане.

Реабилитация – это ликвидация патологических изменений в организме ребенка и обеспечения его дальнейшего развития.

Реабилитация преследует три цели:

1. восстановительную функцию
2. социально-бытовую активность
3. профессиональную деятельность

Различают медицинскую и трудовую реабилитацию у детей. Медицинская реабилитацию у детей предусматривает этапное лечение от возникновения заболевания и до полного восстановления здоровья.

Задачами медицинской реабилитации являются восстановление и компенсация функциональных возможности организма ребенка. Для этого посредством психотерапии необходимо сформировать адекватное отношение к болезни, ориентировать с помощью психологических методов ребенка инвалида на восстановление здоровья собственными усилиями, восстановление утраченных функций и способности к обучению.

При высокой медицинской реабилитации достигается повышение работоспособности. При средней (ограниченной) реабилитации происходит стабилизация клинического течения хронических заболеваний и повышение работоспособности. А при низкой

реабилитации происходит стабилизация течения хронических заболеваний и сохранение работоспособности.

Социальная реабилитация обеспечивает организацию для ребенка режим дня, правила ухода близкими ребенка или персоналом детских учреждений где находится больной ребенок. Формирует у него осознанное отношение к себе в ситуации болезни, положительное восприятие семьи и общества. Социальная реабилитация направлена на предоставление социальной помощи и услуг для адаптации к социальной сфере. Обеспечивая вспомогательными средствами, обслуживая на дому, оказывая материальную помощь, а при необходимости воспитание и обучение в специализированных учреждениях.

Начиная с этого года мы начали работать по приказу МЗ РК № 630 « Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения», согласно которого в медицинских учреждениях работают соц.работники и психологи оказывающие специальные социальные услуги в области здравоохранения, направленные на профилактику, восстановление, сохранение и укрепления здоровья лица (семьи) находящегося в трудной жизненной ситуации и лицам с ограниченными возможностями.

Трудовая реабилитация заключается в подготовке ребенка к обучению, усвоению программы дошкольного учреждения и школы, а также в предо

ставлении средств для обучения, профориентации, профобучения.

Эффективность реабилитации должна оцениваться по достижению цели, а именно полное восстановление функций организма, социально-бытовой активности, способности к обучению. В методических рекомендациях НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда, кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации института усовершенствования врачей предложено использовать функциональный класс (ФК) и балльную систему по пятибалльной шкале. ФК является универсальным измерителем эффективности реабилитации на всех уровнях. Оценивая ФК до и после реабилитации по каждому критерию и выражая его в виде дроби, можно охарактеризовать эффективность реабилитации в баллах. Разность ФК до и после реабилитации количественно характеризует эффект реабилитации. Так если до реабилитации был ФК – 3, а после ФК – 1, это выражается дробью  $3/1$  и эффективность 2-го балла или  $1/0$  означает, что после реабилитации достигнуто полное восстановление, а эффективность реабилитации – 1 балл.

ФК можно использовать и в оценке эффективности лечения и реабилитации. Выздоровление будет охарактеризоваться как ФК-0 – полное восстановление функций до нормального предела. Улучшение оценивается при понижении ФК на 1 балл как умеренное, на 2 балла – как значительное. Если ФК остается без изменений, но параметр улучшается – эффект оценивается как легкое улучшение. Повышение цифры ФК характеризует ухудшение состояния.

Пятибалльную систему можно использовать при определении наиболее значимых показателей функции системы или органа, оценивая 1 баллом – отсутствие изменений; 2, 3, 4, 5 баллами – степени нарушения функций и сравнивая количество баллов до и после реабилитации. На положительный эффект реабилитации будет указывать уменьшение количества

баллов.

Мониторинг реабилитации (диспансеризация) – активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья больных детей в процессе реабилитации.

Основным наблюдателем за больным ребенком является участковый врач педиатр и конечно родители. Участковый врач координирует работу по наблюдению за больным ребенком совместно с узкими врачами специалистами и работой специализированных центров по оказанию реабилитационной помощи детям.

Для врача, ведущего динамическое наблюдение за больным ребенком, важное значение имеет изменение клинических проявлений болезни в динамике, поэтому ему необходимо владеть знаниями о современных представлениях клинической симптоматики болезней на всех этапах реабилитации. При наблюдениях за детьми, находящимися на «Д» учете, участковый врач вместе со специалистами оценивает критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета.

При этом осуществляется контроль за правильным вскармливанием, физическим и психическим развитием ребенка. Проводится ликвидация фоновых заболеваний и очагов инфекций, нормализация условий окружающей среды, диагностика и лечение присоединившихся острых заболеваний, противоречивое лечение. Участковый врач при осуществлении диспансеризации должен работать совместно со всеми специализированными подразделениями (стационар, санаторий, диагностический центр) для уточнения диагноза.

УДК 614.2:616-082.6

## О ХОДЕ ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №1 г. ТАРАЗ

САРИНА С.Д.

Городская детская больница №1, г. Тараз

### Резюме

Принципы ЕНСЗ успешно внедряются на практике и ориентированы на главную задачу – укрепление здоровья казахстанцев, снижение смертности, увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни.

### Тұжырым

Шындап келгенде, біртұтас ұлттық денсаулық сақтау жүйесі қағидалары іс жүзінде ойдағыдай енеді және басты міндетіне бағытталған - қазақстандықтардың денсаулығын нығайту, өлім-жітімді төмендету, өмір сүруін ұзарту.

### Summary

Principles of UNHS are successfully implementing in practice and focus on the main task - health promotion in Kazakhstan, reducing mortality, increasing life expectancy and improving quality of life.

В своих ежегодных посланиях Глава государства уделяет особое внимание вопросам охраны здоровья граждан, отнеся их в ранг государственных приоритетов. В послании Президента от 28 января 2011 года «Построим будущее вместе» в разделе 2.2 «Здравоохранение» отмечено, что к 2013 году будет завершено внедрение Единой национальной системы здравоохранения.

Сегодня система здравоохранения ориентированная на результат доказала свою эффективность в международной практике. Принцип следования финансовых средств за пациентом является ведущим стимулом для поставщиков медицинских услуг повышать качество и расширять спектр медицинских услуг.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) явилось результатом критической оценки предыдущих реформ и сложившейся ситуации в здравоохранении в последние годы и было осуществлено в 2010 году по поручению Главы государства.

Основными принципами ЕНСЗ являются – свободный выбор врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, прозрачность процесса оказания медицинских услуг через внедрение протоколов диагностики и лечения и финансирование медицинских организаций по конечному результату в зависимости от объёма, качества и результата оказанных медицинских услуг.

Благодаря принципу свободного выбора врача повысилась доступность медицинской помощи для всех слоёв населения, и представилось право каждому гражданину выбрать врача и поликлинику на территории области 1 раз в начале года. При необходимости, по направ-

лению врача пациент имел возможность выбрать для лечения любую профильную больницу на территории республики. Исключением являлась госпитализация в экстренных ситуациях, когда больные доставлялись в дежурную клинику для оказания экстренной и неотложной помощи. Так в Городскую детскую больницу в 2010 году поступило 8130 больных, из них в плановом порядке поступило 2042 больных, что составило 25%, при этом 51,4% составляли сельские жители, за 1-е полугодие 2011 года плановость составила 28,8%. Проводилась систематическая работа для снижения очередности на листе ожидания, исключения необоснованного направления на госпитализацию. Если в предыдущие годы очередность на госпитализацию в неврологическое отделение доходила до 2-х и более месяцев, то в 2010 году снизилась до 7-14 дней, а в 2011 году длительность ожидания не превышает 3- 5 дней.

Обеспечение свободного выбора стационара сопровождалось реализацией принципа «деньги следуют за больным», который стирает границы территориальной прописки, дал возможность больным в случае необходимости получить высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП). В 2010 году 28 детей, в 2011 году 7 детей, находившихся на лечении в нашей больнице были направлены по квоте для получения ВСМП в клиники г. Астаны и Алматы. В рамках ЕНСЗ удалось изыскать ресурсы для внедрения технологий раннего восстановительного лечения и медицинской реабилитации в стационарах, что позволит в дальнейшем получить большой экономический и медицинский эффект. С 3 квартала 2010 года в Городской детской больнице были развёрнуты

3 реабилитационные койки для ранней реабилитации кардиохирургических больных и больных неврологического профиля, где получили реабилитационную помощь 52 больных. С 1 января 2011 года в стационаре были развернуты 10 коек дневного пребывания, где получают лечение в течение года 300 больных.

Оплата за пролеченные случаи ориентированная на конечный результат, позволила повысить эффективность использования коечного фонда. По итогам 2010 года объем стационарной помощи по нашему стационару выполнен на 102%.

Внедрение единых медико-экономических тарифов привело к существенному снижению отклонений

средних расходов за пролеченные случаи между регионами.

#### **Выводы:**

1. В 2011 году ЕНСЗ получила свое дальнейшее развитие.
2. Получили развитие стационарзамещающие технологии.
3. Дальнейшее развитие самостоятельности получила организация в связи с переходом на ПХВ.

УДК 614.88:378.17(574.54)

## **СОСТОЯНИЕ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЫЗЫЛОРДИНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ КОРКЫТ АТА**

КАЛМАКОВА Ж.А.

Кызылординский государственный университет имени Коркыт Ата, г. Кызылорда

### **Резюме**

В учебном заведении медицинское обслуживание проводится в медпункте в виде оказания первичной медико – санитарной и консультативно – диагностической помощи студентам, преподавателям и сотрудникам.

### **Тұжырым**

Оқу орнында медициналық көмек студенттерге, оқытушыларға және ұжым қызметкерлеріне алғашқы медико-санитарлық пен консультативті-диагностикалық көмек ретінде денсаулық бөлімі арқылы жүргізіледі.

### **Summary**

In educational establishment medical service is conducted in a first-aid post as providing of primary medical - sanitary and consultative - to the diagnostic help to the students, teachers and employees.

**Зерттеу мақсаты:** Университеттің медициналық көмек көрсету жұмысының жағдайын анықтау

#### **Зерттеу міндеттері:**

1. Профилактикалық тексеру жүргізу және оған талдау жасау
2. Денсаулық бөлімінің жағдайымен танысу

Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың ұзақ мерзімді «Қазақстан-2030» стратегиясының, Қазақстан Республикасының 2011-2015 жылға денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру туралы «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасының негізгі басымдылықтары – мемлекеттің бірқалыпты әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз ету үшін Қазақстан азаматтарының денсаулығын нығайту болып табылады. Президенттің халыққа жолдауында

«біз жастар, ана мен бала, бас ұрпақтың адамдары ықыласқа бөленген және қорғалатын, әлеуметтік бағытталған қоғам тұрғызамыз...» деп атап өткен [1].

Осыған байланысты, университетте студенттерді профилактикалық (алдын-алу) тексерістен өткізуге, ауруды уақытында табуға және әрі қарай денсаулықты қалпына келтіруге және сауықтыру шараларына үлкен назар аударылады.

Қоркыт Ата атындағы Кызылорда мемлекеттік университетінде күндізгі оқу бөлімінде 4853 студент білім алуда, оның ішінде 2949 қыздар құрайды. Қызметкерлердің саны 1498, оның ішінде 1044 - әйелдер. Медициналық көмек негізінен студенттерге, оқытушыларға және ұжым қызметкерлеріне көрсетіледі. Университетте медициналық көмек

денсаулық бөлімі арқылы жүргізіледі. Денсаулық бөлімінде 2 терапевт – дәрігер және 2 аяжан қызмет атқарады.

2010 – 2011 оқу жылында профилактикалық тексеруден 1913 студент өткен. Флюорографиялық тексеруден 1159 студент өткізілді. Тексеру

нәтижесінде 17 – созылмалы бронхит, 3 – пневмония, 2 – бронхоаденит, 3 – солжақты плеврит, 26 қалдықты өзгерістер және 16 – ФГ+ анықталды. Профилактикалық тексеруден өткен студенттер арасында 196 науқас анықталды, яғни бұл 10,2 % құрады (кесте 1).

Кесте 1. 2010 – 2011 оқу жылындағы студенттер арасында өткізілген профилактикалық тексерудің нәтижесі

Нозологиялық көрсеткіштер бойынша	Жыл басында «Д» есепте	Жаңадан «Д» есепке алынған	Есептен шыққан саны	Жыл аяғында есепте	Сауыққандар саны
<b>I. Жүрек тамыр аурулары</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
Ревматизм	1	1	-	2	-
Гипертониялық ауру	2	1	-	3	-
Туа біткен жүрек ахауы	2	2	2	2	2
<b>II. Тыныс жолдарының аурулары</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>16</b>
Өкпе туберкулезі	3	6	3	6	3
Демікпе ауруы	2	1	1	2	1
Созылмалы бронхит	15	21	12	24	12
<b>III. Жүйке аурулары</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>5</b>
<b>IV. Гинекологиялық аурулар</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
<b>V. Көз аурулары</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>12</b>
<b>VI. Құлақ, тамақ, мұрын аурулары</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>
<b>VII. Бүйрек аурулары</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>21</b>
<b>VIII. Асқазан аурулары</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>9</b>
<b>IX. Хирургиялық аурулар</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>X. Бауыр аурулары</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
<b>XI. Эндокринді аурулар</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
<b>XII. Қан аурулары</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>8</b>
<b>Барлығы:</b>	<b>131</b>	<b>196</b>	<b>198</b>	<b>219</b>	<b>198</b>

Нозологиялық көрсеткіштер бойынша талдау жасағанда алдыңғы қатарды бүйрек және тыныс жолдарының аурулары алып тұр (18,8 және 14,2%).

Асқазан аурулары – 12, 2% құрап отыр.

Осы оқу жылында тіркелген жұқпалы аурулардың саны – 18, оның ішінде туберкулезбен 6, сары аурумен

5 және жел шешекпен 7 студент ауырған. Ұлттық егу күнтізбесіне сәйкес иммунопрофилактика жүргізіледі.

Студенттер арасында салауатты өмір салтын сақтау жолдарына байланысты университетте іс – шаралар жүргізіледі, дәрістер оқылып, әңгімелер өткізіледі.

Барлық диспансерлік тізімде тұратын науқас студенттер тегін дәрі – дәрмекпен қамтамасыз етіліп, сауықтырылып отырады.

Денсаулық бөлімінің негізгі мақсаты - студенттерге алғашқы медико-санитарлық көмекті және амбулаторлық деңгейде арнайы консультативті-диагностикалық көмек көрсету.

Денсаулық бөлімі керекті аспаптармен, жиһаздармен,

дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етілген.

#### **Қорытынды:**

1. Профилактикалық және флюорографиялық тексерумен студенттердің барлығы қамтамасыз етілмеген;

2. Нозологиялық көрсеткіштер бойынша алдыңғы қатарды бүйрек және тыныс жолдарының аурулары алып тұр.

#### **Қолданылған әдебиеттер тізімі:**

1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы. Астана, 2010.

УДК 613.861:004

## **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ «КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ» СРЕДИ ПОДРОСТКОВ г. ЖАНАОЗЕН**

АЯЗБАЕВ Ж.А.

Медико-профилактический центр «Мунайши» при АО РД «КазМунайГаз», г. Жанаозен

### **Резюме**

В данной статье приведены сведения о распространенности «компьютерной игровой зависимости» среди подростков г. Жанаозен.

### **Тұжырым**

Мақалада Жаңаөзен қаласының жасөспірімдер арасындағы «компьютерлік ойындық тәуелділіктің» таралуы туралы мәлімет берілген.

### **Summary**

This article contains information about the prevalence of a “computer game addiction” among teenagers of the Zhanaozen city.

Рост количества компьютерных клубов, отсутствие полноценных рекреативно-досуговых форм времяпрепровождения, социальная неостребованность части современной молодежи, сегодня еще необретшей новых значимых смысловых и ценностных ориентаций кроме денег, культа силы и секса, все это способствует нарушению психосоциальных адаптационных стратегий у подростков и формированию у них механизмов отклоняющегося, зависимого поведения.

Сравнительно недавно в результате ряда тщательно спланированных исследований создалось понятие «игровая компьютерная зависимость» [5,6].

Многие специалисты, в основном врачи и педагоги, уже столкнулись с данной проблемой в своей практике, однако «игровая компьютерная зависимость» еще не нашла отражения в международной классификации болезней, а в поле зрения специалистов до сих пор попадают лишь зависимые от компьютерных игр подростки уже с выраженными нарушениями социальной адаптации [3].

В работе предпринята попытка установления реальных масштабов данной проблемы – распространенности «компьютерной игровой зависимости» среди подростков г. Жанаозен, выяснения реального количества тех, для кого это еще

не стало проблемой, но уже имеются ранние признаки болезни, проведена оценка значения возрастного и полового фактора в формировании болезни.

**Объект исследования.** В результате репрезентативной выборки 42-х классов средней школы г. Жанаозен были выделены ученики 13-ти классов (1 шестой класс – всего 32 ученика, 6 восьмых классов – всего 123 ученика, 3 девярых классов – всего 80 учеников, 2 десятых класса – всего 54 ученика) в количестве 289 человек, участвовавших в анонимном

социологическом опросе. Статистические различия между классами по уровню успеваемости, половому признаку отсутствуют.

**Методы исследования.** Основной метод исследования социологический. В рамках этого методического подхода проведено анонимное анкетирование учащихся. Использовалась анкета для идентификации компьютерной игровой зависимости (геймер-аддиктивности) (Баллонов И.М., 1997).

№	Утверждения	ответы	
		Да	Нет
1	Вы заранее думаете об компьютерных играх, часто вспоминаете предыдущие этапы игры, предвкушаете последующие.	Да	Нет
2	Вы постоянно ощущаете недостаток времени, проведенного за компьютерными играми, постоянно хочется играть подольше.	Да	Нет
3	Вам приходилось просить учителей, руководителей или родителей заменить хотя бы часть занятий компьютерными играми.	Да	Нет
4	Вы чувствуете, что Вам не всегда удастся сразу же прекратить игру.	Да	Нет
5	Вы чувствуете себя раздраженным или усталым, если долго не играете на компьютере.	Да	Нет
6	Обычно Вы занимаетесь компьютерными играми больше, чем планировали	Да	Нет
7	Были случаи, когда Вы шли на риск создать неприятности в учебе или личной жизни из-за компьютерной игры.	Да	Нет
8	Вам приходилось обманывать родителей, педагогов, врачей или других людей, чтобы скрыть свое увлечение компьютерными играми.	Да	Нет
9	Вам приходилось срочно закрывать окно с компьютерной игрой, когда подходили родители, учителя, друзья.	Да	Нет
10	Считаю, что лучшие игры это 3D-экшин (Doom, Quake, Cont.Str., St.Trek Voyager и т.п.).	Да	Нет
11	Считаю, что именно те, кто не играет в 3D-экшин и прочие такого рода игры - Ламеры.	Да	Нет
12	У Вас дома более 3-х дисков с играми 3D-экшин, которые вы часто используете.	Да	Нет
13	Вы не раз использовали компьютерные игры для ухода от проблем реальной жизни.	Да	Нет
14	Вам приходилось садиться за компьютерную игру чтобы исправить себе настроение (например, чувство вины, беспомощности, раздраженности) или просто чтобы успокоиться	Да	Нет

Анкета состоит из 14 утверждений, на которые надо ответить «да» или «нет». Балоновым И.М. (1997) была предложена следующая интерпретация результатов анкетирования:

- 1) отсутствие зависимости – менее 3 утвердительных ответов
- 2) проблема зависимости актуальна (донозологические проявления) – 3 и более утвердительных ответов
- 3) геймер-аддиктивность (зависимость) – 5 и более утвердительных ответов
- 4) положение уже довольно серьезное – 4 и более утвердительных ответов на вопросы с 9 по 14

Полученные данные статистически обработаны с помощью программы Excel.

**Обсуждение результатов исследования.** После статистической обработки результатов анкетирования 289 учеников выявлено следующее.

Отсутствие зависимости выявилось в 37% (106 человек), проблема зависимости актуальна в 38% случаев (111 человек), геймер-аддиктивность составила 17% случаев (48 человек), серьезное положение выявилось в 8% случаев (24 человека) ( $P \pm 0,06$ ).

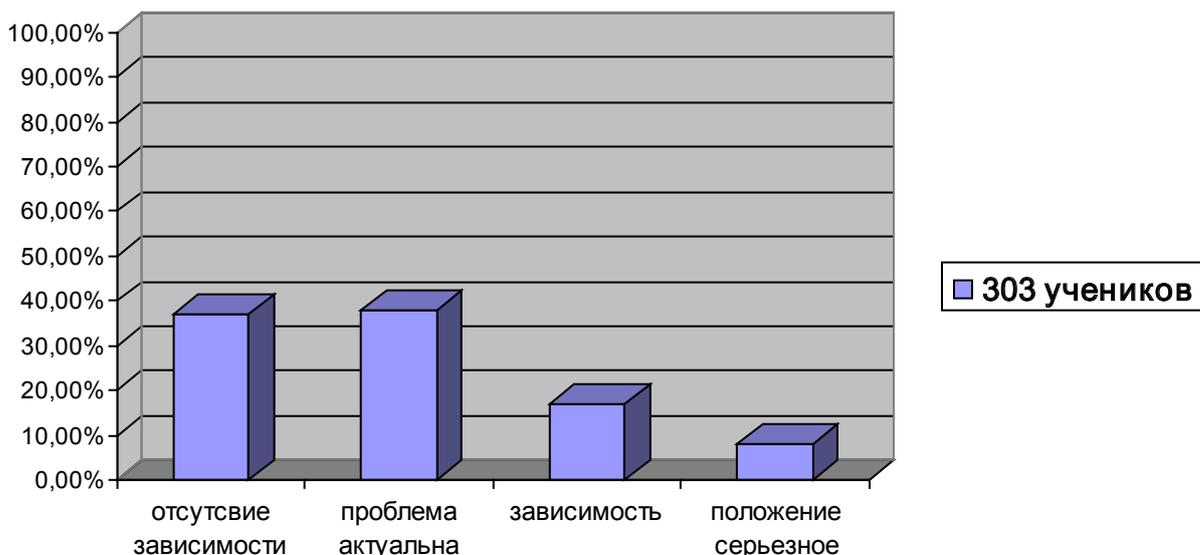


Рисунок 1. Распространенность игровой компьютерной аддикции

Для оценки влияния возраста на возникновение «игровой компьютерной зависимости» рассмотрим ее структуру в возрастных группах (таблица 1).

Таблица 1. Распространенность «игровой компьютерной зависимости» в возрастных группах.

«Игровая компьютерная зависимость»	Возрастная группа, класс			
	6	8	9	10
Отсутствие зависимости	6 19%	45 36%	36 45%	22 41%
Проблема зависимости актуальна (донозологические формы зависимости)	15 47%	43 34%	25 31%	28 52%
Геймер-аддиктивность (зависимость)	10 31%	23 18%	11 14%	4 7%
Положение уже довольно серьезное	1 3%	15 12%	8 10%	-

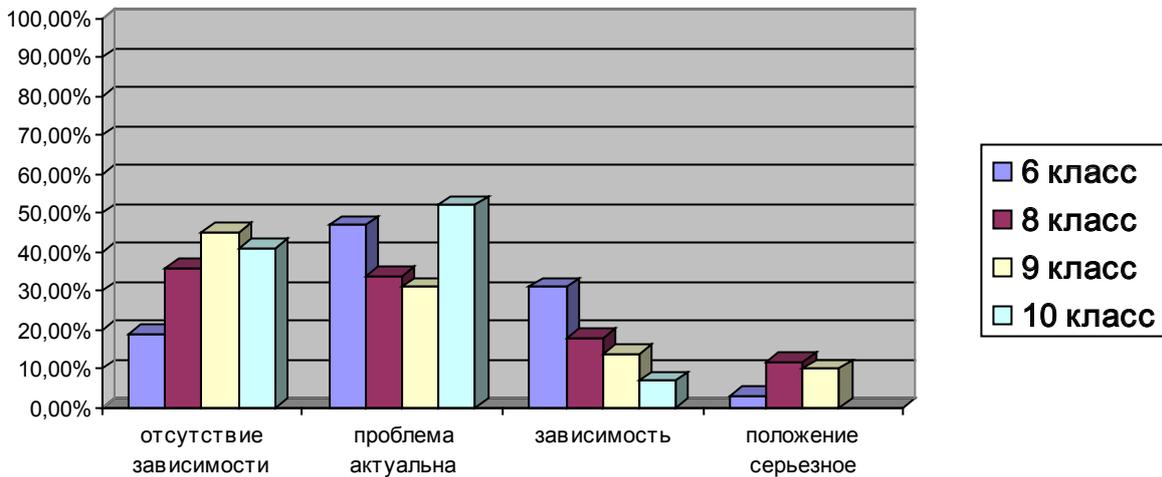


Рисунок 2. Зависимость игровой компьютерной аддикции от возраста

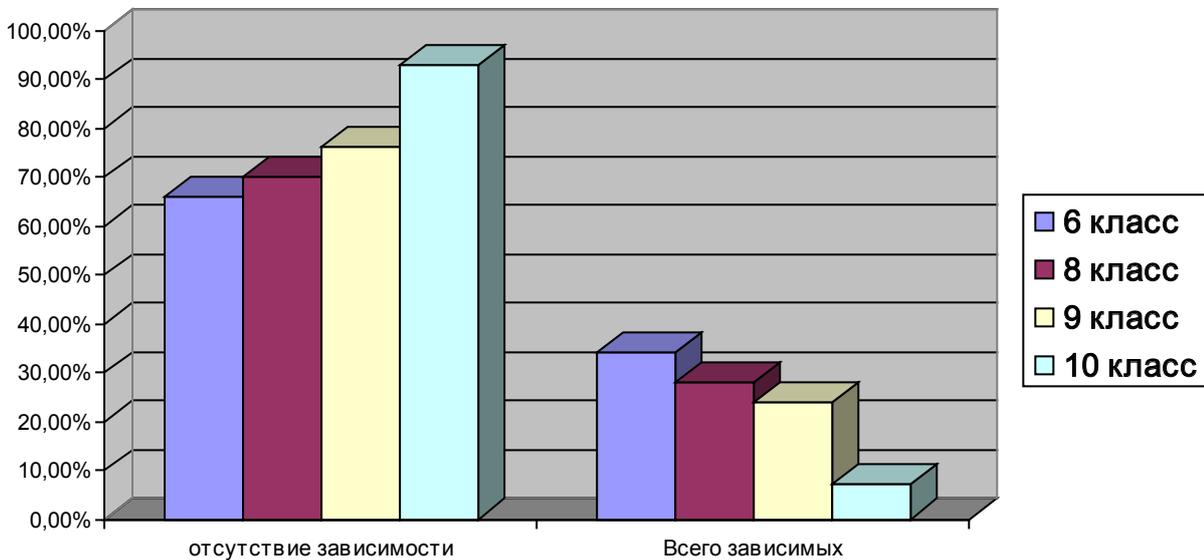
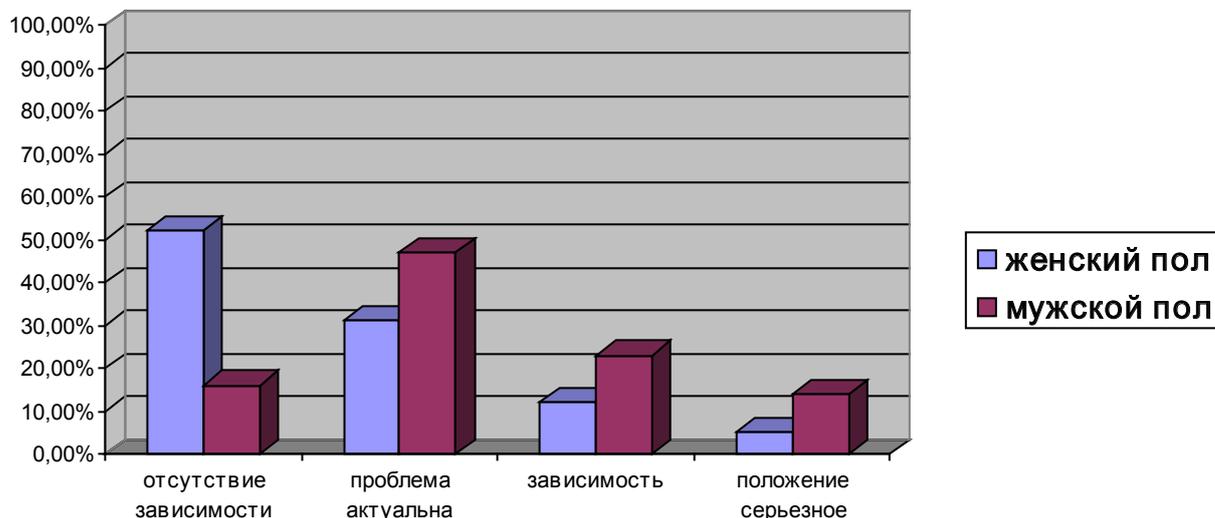


Рисунок 2.1. Зависимость игровой компьютерной аддикции от возраста

Как видно на диаграмме 3, пункты «геймер-аддиктивность» и «положение уже довольно серьезное» объединенные как показатель зависимости в целом и пункты «отсутствие зависимости» и «проблема актуальна» объединенные как показатель отсутствия зависимости говорят о снижении распространенности «игровой компьютерной зависимости» по мере взросления учеников.

По половому признаку следующие отличия:  
 Среди лиц мужского пола отсутствие зависимости составило – 16%, проблема актуальна 47%, геймер-аддиктивность – 23%, положение серьезное – 14%.  
 Среди лиц женского пола отсутствие зависимости – 52%, проблема актуальна 31%, геймер-аддиктивность 12%, положение серьезное – 5%.



**Рисунок 3. Зависимость игровой компьютерной аддикции от пола**

Результаты исследования позволяют сделать следующие предварительные выводы:

1. Среди исследованных учеников 63% увлекаются компьютерными играми, 25% являются кибераддиктами, т.е. у каждого четвертого ученика наблюдается зависимость от компьютерных игр.
2. Распространенность зависимости от компьютерных игр снижается по мере взросления учеников, это подтверждает гипотезу о том, что кибераддикция является временным явлением и проходит с возрастом [6].
3. Лица мужского пола в 2,2 раза больше подвержены кибераддикции.
4. Данные Балонова И.М. (г. Пермь, 1997), по которым среди учащихся 10-11 классов «компьютерная игровая зависимость» составляет 8 - 10,8%; среди учащихся среднего школьного звена в среднем 3,5 - 6,4% (2002), отличаются от распространенности «компьютерной игровой зависимости» по г. Жанаозен (2011), которая среди учащихся 10 классов составила 7%, а среди учащихся среднего школьного звена - в среднем 29%.

#### Список использованной литературы:

1. Балонов И.М. Оценка компьютерной игровой зависимости. - <http://www.gcon.pstu.ru>, [http://www.gcon.pstu.ru/pedsovet/programm/-section=1\\_1-7htm.htm](http://www.gcon.pstu.ru/pedsovet/programm/-section=1_1-7htm.htm) 2006.
2. Балонов И.М. Компьютерные игры как элемент массовой культуры. - <http://www.gcon.pstu.ru>, 2006.
3. Газета «Учитель Казахстана» №1-3 (2582); 27 февраля 2006г.
4. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). – 2-е изд. – М.: Медицина, 1983. – 263 с.
5. Kimberly Young, Molly Pistner, James O'Mara, and Jennifer Buchanan. Cyber-Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium. 107th APA convention, August 20, 1999. University of Pittsburgh.
6. Bosworth K. Computer games and simulations as tools to reach and engage adolescents in health promotion activities // Computers in Human Services. 1994. V. 11. P. 109-119..

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

ИВОЛГИНА Е.В.

Учреждение «Амбулаторный центр», г. Алматы

### Резюме

Проведение реабилитации в раннем восстановительном периоде позволяет уменьшить степень выраженности неврологического дефицита, адаптировать больного к новым жизненным условиям, повысить качество жизни пациента и его близких. Несмотря на то, что реабилитация является достаточно дорогостоящим мероприятием, проведение ее является не только перспективным, но и рациональным, с точки зрения экономических затрат государства на выплату социальных пособий по инвалидности, потери части трудоспособного населения. Раннее внедрение, постоянное совершенствование реабилитационных мероприятий может привести к снижению показателей смертности по причине инсульта и снижению риска повторных сердечно-сосудистых катастроф.

### Тұжырым

Ерте қалпына келтіру кезіндегі оңалтуды өткізу неврологиялық дефициттің көрсеткіш дәрежесін кішірейтіп, ауруды жаңа күй-жайларға бейімдендіріп, емделушімен қоса жақындарының өмір сапасын жақсартуға мүмкіндік береді. Емделушілерді оңалту қымбат бағалы шараға қарамастан оны өткізу тек қана перспективті және үйлесімді. Сонымен қатар, мүгедектік жәрдемақыны, әлеуметтік төлемді, еңбекке жарамды тұрғынның бөлігінің жоғалтуындағы мемлекеттің көзқарасымен экономикалық шығындары тиімді болып табылады. Оңалту шараларды ерте енгізу, тұрақты жетілдіру жүрек-қантамырлық апаттарды, инсульт себебінен өлім-жітімнің көрсеткіштерін төмендетуіне көмек теседі.

### Summary

Rehabilitation in the early recovery period can reduce severity of neurological deficit, the patient adaptation to new conditions of life, improve quality of life of patients and their loved ones. Despite the fact that rehabilitation is an expensive undertaking, holding it is not only promising but also rational, in terms of economic costs to the state social benefits for disability, loss of working-age population. Early implementation and continuous improvement of rehabilitation activity could cause reduction in mortality due to stroke and reduce the risk of recurrent cardiovascular events.

Реабилитация - это комплекс мероприятий (медицинских, психологических, педагогических, социальных и юридических), направленных на восстановление утраченных в результате болезни или травмы функций.

Основные принципы реабилитации при инсультах:

- Раннее начало реабилитационных мероприятий, которые проводятся с первых дней инсульта и помогают ускорить и сделать более полным восстановление нарушенных функций, предотвратить развитие вторичных осложнений (контрактур, пролежней, тромбозов, застойной пневмонии).
  - Реабилитация должна начинаться в неврологическом отделении и продолжаться в реабилитационном отделении стационара или поликлиники.
  - Больные и члены их семей должны принимать активное участие в реабилитационном процессе.
- Основные задачи, которые приходится решать в период реабилитации лиц, перенесших инсульт:

- Восстановление (улучшение) нарушенных функций.
- Бытовая и социальная адаптация к имеющемуся дефекту
- Профилактика повторного инсульта и других сердечно - сосудистых заболеваний
- Лечение сопутствующих заболеваний.

Проблема инсульта становится из года в год все более актуальной из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для человека. По данным ВОЗ, инсульт занимает третье место, после болезней сердца и онкологических заболеваний, среди причин смерти взрослого населения планеты. Ежегодно от cerebrovasкулярных заболеваний умирают около 5 млн. человек (ВОЗ). В Казахстане заболеваемость инсультом составляет 2.5-3.7 случая на 1000 населения в год, смертность от 1 до 1.8 случаев на тысячу населения в год, летальность в остром периоде 35.2%. Около 80% больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами, из них 10% нуждаются в постоянной посторонней помощи, только 20%

больных возвращаются к труду. Между тем инсульт – это та патология, которую можно успешно лечить. Время после инсульта делят на периоды:

- острый (первые 3-4 недели)
- ранний восстановительный период (до 6 месяцев)
- поздний восстановительный период (6-12 месяцев)
- резидуальный (свыше года)

В отделение восстановительного лечения, которое возобновило свою работу в последние годы на базе Учреждения «Амбулаторный центр» принимаются пациенты, перенесшие инсульт, в раннем восстановительном периоде, имеющие возможность самостоятельного передвижения, при отсутствии соматических противопоказаний. Программа медицинской реабилитации всегда строго индивидуальна, учитывает возраст, тип перенесенного инсульта, наличие сопутствующей соматической патологии (АГ, ИБС, СД), вторичных осложнений инсульта (пневмония, тромбоз глубоких вен нижних конечностей).

Различают три уровня реабилитации больных данного профиля (Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р., 1997):

- уровень восстановления, который достигается в ранние сроки (первые полгода) после инсульта. Это уровень истинного восстановления, когда нет полной гибели нервных клеток, и патологический очаг состоит основном из инактивированных элементов, что явилось следствием отека, гипоксии, изменения проводимости нервных импульсов.
- уровень компенсации с включением в выполнение функций тех образований и систем мозга, которые раньше не принимали участие в их выполнении.
- уровень реадaptации, т.е. приспособления к дефекту, если он не устраним. Наблюдается в том случае, когда патологический очаг, приведший к развитию дефекта настолько велик, что нет возможности компенсации нарушенной функции.

Наиболее частые последствия инсульта:

- двигательные нарушения и связанные с ними нарушения функции ходьбы и самообслуживания,
- речевые расстройства (афазия) и связанные с ними нарушения письма и чтения,
- вестибулярные нарушения, расстройства статики и координации,
- когнитивные нарушения,
- эмоционально-волевые расстройства (депрессия, тревожность).

Двигательная реабилитация включает в себя регулярные занятия лечебной физкультурой (кинезотерапия), основной задачей которой является восстановление (полное или частичное) объема движений, силы, ловкости в пораженных конечностях, навыков самообслуживания. В кабинете ЛФК с такими пациентами в нашем отделении занимается врач, а

также инструктор ЛФК. Существенно расширились возможности двигательной реабилитации благодаря тренажеру МТОмед, занятия на котором способствуют нормализации патологического мышечного тонуса, увеличению мышечной силы, улучшению координации движений. Кроме кинезотерапии больным назначается электростимуляция нервно-мышечного аппарата пораженных конечностей, если нет выраженной спастичности в паретических конечностях. Спастика ухудшает двигательные функции и нередко сопровождается болезненными мышечными спазмами, способствует развитию контрактуры и деформации конечности. Для лечения спастичности используются такие препараты, как баклофен, мидокалм, сирдалуд, однако требуется тщательный подбор дозы препарата, т.к. повышение дозы антиспастического препарата с целью уменьшения мышечного тонуса нередко приводит к значительной мышечной слабости и седативному действию, что требует внимания у многих ходячих больных. Для облегчения болевых ощущений назначаются также НПВП, антидепрессанты, противоэпилептические средства.

В качестве физиотерапевтических методов используются: гальванизация местно на паретичную конечность, переменное магнитное поле на мышцы сгибатели руки и разгибатели ноги, вакуумный массаж по тормозной методике, классический массаж. В ряде случаев положительный эффект достигается после придания определенного положения паретичной конечности.

Речевые нарушения нередкая проблема у наших пациентов. Основой речевой реабилитации являются занятия с логопедом в сочетании с выполнением домашних заданий. Необходимо работать над пониманием речи, чтением, письмом. Такой человек должен слышать речь окружающих, слушать радио, телевизор, как можно больше общаться с окружающими. Огромное значение имеет здесь поддержка семьи. Эффективность восстановления речевых функций во многом определяется мотивацией больного и его активным участием в реабилитационном процессе.

Нарушение когнитивных функций, снижение памяти и интеллекта наблюдается у значительной части пациентов, перенесших инсульт, они затрудняют занятия в реабилитационном центре, а также бытовую и социальную адаптацию больного. Для объективности при исследовании когнитивных функций используется шкала краткого исследования психического статуса (MMSE), отслеживается динамика процесса. С целью улучшения речевых и когнитивных нарушений используются препараты, улучшающие метаболические процессы и кровоснабжение в головном мозге (цераксон,

актовегин, ноотропил, церебролизин, глиагиллин). Особо остановлюсь на танакане, который в последнее время получил очень широкое применение в связи с хорошей переносимостью и высокой эффективностью.

Танакан (EGb 761) представляет собой стандартизированный и титрованный экстракт из натурального сырья. Основными действующими веществами экстракта являются флавоноидные гликозиды, терпеновые лактоны и гинкголиды. Они оказывают разнонаправленное положительное воздействие на многие звенья патогенеза заболевания. под воздействием Танакана нормализуется тонус артерий и вен, улучшаются реологические свойства крови (снижается степень агрегации тромбоцитов и нейтрофилов, повышается эластичность мембран эритроцитов и их способность к деформации при прохождении капиллярного русла), улучшается снабжение ишемизированной ткани кислородом и глюкозой ускоряются процессы выведения углекислого газа и молочной кислоты. мощное антиоксидантное действие Танакана позволяет защитить клетки головного мозга от разрушительного воздействия свободных радикалов при окислительном стрессе, который развивается при ишемических состояниях и старении организма. Суммируя все перечисленные свойства, можно сказать, что Танакан обладает ярко выраженным антиишемическим эффектом, что является основанием для его применения при сосудистых заболеваниях головного мозга. Многочисленные назначения его пациентам свидетельствуют о хорошей переносимости его пациентами, отсутствие противопоказаний к назначению и его взаимодействия с другими лекарственными препаратами делает Танакан препаратом выбора при лечении пациентов с множественной сопутствующей патологией. Из физиотерапевтических процедур используется электросон.

Депрессия наблюдается у более половины больных после перенесенного инсульта, она также затрудняет реабилитацию пациента, способствует отказу его от лечения. Необходима совместная работа лечащего врача, психолога, больного и его родственников, необходимо создавать оптимистический настрой, привлекать больного к выполнению домашних дел, тренировке профессиональных навыков. Из физиотерапевтических процедур используется электросонотерапия, электрофорез или гальванизация воротниковой зоны по Щербаку. Психологом проводятся как индивидуальные, так и групповые психокоррекционные занятия, обучающие сеансы аутогенной тренировки. В обязательном порядке проводится работа с родственниками пациентов. При необходимости добавляются антидепрессанты, транквилизаторы.

Вестибуломожжечковые нарушения являются сложной задачей. Необходимо восстановление устойчивости, ориентировки в пространстве, уменьшение головокружения. Помимо медикаментозных (вазоактивные средства, вегетотропные, средства, подавляющие возбудимость вестибулярных центров) используется ЛФК, динамические игры, физиопроцедуры (гальванизация, электрофорез воротниковой зоны по Щербаку, электросон).

Еще одним направлением реабилитации является профилактика повторного инсульта и других сердечно - сосудистых катастроф. Риск повторного ОНМК составляет 10-16% в течение первого года. Через год вероятность повторного инсульта снижается до 5% на последующие несколько лет. Факторами риска для развития повторного ОНМК являются АГ, нарушения ритма сердца, патология клапанов сердца, сахарный диабет, застойные пневмонии. Основными задачами здесь является подбор адекватной гипотензивной, антиагрегантной терапии, что осуществляется совместно с кардиологом. Проводится коррекция гиперлипидемии (диета, назначение статинов). Поскольку успешность реабилитационных мероприятий определяется не только характером неврологического дефицита, но и наличием сопутствующих соматических нарушений, необходима совместная работа целого ряда специалистов - невролога, кардиолога, терапевта, физиотерапевта, врача ЛФК, психолога.

За два года в отделении пролечено 807 пациентов, из них 168 с перенесенным ОНМК различного типа, это составило 20.8%. Данная категория пациентов самая сложная, требующая строго индивидуального подхода, преемственности между специалистами, активной поддержки семьи, выработки у пациента позитивного мышления, стремления к выздоровлению. Значительная часть наших пациентов выписана к труду, хотя выход на инвалидность остается достаточно высоким – 25 человек – 14.8 % оформлены на группу инвалидности (II и III группы).

Лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо постоянно совершенствовать, внедрять современные технологии, методы лечения и реабилитации, т.к. кроме моральных страданий пациентов и их близких, материальных расходов на лечение, профилактику, государство несет значительные экономические потери из-за убыли большого количества трудоспособного населения, затрат на выплату социальных пособий.

**Список использованной литературы:**

1. Реабилитация больных с инсультами. Методические рекомендации. С.К. Акшулаков, Н.И. Шевелева, М.Г. Абдрахманова.
2. Реабилитация больных, перенесших инсульт в поликлинике восстановительного лечения. Т.Т.Батышева, В.А.Парфенов.
3. Динамика функционального состояния больных, перенесших инсульт. О.А. Балунов, Я.Н. Кушниренко.
4. Современные аспекты нейрореабилитации. Сборник тезисов. 2007г.

5. Руководство АНА/ASA по профилактике инсультов: обновления 2008г.
6. Ранняя реабилитация больных церебральным инсультом. Г.Иванова, дмн, проф, Е.Петрова, кмн, В.Скворцова, членкорреспондент РАМН, проф.
7. Реабилитация после инсульта. проф.А.С. Кадыков, кмн Н.В. шахпаронова НИИ неврологии РАМН, научный центр по изучению инсульта Минздрава РФ, Москва.

УДК 613.71:796.03

**ДЕНЕ ҚОЗҒАЛЫСЫ – ҚОҒАМДЫҚ ӨМІРДІҢ КЕПІЛІ**

КҰДАЙБЕРГЕНОВА Г.С.

Атырау облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы,  
Атырау қаласы

**Резюме**

Спорт в жизни человека занимает особо важное место.

**Тұжырым**

Спорт адам өмірінде алатын орны зор және ерекше.

**Summary**

Sport takes special and important place in man's life.

Спорттың адам өмірінде алатын орны зор екендігін бәріміз білеміз. Спортпен айналысқан адамның денсаулығы мықты, өзі шыдамды болады. Біздің ата-бабаларымыз «тәні саудың – жаны сау» - деп бекер айтпаған. Спорттың қай түрімен айналысу адамның қабілетіне байланысты болады.

Бұл туралы ұлы ойшыл Ибн Сина да өз шығармаларында айтқан. Ол сондай-ақ спортты мағынасына қарай жеңіл, ауыр, ұзын, қысқа сияқты бірнеше түрге бөлген. Денсаулық пен өмірді дамыту үшін кем дегенде спорттың 33 түрінен жаттығу жасау керектігін айтқан.

Елбасы Н.Ә. Назарбаев өзінің «Қазақстан – 2030» стратегиялық бағдарламасында халықты салауатты өмір салтына ынталандыруды басым бағыттың бірі ретінде атап көрсетті. Расында да, бүгінгі таңда еліміздің ақсақалдарынан кішкентай баласына дейін дене тәрбиесіне ерекше мән беруде.

Егерде, адам жақсы өмір сүруі үшін керекті әлеуметтік қамтитын барлық жағдайды толығымен

қарастыратын болсақ, соның медициналық қызметке жататыны жүз пайыздың жиырма пайызы ғана болса, сонда сексен пайызы медициналық емес жағдайлар болып келеді. Солай дегенімізбен де, қоғамның өміріне керекті барлық жағдайлар бір-бірімен тығыз байланысты, сондықтан адам денсаулығының жақсы болып камфортты жағдаймен өмір сүруі үшін экономикалық, саяси, әлеуметтік, медициналық, экологиялық және басқа да салалар тығыз байланысты жұмыс істеген кезде ғана адамның денсаулығы жақсарып, табиғи өсу артып, өлім саны азайып, адамдардың өмір сүру жасы ұзаратынына күмән жоқ. Сонымен қатар халқымыздың денсаулығы мемлекеттік саясаттың негізгі мақсаты және де саяси тұрақтылықтың негізі болып есептелінеді.

Өмірдің алғашқы бастамасы, сәби шыр етіп дүниеге келген кезде алғашқы тыныс алуы. Осы алғашқы тыныс алғаннан бастап таза және құрамы керекті заттардан тұратын пайдалы ауамен тыныс алса, ең алғашқы тамақтанғаннан бастап тек

табиғи тамақтармен тамақтанса, материалдық және моральдық жағдайы жеткілікті болып тұрса, әрине ондай сәбидің денінің сау болып өсуі сөзсіз. Денінің сау болып өсуі дене мүшесінің, ой-қабілетінің жетік болуына әсерін тигізеді. Ондай адам тек қоғамға пайдасы бар істер істейді және адамдарға да жағымды жағдай тудырады. Сонымен қатар аурудың алдын-алу шаралары, алғашқы дәрігерлік және санитарлық көмектер, мамандандырылған медицина қызметі, медицина ғылымы, медицина білім жүйесі және бүкіл кәсіптік қызметтің барысында ұдайы медициналық көмек сұраған адамға күн демей, түн демей медициналық қызмет көрсетіп, қол ұшын беру денсаулық сақтау ісінің болашағының кепілі.

Қоғамның тазалығы мен адамның денсаулығының дұрыс болуы үшін денені шынықтыру мәселелері аз міндет атқармайды. Денені дұрыс шынықтыру және ылғида қимыл үстінде болуы – денсаулықтың және жүйкенің жақсы болуының шынайы кепілі. Мысалы, дененің аз қозғалуы жағынан Дүниежүзілік денсаулықты сақтау ұйымының жылдық есебінде Европа аймағындағы мемлекеттерде жыл сайын 600000 адамның өлімінің себебі болып жатқанын анықтаған. Егерде денені қарқынды қозғау және дене шынықтырумен айналысу көптеген аурулардың алдын алады. Мысалы: жүрек-қан тамырлары, инсулинге бағынышты болдыратын сусамыр, кейбір қатерлі ісік, қан-қысымының көтерілуі, сүйек-бұлшық ет және жүйке ауруларының болмауына себеп болар еді.

Дене мүшесінің қарқынды қозғалыста болуы қазіргі кездегі тек Европа елдерінде ғана емес бүкіл дүниежүзі мемлекеттерінде белес алып отырған қалыптан тыс салмақ қосу және семіру ауруының алдын-алатын, қоғамдық денсаулық сақтау саласының глобальдық мәселелерінің шешімін табатын іс болар еді. Адамдардың дене мүшелерінің аз қозғалыста болуының ең басты себебі әрине қалалардың көбеюі,

адамдардың көп қабатты үйде тұрып, ішінде барлық жағдайы бар пәтерлерде тұруы және транспорттардың көбеюі, жаяу жүруді азайтты, отын тасып от жақпайды, су тасымайды, қорада мал ұстамайды, мал бақпайды, атқа мінбейді деген сияқты көп қозғалатын және көп қозғалатын жағдайларды ысырып тастады. Сонымен адамдар жатып ішер арам тамаққа айналып бара жатыр дегенді де білдіреді. Бірақта біз оны ойлағымыз келмейді және оны қате деп те түсінеміз. Егерде тереңірек ойлансақ солай болып барамыз дер едік. Аурудың тууының басты себебі осы аз қозғалудың себебі екенінде күмән жоқ екенін білеміз, бірақ жағдайы жасалынған көп қабатты пәтерлерде тұрудан ешкімде қашпайды. Сондықтан бұл урбанизация мәселесі болып қалады.

Қоғамдық өмір сүруде, тоқырау уақытының зардабынан, еліміздегі барлық әлеуметтік экономикалық салаларында екпінді қарқынмен нарықтық өзгерістерден сүрінбей өткен кезде, қазіргі уақыттағы дүниежүзілік кризистен халқымыздың денсаулығына еш зиянды әсерін сездірмей аман-есен өтіп кетер деген ойдамыз. Ол үшін жатып алмай, дене мүшелерді қозғап, өз денсаулығы үшін қарқынды қозғалыста жұмыс жасау керек.

Жоғарыда аталынған мәселелерді, қоғамдық денсаулық сақтау саласының атқаратын қызметтерін теңізге теңесек соның бір тамшысы ғана деуге болады.

Ондағы негізгі идея қызметкерлерді салауаттылыққа ынталандыру, дене тәрбиесі мен спортпен айналысуға үгіттеу. Себебі елді күні ертең ілгері апаратын – сауатты, білімді, дені сау жастар. Жастар осы елдің жас толқындары. Сондықтан олардың мақсаттары уақытты тиімді пайдаланып, сапалы қызмет етіп, өмірде өз орындарын адаспай табуға барлық жағынан көмек қолын созуымыз керек.

**ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА**

ГРИГОЛАШВИЛИ М.А., ШАРАПИЕВА С.К.

Карагандинский государственный медицинский университет,  
Поликлиника ОМО КНБ РК по Карагандинской области, г. Караганда**Резюме**

В связи с продолжающимся ростом показателей заболеваемости и смертности от мозговых инсультов основными направлениями вторичной профилактики инсульта являются активное выявление и адекватное лечение АГ и патологии сердца, коррекция показателей гемостаза, нарушений липидного обмена, хирургическое лечение окклюзионных поражений артерий головы и шеи.

**Тұжырым**

Ми инсультынан кісі ауыруы мен өлімі көрсеткіштерінің өсіп келе жатқандығына байланысты инсульттің қайталама алдын-алудың негізі бағыттары ретінде бас артериалы мен жүрек патологиясын белсенді анықтау мен оны дұрыс емдеу, гемостаза көрсеткіштерін, липидтік алмасуды ретке келтіру, бас артерияларының окклюзивтік жарақаттауын хирургиялық емдеу болып табылады.

**Summary**

In connection with continuing growth of indexes of disease incidences and mortality rate because of stroke the base directions of the secondary prevention of stroke are active detection and adequate treatment of arterial hypertension and heart pathology, correction of indexes of hemostasis, disturbance of lipidic metabolism, surgery treatment of occlusive injury of cerebral arteries and cervical arteries. KEY

В структуре Острых нарушений мозгового кровообращения сегодня уверенно лидирует ишемический инсульт (88%), а доля геморрагического инсульта уменьшилась за последние годы с 20 до 12%, что объясняется успехами в лечении тяжелой артериальной гипертензии – основного фактора риска внутримозговых кровоизлияний (1,2).

В настоящее время, согласно критериям TOAST, выделяют 5 патогенетических подтипов ишемического инсульта: инсульт вследствие атеросклеротического поражения крупных артерий (на экстракраниальном или интракраниальном уровнях); эмболии из кардиального источника; лакунарный инсульт, вследствие микроангиопатии перфорантных артерий; инсульт с другими верифицированными редкими причинами (диссекция артерии, коагулопатии, гипергоноцистемия:); инсульт с неустановленной причиной (3). Пациентам с ишемическим инсультом абсолютно показано назначение антитромботической терапии, выбор которой осуществляется на основании верификации патогенетического подтипа.

Ишемический инсульт является главной причиной стойкой нетрудоспособности и занимает 2 место по числу летальных исходов, уступая лишь сердечно-сосудистой патологии. Риск повторных инсультов или транзиторных ишемических атак у лиц, выживших после перенесенного острого

церебрального события значительно возрастает (5).

Важнейшим направлением в неврологии является вторичная профилактика ишемического инсульта, направленная на снижение риска возникновения повторных острых церебральных ишемических событий.

Наиболее значимые факторы риска ишемического инсульта – артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз и нарушения сердечного ритма – традиционно составляют сферу интересов кардиологов, однако задача предупреждения повторных инсультов все же остается прерогативой неврологической службы, поскольку с первым инсультом пациент попадает именно к неврологам.

После перенесенного повторного инсульта риск развития ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки наиболее высок в первые 6 месяцев восстановительного периода, когда пациент тесно контактирует с неврологом. В последующий год после первого ОНМК этот риск составляет 10%, а в течение второго года – 5%, но в к этому времени большинство больных забывают о том, что с ними случилось, и не придерживаются врачебных рекомендаций. Отсюда следует, что задача вторичной профилактики инсульта в работе невролога должна стать одной из главных на этапе раннего периода реабилитации постинсультных больных (2,3,4).

Основными направлениями вторичной профилактики инсульта являются: активное выявление и адекватное лечение АГ и патологии сердца, коррекция показателей гемостаза, нарушений липидного обмена, хирургическое лечение окклюзионных поражений артерий головы и шеи. Необходимо понимать важность изменения образа жизни и немедикаментозной профилактики инсульта, которая включает:

- снижение массы тела при ее избытке;
- ограничение употребления поваренной соли до 6 г в сутки;
- увеличение потребления пищевых продуктов, богатых калием, магнием и кальцием;
- ограничение потребления алкоголя и жиров (особенно животных);
- расширение физической активности (достижение тренировочной ЧСС в течение минимум 35-40 минут 5 раз в неделю);
- отказ от курения;
- психоэмоциональную разгрузку и соблюдение режима работы и отдыха.

Цифры потенциального снижения вероятности развития инсульта при условии адекватной коррекции основных факторов риска впечатляют и обнадеживают. По литературным данным контроль над АГ дает 30-40% снижения риска, отказ от курения – до 50% в течение 1 года, лечение сахарного диабета снижает риск инсульта на 44% (при условии адекватного контроля АД), коррекция гиперлипидемии статинами – на 20-30% (у пациентов с диагнозом ИБС), антиагрегантная терапия при неклапанной фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии) – на 68% при назначении варфарина и на 21% при использовании традиционного аспирина (5,6,7).

Вторичную профилактику инсульта необходимо начинать с острого периода первой мозговой катастрофы: при внутримозговых кровоизлияниях – с первых суток, а при остром ИИ – с 7-14-го дня в зависимости от тяжести состояния больного.

За время нахождения пациента в стационаре неврологу необходимо отработать трехкомпонентную схему вторичной профилактики, известную под аббревиатурой ABC, и убедить больного в важности продолжения лечения на амбулаторном этапе. В свою очередь врач общей практики должен сформировать группу риска для проведения динамического клинического, инструментального и лабораторного наблюдения:

- Больные с патологией сердца, особенно с мерцательной аритмией;
- Больные с АГ, особенно перенесшие острую гипертоническую энцефалопатию, или с частыми гипертоническими кризами церебрального типа (в т.ч.

у плохо спящих), а также женщины с повышенным уровнем АД во время беременности;

- Больные с начальными проявлениями недостаточности кровообращения головного мозга;
  - Больные с сахарным диабетом, особенно в сочетании с другими факторами риска инсульта;
  - Больные с нарушением липидного обмена на фоне других факторов риска инсульта – АГ, сахарного диабета и др.;
  - Больные, перенесшие другие сосудистые атаки (инфаркт миокарда) или с признаками мультифокального атеросклероза (в т.ч. с облитерирующим атеросклерозом);
  - Больные с неблагоприятной наследственностью по сердечно-сосудистой патологии, особенно при 1 и более факторах риска инсульта
- Медикаментозная стратегия ABC включает три группы хорошо изученных препаратов с самыми весомыми доказательствами положительного влияния на прогноз у пациентов, перенесших инсульт или начинающих его первичную профилактику:

А – антигипертензивные средства;

В – блокаторы тромбообразования;

С – статины.

Анализ медицинских карт 68 пациентов, перенесших ОНМК, выявил неодинаковые профили корреляции риска инсульта с тяжестью АГ: если вероятность внутримозговых геморрагий прямо пропорциональна показателям АД, то большинство ИИ развивалось на фоне умеренной АГ. Эти результаты совпадают с данными зарубежных авторов и подтверждают важность контроля над АД независимо от того, как себя чувствует больной при его повышении. До недавнего времени для пациентов без ОНМК в анамнезе существовали два значения целевого АД, которые фигурируют во всех международных и национальных консенсусах по профилактике инсульта: 130/80 мм рт. ст. (при наличии сахарного диабета, хронической нефропатии или сердечной недостаточности) и 140/90 мм рт. ст. – для всех остальных пациентов. Однако сегодня в зарубежных публикациях все чаще обсуждается необходимость перехода на единое для всех значение целевого АД – 130/80 мм рт. ст. Неадекватная гипотензивная терапия в остром периоде ИИ может не только улучшить, но и ухудшить прогноз, как это было показано в исследованиях PATS и PROGRESS. Неврологи сходятся во мнении, что в остром периоде ОНМК следует избегать резкого снижения АД до целевого уровня. Гипотензивными препаратами первого ряда сегодня являются ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), диуретики и β-адреноблокаторы. При недостижении целевых значений АД на фоне применения препаратов

первого ряда невролог должен принимать решение о присоединении гипотензивных средств второй линии совместно с кардиологом. В некоторых исследованиях показано преимущество отдельных представителей различных классов гипотензивных средств в защите мозга от повторных сосудистых событий. Диуретики снижают АД в среднем на 15% от исходного, но влияния на риск развития повторных ИИ не оказывают (HSCSG). Похожие результаты получены и с некоторыми другими препаратами. Большинство гипотензивных препаратов только снижают АД, тем самым уменьшая нагрузку на сосудистую стенку, снижая риск разрыва аневризм (если они есть) и развития геморрагического инсульта. Для предотвращения ИИ этого недостаточно, необходимо нормализовать функцию эндотелия сосудов, восстановить ауторегуляцию мозгового кровообращения, стабилизировать атеросклеротическую бляшку и параметры гемостаза. В ряде исследований показано, что существует целый класс гипотензивных средств, способных обеспечить обратное развитие морфофункциональных изменений в сосудах головного мозга. Это блокаторы рецепторов ангиотензина II. Резюмируя накопленную к настоящему времени доказательную базу по гипотензивной терапии, можно констатировать, что наиболее эффективными в профилактике инсульта являются БРА и антагонисты кальция в комбинации с диуретиками; менее эффективно снижают риск инсульта ингибиторы АПФ и  $\beta$ -адреноблокаторы.

Вторая часть стратегии вторичной профилактики инсульта заключается в назначении блокаторов тромбообразования – антиагрегантов и антикоагулянтов. Из антиагрегантных средств наиболее изученными и широко применяемыми для профилактики сосудистых событий являются аспирин в дозе 100 мг/сут и клопидогрель в суточной дозе 75 мг. На госпитальном этапе применяется антикоагулянтная терапия нефракционированными (требуют постоянного контроля параметров гемостаза)

и фракционированными гепаринами.

Третий компонент вторичной профилактики инсульта – гиполипидемическая терапия статинами, подтвердившая положительное влияние на прогноз во многих исследованиях. Как и антигипертензивная терапия, статины показаны для профилактики повторных ОНМК всем пациентам, перенесшим инсульт или ТИА. В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество.

#### Список использованной литературы:

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Калашникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения. // Неврологический журнал. – 1997 – № 1 – С. 24–27.
2. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта. Популярное практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт. М., «Миклош», 2002–46С.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта.–М: «Миклош», 2003–176 С.
4. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра). // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986 – № 4 – С. 532–536.
5. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами.–М, «Медгиз»–1978.
6. Черникова Л.А. Клинические, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс-тренинга у больных с последствиями инсульта. // Биопсихология–3: теория и практика. Коллективная монография.–Новосибирск.–1998–№3.–С. 80–87.
7. Folkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. The stroke data bank: design, methods, and baseline characteristics. // Stroke–1988–V.19,N5–P.547–552.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ДОСТИЖЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ

ЕРМЕККАЛИЕВА С.Б.

Областной центр проблем формирования здорового образа жизни  
Западно-Казахстанской области, г. Уральск

### Резюме

В настоящее время четко установлено, что реабилитация пациентов с вестибулярными расстройствами должна осуществляться в ранние сроки после повреждения, и для улучшения конечного результата программы реабилитации должны включать активный тренинг, задействующий все доступные сенсорные сигналы.

Контроль положения тела, стабилизация направления взгляда, ориентация в пространстве и передвижение организма являются высокоинтегративными процессами, которые основываются на взаимодействии между афферентными сигналами различных сенсорных систем организма. Значительную роль в этих процессах играют вестибулярные и визуальные стимулы. Вместе с тем вестибулярный аппарат является единственной сенсорной системой организма, вовлеченной в распознавание линейных и угловых перемещений головы и туловища и, следовательно, играет решающую роль в реализации как статической (поддержание позы тела), так и двигательной активности организма.

Нормальное сбалансированное функционирование вестибулярного аппарата человеческого организма необходимо для поддержания вертикального положения тела и осуществления согласованных движений при перемещении в пространстве, стабилизации положения головы и фиксации взгляда, формирования пространственной ориентации. Таким образом, любое повреждение вестибулярного аппарата влечет за собой нарушение указанных функций. С клинической точки зрения это следует принимать во внимание сразу же, как только у пациентов выявляются такие признаки, как постуральная нестабильность и случаи падения, эпизоды осциллопии (иллюзия движения неподвижных предметов) и затуманивания поля зрения, головокружение и дезориентация в пространстве.

Основные аспекты функционирования вестибулярного аппарата и их клиническая значимость. Клинически в пределах зоны регуляции ядер вестибулярного ядерного комплекса (ВЯК) при периферическом повреждении вестибулярного аппарата наблюдаются симптомы нарушения как статических (в покое), так и динамических (при движении) функций. Эти нарушения затрагивают все функции, регулируемые и подверженные влиянию

вестибулярных стимулов. Главные синдромы поражения вестибулоокулярной системы включают спонтанный нистагм, асимметричное отклонение и круговое вращение глаз, повышение и изменение фазы вестибулоокулярного рефлекса. Наклоны головы и тела и отклонение траектории движения в направлении стороны повреждения расцениваются как статическое и динамическое расстройства функционирования вестибулоспинальной системы. О поражении вестибулортикальной системы свидетельствует изменение субъективного восприятия вертикали и горизонтали, а также нарушение ориентации в пространстве и передвижения. Эти инвалидизирующие, ограничивающие трудоспособность пациента симптомы обычно усиливаются такими нейровегетативными расстройствами, как тошнота и рвота. В целом компенсация статического дефицита, как правило, происходит в течение нескольких дней или недель, в то время как компенсация динамических расстройств имеет тенденцию к незавершенности и осуществляется в течение более длительного времени.

О том, что компенсация статических и динамических нарушений достигается ЦНС посредством использования различных структур и механизмов, убедительно свидетельствует и тот факт, что единственного пути лечения пациентов с вестибулярными расстройствами не существует.

Назначайте только те препараты, которые ускоряют процесс восстановления и практически не имеют побочных эффектов.

Для ускорения процессов вестибулярной компенсации используется медикаментозная терапия. Вслед за внезапной односторонней утратой вестибулярных функций у пациентов отмечаются такие симптомы, как тошнота, рвота и головокружение, которые могут быть купированы или значительно облегчены с помощью приема так называемых вестибулосупрессивных лекарственных средств. Однако с учетом имеющихся в литературе данных о том, что

препараты с седативными свойствами замедляют процесс восстановления функций вестибулярного аппарата, эти средства рекомендуется назначать в течение короткого периода времени, ограниченного 3-4 днями после острой утраты вестибулярных функций.

Напротив, препараты с возбуждающими, стимулирующими эффектами ускоряют функциональное восстановление вестибулярного аппарата, поскольку они повышают исходный уровень активности ЦНС. Однако в большинстве случаев такие препараты являются неспецифичными и их действие не нацелено непосредственно на нейронные сети, контролируемые вестибулярные функции.

Антигистаминные препараты (дифенгидрамин и прометазин) обычно назначают для лечения головокружения из-за их действия на уровне H1-рецепторов гистамина (H1-блокаторы). Они могут предотвращать или уменьшать проявления укачивания, но некоторые из них оказывают негативное воздействие на вестибулярную компенсацию. Интенсивность головокружения способны уменьшать циннаризин и флунаризин – антагонисты кальциевых каналов с H1-блокирующими свойствами. Они предотвращают укачивание, однако при длительном применении могут приводить к развитию депрессии и паркинсонизма. Антидопаминергические препараты (нейролептики) обладают мощным противорвотным действием, поэтому уменьшают выраженность нейровегетативных симптомов. Однако они имеют так много побочных эффектов (например, артериальная гипотензия, сонливость и экстрапирамидный синдром), что их не рекомендуется применять в целях достижения вести-

булярной компенсации.

Высокоэффективными в лечении пациентов с головокружением оказались препараты, воздействующие на гистаминергическую систему. Бетагистин (Бетасерк®) – структурный аналог гистамина – не обладает седативным эффектом и выражено улучшает вестибулярную компенсацию. Бетагистин повышает высвобождение гистамина посредством блокирования пресинаптических H3-рецепторов. Принимая во внимание тот факт, что компенсация как статических, так и динамических нарушений становится устойчивой благодаря задействованию долговременных адаптивных механизмов, функциональное восстановление может быть ускорено фармакологически с помощью терапии бетагистином (Бетасерком®) в течение длительного времени.

Выводы. Адаптация к утрате вестибулярных функций – сложный и неоднородный процесс. Функциональное восстановление вестибулярного аппарата – это результат нейропластических (происходящих в ВЯК) процессов, которые отражают различия между индивидуумами. Фармакотерапия может выражено облегчать процесс вестибулярной компенсации. В связи с тем, что компенсация статических и динамических вестибулярных нарушений требует длительного времени, продолжительное применение таких лекарственных препаратов, как бетагистин (Бетасерк®), следует рассматривать как компонент лечения пациентов с вестибулярными расстройствами, например при болезни Меньера.

## ПРОФИЛАКТИКА ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

ГРИГОЛАШВИЛИ М.А., ШАРАПИЕВА С. К.

Карагандинский государственный медицинский университет,  
Поликлиника КНБ по Карагандинской области, г. Караганда

### Резюме

Головокружение приводит к значительному ухудшению качества жизни больного, создает существенные трудности в процессе медицинской и социальной реабилитации. В процессе лечения – Бетагистином у исследуемой группы больных отмечалось объективное улучшение состояния, значительное уменьшение выраженности головокружения, головная боль стала менее интенсивной, регрессировали зрительные нарушения, возросла устойчивость вертикальной позы.

### Тұжырым

Бас айналуы аурудың өмір сапасының біршама төмендеуіне алып келеді, медициналық және әлеуметтік сауығуына айтарлықтай кері әсерін тигізеді аурулар тобын – Бетагистинмен емдеу процесінде олардың жағдайының айтарлықтай жақсарғандығы, айқын бас айналуының азайғандығы байқалды, бас ауыруының интенсивтігі төмендеді, көру қабылетінің бұзылуы азая бастады, аяғымен нық тұру қалыпқа келді.

### Summary

Vertigo causes considerable deterioration of standards of a patient life, makes difficulties in the process of the medical and social rehabilitation. During treatment with Betagistin there were registered an objective improvement of condition, considerable reduction of Vertigo's evidence, cephalgia has become less intensive, visual disturbance regressed, stability of the erect posture increased.

Головокружение является одним из наиболее частых симптомов, встречающихся в медицинской практике. По данным Oosterveld W.J., оно выявляется приблизительно у 5% больных на приеме у врача общей практики и у 10% процентов – врача-отоларинголога. Головокружение при патологии вертебрально-базилярного отдела головного мозга обусловлено, как правило, возрастными изменениями сенсорной системы, снижением компенсаторных возможностей центральных механизмов поддержания равновесия, сосудисто-мозговой недостаточностью с преимущественным поражением вертебрально-базилярной системы (Верещагин Н.В., 1980; Горбачева Ф.Е с соавт., 2001). При этом большую роль играет изменение вестибулярных ядер ствола или вестибуло-мозжечковых связей, однако определенное значение имеет и так называемый “периферический” компонент, обусловленный атеросклеротическим поражением сосудов внутреннего уха. Головокружение развивается в результате дисбаланса сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную афферентацию, - вестибулярной, зрительной и проприоцептивной; большое значение имеют также нарушения центральной обработки информации и

эфферентного звена двигательного акта. Кроме того, определенную роль играют патологические изменения опорно-двигательного аппарата (Исайкин А.И., Яхно Н.Н., 2002; Морозова С.В. с соавт., 2002). В то же время, как показали Горбачева Ф.Е., Яворская С., следует проводить дифференциальную диагностику с доброкачественным позиционным головокружением у больных с изолированным системным головокружением; казначественное наблюдение за подобными больными после первого приступа вертиго в течение 4 лет не выявило признаков развития инсульта в вертебрально-базилярном бассейне, что дало основание авторам высказать мнение о неправомерности столь распространенного диагноза транзиторная ишемическая атака в вертебрально-базилярной системе при данной патологии.

Сохраняющееся головокружение может привести к значительному ухудшению качества жизни больного, а также создает существенные трудности в процессе медицинской и социальной реабилитации. (Морозова С.В. и соавт., 2002). Учитывая высокую частоту и тягостность для пациента головокружения, в особенности сопровождающегося вегетативными расстройствами, представляется целесообразным изучение возможности включения в комплекс лечебных

мероприятий у таких больных средства, подавляющего активность вестибулярного аппарата.

Одним из таких препаратов является бетагистин (бетасерк). Фармакологические исследования на животных показали, что бетагистин улучшает кровоснабжение внутреннего уха и уменьшает электрическую активность вестибулярных ядер головного мозга. Анализ действия бетагистина свидетельствует о разностороннем влиянии препарата на различные патогенетические механизмы головокружения и, следовательно, патогенетической обоснованности применения препарата. Профилактическое действие бетагистина выражается в существенном снижении частоты приступов вертиго, что можно отнести за счет изменения кровотока в мозге или лабиринте. Снижение частоты и тяжести приступов вертиго может предотвратить дальнейшее развитие повреждения во внутреннем ухе. Симптоматическое действие бетагистина выражается в существенном снижении тяжести приступов вертиго (Oosterveld W.J., 1989).

Бетагистин действует главным образом на гистаминовые H1 - и H3-рецепторы внутреннего уха и вестибулярных ядер ЦНС. Путем прямого агонистического воздействия на H1-рецепторы сосудов внутреннего уха, а также опосредованно через воздействие на H3-рецепторы улучшает микроциркуляцию и проницаемость капилляров, нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке. Вместе с тем бетагистин увеличивает кровоток в базилярной артерии. Обладает выраженным центральным эффектом, являясь ингибитором H3-рецепторов ядер вестибулярного нерва. Улучшает проводимость в нейронах вестибулярных ядер на уровне ствола головного мозга. Клиническим проявлением указанных свойств является снижение частоты и интенсивности головокружений, уменьшение шума в ушах, улучшение слуха в случае его понижения.

Общеизвестно, что гипертоническая болезнь занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости и смертности. Как показало исследование, проведенное в нашем центре, около половины больных артериальной гипертензией (АГ) жалуются на головокружение. Было выявлено, что основной причиной возникновения головокружений у этой группы больных являются хронические двухсторонние изменения вестибулярной системы, связанные с нарушением кровоснабжения и метаболизма вестибулярных структур. Подобные нарушения в основном связаны со стенозом сонных и позвоночных артерий, в некоторых случаях и слуховой артерии вследствие их атеросклеротического поражения. Кроме того, хронические изменения

вестибулярных структур могут быть следствием затруднения венозного оттока из венозных синусов полости черепа, причиной которого является повышенное артериальное давление.

Под наблюдением находилось 65 больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в вертебрально-базилярной системе в возрасте от 45 до 71 года (средний возраст  $59,48 \pm 8,63$  лет), которые составили основную группу. Больные, по показаниям, получали антигипертензивную и антитромбоцитарную терапию.

Основная группа больных (35 человек; 17 мужчин и 18 женщин) получала дополнительно курс лечения препаратом бетагистин - по 16 мг 3 раза в день перорально, после еды; курс лечения составлял 14 дней. Этиологическими факторами развития ишемического инсульта являлась сочетание гипертонической болезни и атеросклероза (21 больной), атеросклероз (14 больных). Ведущими клинико-неврологическими симптомами являлись системное головокружение (у 31 больного или 88,6%), в том числе, у 18 пациентов (51,4%) значительно усиливающееся при перемене положения тела; нарушение координации движений, неустойчивость вертикального положения во время ходьбы и при спокойном стоянии - у 18 больных (51,4%). У 25 больных (71,4%) преобладающим симптомом была шаткость походки. В неврологическом статусе отмечались: нистагм, чаще горизонтальный, в ряде случаев - ограничение движений глазных яблок, нечеткость выполнения и мимопопадание при проведении координаторных проб, пошатывание при выполнении пробы Ромберга.

Контрольную группу пациентов, получавших при наличии показаний, только антитромбоцитарную и антигипертензивную терапию, составили 30 больных в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст  $56,93 \pm 10,64$ ). Основная и контрольная группы больных были сопоставимы по демографическим и клиническим параметрам.

Для оценки состояния больных использовались клинико-неврологические другие параклинические и электрофизиологические методики.

Оценка степени клинических проявлений вертебробазилярной недостаточности осуществлялась по специализированной шкале Hofferberth (1991). Оценивались следующие параметры:

- Головокружение (при разгибании или поворотах головы в сторону).
- Нарушение слуха, шум в ушах.
- Головная боль в затылке.
- Внутренняя или наружная офтальмоплегия
- Дефекты полей зрения, затуманенное зрение, фотопсии.
- Пирамидные знаки.

- Расстройства чувствительности.
- Мозжечковые симптомы.
- Внезапные падения без потери сознания (Drop-attacks).
- Бульбарные симптомы.
- Транзиторная глобальная амнезия.

Каждый пункт оценивается в баллах (от 0 до 3), максимальная сумма баллов - 33. При этом легкой степени нарушений соответствовали значения от 1 до 11 баллов, средней степени - от 12 до 22 баллов, тяжелой степени нарушений - от 22 до 33 баллов.

В процессе лечения у больных основной группы отмечалось объективное улучшение состояния, значительное уменьшение выраженности головокружения, головная боль стала менее интенсивной, регрессировали зрительные нарушения, походка стала более уверенной, возросла устойчивость вертикальной позы. В неврологическом статусе отмечались более точное выполнение координаторных проб и уменьшение пошатывания в пробе Ромберга. По окончании курса лечения бетагистином (бетасерком) в основной группе больных средний балл по шкале Hofferberth достоверно ( $p < 0,001$ ) уменьшился и составил  $8,00 \pm 1,85$  балла, что свидетельствовало о значительном регрессе неврологической симптоматики. При клинической оценке степени устойчивости с помощью пробы Bohannon выявлено, что на фоне лечения бетагистином в основной группе больных в пробах как с открытыми, так и с закрытыми глазами, происходило достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение показателей, отражающих комплексную характеристику функции поддержания устойчивой вертикальной позы.

Препарат переносился хорошо. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, в том числе, аллергических реакций при применении бетагистина выявлено не было. В контрольной группе пациентов, получавших стандартную терапию, также отмечалась положительная динамика. Средний балл по шкале Hofferberth достоверно ( $p < 0,05$ ) уменьшился и составил  $9,06 \pm 1,41$  балла. В то же время, статистически значимой динамики показателей по шкале Bohannon не наблюдалось. Следует отметить, что темп регресса неврологической симптоматики, в том числе, головокружения, у больных контрольной группы был меньшим, чем при лечении бетагистином.

Таким образом, применение бетагистина (бетасерка) у больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта с локализацией очага в вертебрально-базилярной системе приводит к уменьшению интенсивности и продолжительности головокружения, улучшению координации движений и равновесия, увеличению устойчивости вертикальной позы, что сопровождается достоверным ( $p < 0,05$ )

улучшением показателей шкалы Hofferberth и Bohannon.

**Вывод.** Исходя из сказанного выше, применение Бетагистин у больных с АГ и головокружением оправдано по нескольким причинам: препарат улучшает микроциркуляцию лабиринта, мозговой кровотока и, кроме того, устраняет нарушение венозного оттока из полости черепа, длительный прием Бетасерка в комбинации с антигипертензивными препаратами больными с АГ и головокружениями оказывает благоприятный эффект не только на головокружения, но и на качество жизни, неврологический статус больных. При сопоставлении воздействия только антигипертензивной терапии и комбинации антигипертензивных препаратов и Бетагистин на качество жизни больных этой группы выявлено, что комбинированный прием препаратов приводит к улучшению всех составляющих качества жизни, в то время как терапия только антигипертензивными лекарственными средствами – лишь некоторых. Кроме того, длительный прием комбинации антигипертензивных препаратов и Бетагистина оказывает более выраженное благоприятное воздействие на неврологический статус, чем только антигипертензивная терапия. Необходимо отметить, что подобная комбинация обладает не только хорошей эффективностью, но и переносимостью.

#### Список использованной литературы:

1. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения.- М: Медицина, 1980.-312 с.
2. Виленский В.С. Осложнения инсульта : профилактика и лечение. Санкт-Петербург, Фолиант, 2000, 128 с.
3. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Боголепова А.Н., Алферова В.В. Принципы реабилитации и фармакотерапии больных инсультом в восстановительном периоде. // Материалы VIII Всероссийского съезда неврологов. Казань, 2001, с 220.
4. Горбачева Ф.Е., Натяжкина Г.М., Чучин М.Ю. Головокружение// Головокружение.- Consilium medicum.-2001.- Приложение - С.63-66
5. Гусев Е.И. Ишемическая болезнь мозга.-М.: Медицина 1992.-36с.
6. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М., Медицина, 2001.
7. Е.И. Гусев, А.Б. Гехт, А.Н.Боголепова, Н.Н.Доржиева,Г.Шимригк, А.Хаас Результаты 3-летнего катамнестического наблюдения за больными ишемическим инсультом (по материалам Банка Данных по инсульту). Неврологический журнал, 2002.
8. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия: Учебник для студентов медицинских

ВУЗов. - М.: Медицина, 2000.

9. Гусев Е.И., Никонов А.А., Скворцова В.И. и др. Лечение головокружений препаратом Бетасерк у больных с сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга // Журн. неврол. и психиатр.- 1998., -№11.

10. Исайкин А.И., Яхно Н.Н. Вертебрально-базилярная недостаточность // РМЖ. 2002. Том 9, №25.

11. Кадыков А.С. Восстановление нарушенных

функций и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт (основные факторы реабилитации) /Автореферат дисс. д.м.н. М.: 1991. - 53с.

12. Кадымова М.И., Полякова Т.С., Владимирова Т.Н. Применение Бетасерка у больных с кохлеовестибулярными нарушениями. //Ж. Вестник отоларингологии. 1998. №5.

## ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

УДК 616.5-002-053.3-084:613.952+613.49

ПРОФИЛАКТИКА ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА  
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

АКОЕВ Ю.С.

Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва

## Резюме

Бурно развивающиеся новые технологии требуют проведения тщательных клинических испытаний с целью разработки практических рекомендаций по их применению у детей раннего возраста. Кроме того, необходимо не только осуществлять медицинский контроль за вновь появляющимися средствами ухода, но и максимально адаптированных в соответствии с физиологическими особенностями организма ребенка.

## Тұжырым

Тәжірибе ұсыныстарының өңдеу мақсатымен ерте жас шамасындағы балаларда пайдалану үшін қарқынды дамиды жаңа технологиялар мұқият клиникалық сынауларды өткізуге талап етеді. Бұдан басқа, қайта пайда болатын құралдарына медициналық бақылауды жүзеге асыру ғана емес, сонымен қатар нәрестенің организм физиологиялық ерекшеліктерімен сәйкес барынша бейімделгені жөн.

## Summary

Rapidly developing new technologies require scrupulous clinical trials to develop practical recommendations for their use among young children. In addition, it is necessary not only to use medical monitoring for newly emerging means of care, but also for adapted ones in accordance with the physiological characteristics of child organism.

Одной из наиболее важных функциональных систем организма, позволяющей достичь первичного баланса с окружающей средой, является кожа. По сравнению с кожей взрослого человека кожные покровы ребенка имеют существенные анатомические и функциональные отличия, характеризующиеся большей склонностью к повреждению при неблагоприятном воздействии факторов внешней среды, что обуславливает необходимость особого и тщательного ухода за ней, особенно у новорожденных.

Различия в структуре кожи взрослого и ребенка заключаются в основном в величине площади, степени сформированности отдельных слоев, размещении и величине желез, виде волосяного покрова [1, 2]. По мере развития плода, а затем новорожденного и ребенка первых лет жизни кожа претерпевает непрерывные изменения. У новорожденного и грудного ребенка роговой слой довольно тонкий и содержит значительно больше влаги, чем кожа взрослых детей. Зернистый слой не является непрерывным и виден только на ладонях и ступнях. Щитовидный слой развит слабо, и межклеточные мостики видны только на ладонях и ступнях. Основной слой значительно тоньше и состоит только из одного слоя клеток. В самой коже сильно

развиты многочисленные и широкие кровеносные сосуды, ввиду чего кожа здорового новорожденного и младенца имеет розовый цвет. Подкожная клеточная ткань, как правило, хорошо развита уже у новорожденного ребенка. У новорожденных и младенцев потовые железы развиты слабо, в то время как сальные железы достаточно многочисленны [3, 4]. Кожа ребенка находится в состоянии развития, а недостаточно развитая центральная нервная система затрудняет ее регулирующие функции [1]. После рождения наблюдается высокая адаптационная способность кожи к новой среде. В этот период она имеет нейтральный pH и становится кислотной на протяжении 2–4 недели жизни. Механизмы терморегуляции начинают действовать только на 2–3-й день жизни. Это связано с тем, что слабо развитая система терморегуляции и не сформировавшиеся потовые железы при более высоком соотношении поверхности тела новорожденного к его массе не позволяют ему поддерживать постоянную температуру тела [2].

Кожные покровы ребенка представляют собой двунаправленный барьер. С одной стороны, они задерживают влагу, электролиты и белок, с другой

– оберегают ребенка от воздействия механических, физических и бактериальных факторов. Однако тонкий и нежный роговой слой легко повреждается, вследствие чего «негерметичен» и в недостаточной степени оберегает организм ребенка от внешних воздействий. Отсутствие эластичных волокон в первые месяцы жизни, компенсируемое очень большим количеством влаги, обеспечивает защиту только от негрубых механических повреждений [4].

Кожа новорожденных и грудных детей представляет собой главный резервуар влаги. В ней находится 17% всей жидкости, содержащейся в теле ребенка, что имеет важное значение с точки зрения водообмена. Поскольку у новорожденного ребенка потовые железы еще окончательно не сформированы, это отражается на их функциональной способности. Поглощение влаги кожными покровами (особенно у новорожденных) достаточно высока, благодаря гидрофильным свойствам наружного рогового слоя эпидермиса, а также более высокой проницаемости тонких, слабо развитых роговых и зернистых слоев. Кроме того, поглощению влаги способствуют наличие многочисленных и широких сосудов самой кожи, а также хорошо развитые сальные железы [2, 4].

Функции терморегуляции, проницаемости и защиты изменяются и особенно быстро развиваются в течение первых двух лет жизни. Более толстый роговой слой, сформировавшиеся эластичные волокна, большее число коллагеновых волокон после 3-го года жизни повышают не только сопротивляемость, но и выносливость кожи. В более позднем детском возрасте дальнейшее постепенное развитие кожи приводит к повышению эффективности ее функций в течение всего периода роста, вплоть до достижения зрелого возраста [1, 2].

При воздействии на кожу разных раздражителей, особенно в местах соприкосновения пеленок с кожей, чаще всего возникают острые воспалительные процессы. Такие процессы называются пеленочным дерматитом (ПД; *diaper dermatitis*), который представляет собой одну из серьезных проблем в профилактической охране здоровья новорожденных и уходе за ними [5].

ПД – периодически возникающее патологическое состояние, провоцируемое воздействием на кожу физических, химических, ферментативных и микробных факторов внутри пеленок или подгузника [6].

Впервые ПД, как заболевание был научно описан 120 лет назад. Сейчас под этим общим названием принято понимать любое раздражение кожных покровов ягодичной области или внутренней поверхности бедер у детей грудного или раннего возраста, возникающее из-за дефектов гигиенического

ухода за ребенком.

Таким образом, основные цели ухода за кожей новорожденного ребенка включают в себя:

- предотвращение раздражения или повреждения эпидермиса;
- поддержание необходимой микрофлоры на коже.

При проведении мероприятий, направленных для решения указанных целей, одновременно решаются задачи, направленные на профилактику и приостановление цикла развития ПД, которые складываются из нескольких моментов [7, 8]:

- предотвращение контакта кожи с выделениями ребенка (мочой и энзимами кала);
- устранение механических факторов (трение);
- уменьшение воздействия физических факторов (влаги);
- исключение применения раздражающих и сенсibiliзирующих веществ при уходе за кожей новорожденных детей и младенцев.

Исходя из указанных концепций, для ухода за кожей детей грудного возраста были предложены одноразовые подгузники. В первых одноразовых подгузниках в качестве впитывающего материала использовалась пушистая целлюлоза. Их основным недостатком было то, что при давлении (например, когда ребенок сидит) контакт мочи с кожей не ограничивался, поэтому они были более похожи на традиционные тканевые (марлевые) подгузники, хотя и обеспечивали более комфортное пеленание.

С появлением новых технологий при производстве одноразовых подгузников во впитывающий слой стали включать влагопоглощающий гелеобразующий материал (ВГМ). Впитывая мочу, ВГМ образует однородный гель, который удерживает влагу внутри подгузника. Это позволило не только в большей степени препятствовать контакту мочи с кожей, но и способствовать изоляции мочи от каловых масс, сводя к минимуму образования аммиака из мочи, тем самым, предотвращая повышение уровня pH кожи и активацию энзимов кала (непосредственно повреждающих кожу).

Влагопоглощающий материал, который используется в производстве современных одноразовых подгузниках, представляет собой полиакрилат с высокой молекулярной массой (>106). Он способен поглощать в 50 раз больше мочи, чем его собственный вес. В отличие от ВГМ, такие традиционные материалы, как бумажная масса (целлюлоза) или хлопок, могут поглощать только в 6 раз больше жидкости, чем их собственная масса.

В многочисленных исследованиях доказана эффективность использования одноразовых подгузников в профилактике и лечении ПД у новорожденных

и детей раннего возраста. Отечественные клинические исследования, проведенные на базе НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, указали на целесообразность использования подгузников в уходе за кожей детей раннего возраста, позволяя достоверно снизить выраженность ПД.

В последнее время в средствах массовой информации стали появляться сообщения о том, что использование детских одноразовых подгузников вызывает образование микроклимата с повышенной температурой и влажностью, что оказывает отрицательное влияние на инфраструктуру яичек и подавляет сперматогенез. Авторы этих публикаций утверждают, что в результате парникового эффекта наступают необратимые изменения в ткани яичка, приводящие в дальнейшем к бесплодию и снижению потенции. Однако данные утверждения не имеют научных доказательств и представляют собой одни лишь домыслы и предположения.

Результаты проведенных под эгидой Союза педиатров России клинических исследований свидетельствуют об отсутствии как такого «парникового» эффекта у одноразовых подгузников при использовании их в уходе за кожей детей.

В доступной нам литературе мы не обнаружили сведений, доказывающих возможность неблагоприятного воздействия детских одноразовых подгузников на мужскую репродуктивную функцию. Немецкие эндокринологи в 1997 г. проводили измерение температуры кожи мошонки у мальчиков до года, пользовавшихся хлопчатобумажными и одноразовыми подгузниками. При использовании хлопчатобумажных подгузников средняя температура кожи мошонки составила 34,9°C, а при использовании одноразовых подгузников – 36,0°C. При использовании одноразовых подгузников температура кожи мошонки повышалась на 1,1°C.

При проведении оценки процессов, происходящих в яичке у мальчиков младшего возраста, необходимо коснуться вопросов его строения и физиологии. Яичко закладывается у плода в брюшной полости и к моменту рождения опускается в мошонку. У новорожденного семенные каналы имеют вид сплошных клеточных тяжей без просвета. Просвет в семенных каналах появляется лишь к 7–8-му году жизни. В этот период увеличивается количество спермогоний, а около 9 лет появляются единичные сперматозоиды. Только к 10–15 годам жизни появляются первые сперматозоиды.

Проведенные исследования указали на отсутствие разницы в температуре при использовании разных типов пеленания – одноразового подгузника или марлевой пеленки. Следует отметить, что даже при нарушении терморегуляции мошонки и постоянного

воздействия на ткань яичка внешней среды, температура которой на 5°C выше нормальной, изменения в ткани яичка наступают только после трехлетнего возраста. Кроме того, известно, что в западных странах детские одноразовые подгузники широко применяют с начала 1960-х годов, т.е. прошло достаточно времени, чтобы подвести определенные итоги. Так, число бесплодных браков в Западной Европе за последние 15–20 лет увеличилось на 3,0%, достигая 15,0%. Около половины таких браков обусловлены мужским бесплодием. Однако анализ причин мужского бесплодия показал, что основной причиной (36%) являются перенесенные инфекционные заболевания, в том числе и в детском возрасте.

Касаясь аспектов инфекционных заболеваний, следует отметить, что проведены исследования, направленные на изучение возможного влияния одноразовых подгузников на частоту возникновения инфекции мочевыводящих путей (ИМП). Так в ряде работ, европейских педиатров-урологов, показано, что на основании проведенных исследований можно говорить о том, что наблюдается положительное влияние на снижение частоты возникновения ИМП. На рис. 7 представлено уменьшение среднего количества больных ИМП на 1000 детской популяции с 1978 по 1984-й год в одной из европейских стран (Финляндии). Это может быть связано с постепенным переходом от использования марлевых подгузников к одноразовым.

Результаты более поздних исследований (в 1996 г.) показали, что степень риска заболевания ИМП различна у детей, использующих разные типы подгузников. Так, при использовании марлевых подгузников значительно повышается риск заражения ИМП по сравнению с одноразовыми подгузниками, особенно современными с супервпитывающим адсорбентом. Обратите внимание, что часто жидкий стул ребенка является источником патогенной микрофлоры, которая может быть возбудителем и ПД, и ИМП. В связи с этим особенно актуально, чтобы подгузник впитывал не только мочу, но и жидкий стул. Другой причиной возникновения ПД и ИМП может являться длительный контакт кожи ребенка с мочой и стулом, что может способствовать размножению патогенных бактерий на коже и в мочеиспускательном канале.

Поэтому очень важно, чтобы подгузник быстро впитывал и удерживал влагу, препятствуя дальнейшему контакту мочи с кожей и появлению раздражений. Чтобы и соответственно максимально минимизировал контакт кожи ребенка с мочой и жидким стулом.

Новейшей разработкой для защиты кожи детей являются самые сухие и мягкие подгузники

Pampers Premium Care, при создании которых применена усовершенствованная технология удаления влаги и каловых масс. Верхний уникальный гидрофобный слой изделия снабжен крупными порами, располагающимися по принципу пчелиных сот: он обеспечивает хорошую впитываемость жидкого стула ребенка. Второй слой (волокна специально обработанной целлюлозы и супервпитывающий слой) эффективно удаляет и связывает физиологические жидкости; подгузники содержат слой на основе *Aloe barbadensis* и обладают уникальной скоростью абсорбции влаги. Мягкость подгузников Pampers Premium Care и уровень тактильной стимуляции участков кожных покровов, контактирующих с внутренней и наружной поверхностью изделий, способствуют улучшению микроциркуляции и эмоционального развития детей.

Все подгузники Pampers – единственные подгузники, прошедшие клинические исследования в России, и на основании результатов этих исследований рекомендованы Союзом педиатров России. Помимо использования указанных технологий, традиционно для дополнительной защиты кожных покровов у детей используются различные косметологические средства в виде масел, кремов, присыпок и др. Появились новые технологии, при которых проводится комбинация новых средств ухода с традиционными. Примером такого сочетания являются детские влажные салфетки.

Не менее важным для правильного ухода за кожей является использование влажных детских салфеток. С их помощью очень легко и быстро можно очистить кожу ребенка от испражнений. Так, детские салфетки Pampers содержат уникальный лосьон, который эффективно увлажняет кожу, покрывая ее защитным барьером. Проведенные клинические исследования салфеток Pampers доказали, что через 1 месяц регулярного использования (у детей с атопическим дерматитом) наблюдалось заметное уменьшение зуда, покраснения, сухости кожи. Практически полностью исчезли любые раздражения и шелушения. Такой результат обусловлен наличием уникального лосьона, который быстро восстанавливает и поддерживает естественный уровень pH, равный 5,5.

Естественный pH кожи 5,5 – именно слегка кислая среда – является защитным барьером для роста и размножения бактерий, вызывающих ПД. При контакте мочи и других испражнений с кожей

ребенка pH последней повышается, снижая барьерные функции. Следовательно, очень важно поддерживать естественный pH, и поэтому мы рекомендуем использовать салфетки при каждой смене подгузника. Специальные салфетки Pampers Sensitive разработаны для новорожденных, не содержат спирта, а значит, не сушат кожу. В них отсутствуют какие-либо консерванты и отдушки. Они дерматологически протестированы и рекомендованы Союзом педиатров России.

Таким образом, представленные данные о механизмах развития такого часто встречающегося у детей раннего возраста кожного процесса, как ПД, свидетельствуют о наличии проблемы как таковой, требующей современного решения. Наиболее перспективными, на наш взгляд, являются использование в уходе за кожей ребенка с помощью новых технологий и, прежде всего, одноразовых подгузников.

#### Список использованной литературы:

1. Глебовского В.Д. Физиология плода и детей / В.Д. Глебовского. - М.: Медицина, 1988.
2. Kretchmer N. Prenatal and perinatal biology and medicine / N. Kretchmer, E.J. Quilligan, J.D. - Johnson Gordon & Breach Science Publ, 1997.
3. Evans N.J. Development of the epidermis in the newborn / N.J. Evans, N. Rutter - Biol Neonate, 1986. – p.74–80.
4. Stroud C.E. A pediatrician's view of the newborn baby and its epidermis / C.E. Stroud. - Cur Med Res Opin, 1982. – p.29–32.
5. Boiko S. Diapers and diaper rashes / S. Boiko. - Dermatol Nurs, 1997. – p.33.
6. Berg R.W. Etiologic and pathophysiology of nappy dermatitis / R.W. Berg. - Adv Dermatol, 1998. – p.75–98.
7. Angert V. Paste helps alleviate diaper rash in pediatric population / V. Angert. - Oncol Nurs Forum, 1998. – p. 472.
8. Herbert J. The prevention and treatment of nappy rash. Some fresh insights into an old problem / J. Herbert. - Prof Care Mother Child, 1997. – p.67–70.
9. Andersen P.H. Faecal enzymes: in vivo human skin irritation / P.H. Andersen, A.P. Bucher, I. Saeed. - Contact Dermatitis, 1994. - 30 (3). – p.152.
10. Hermoso F. Evolution of nappy dermatitis in the general infant population / F. Hermoso. – Submitted, 1998.

УДК 616.83-022.7

## НЕЙРОИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА МАТЕРИАЛЕ ДГКИБ г. АЛМАТЫ

УТЕГЕНОВА Н.А.

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

### Резюме

Таким образом, последствия перенесенных нейроинфекций связано с рядом факторов: преморбидным состоянием больного, возрастом его в момент заболевания, сроками диагностики и начала лечения, методами лечения, тяжестью патологического процесса. Благодаря использованию современных методов обследований (МРТ г.м., ПЦР ликвора, ИФА) улучшается диагностика нейроинфекций. Своевременно начатая терапия с использованием новых эффективных препаратов улучшает в последующем качество жизни пациентов.

### Тұжырым

Сайып келгенде, нейроинфекциялардың зардаптары нақты дәлелдермен анықталады: ауру, аурудың преморбидтік күйі, жас шамасы кезіндегі ауруға шалдыққан диагностиканың мерзімімен емдеу, емдеудің әдістері, патологиялық процесстің күрделенуі. Қазіргі таңдағы зерттеу тәсілдерін пайдалану барысында нейроинфекцияның жақсартады. (МРТ г.м., ПЦР ликвора, ИФА) Әсерлі препараттарды уақытында емделу кезінде пайдалану, жаңадан басталған емделушілер келесі тұрмыс-жағдайынның сапасын жақсартады.

### Summary

Thus, the impacts of neuroinfections are due to several factors: premorbid condition of the patient, age at the time of illness, dates of diagnosis and initiation of treatment, methods of treatment, the severity of the pathological process. Due to the use of modern methods of tests (MRI, GM, CSF PCR, ELISA) diagnosis of neuroinfections is improved. Timely treatment with the use of new effective drugs in the future improves the quality of life for patients.

Острые инфекционные поражения головного мозга являются актуальной проблемой в связи с высоким удельным весом этих нозологий в структуре патологии нервной системы. Летальность при этих поражениях занимает 2 место после острых сосудистых нарушений головного мозга, достигая 10-70% от числа заболевших. Известно, что даже благоприятно закончившиеся инфекции ЦНС у детей оставляют в последующем свои последствия. Использование современных методов в диагностике нейроинфекции помогает расшифровке этиологии, своевременной диагностике и терапии этих заболеваний.

Нейроинфекции – это острые инфекционные поражения оболочек и/или вещества головного и спинного мозга. Возбудителями могут быть вирусы, бактерии, паразиты и грибы. К ним относятся бактериальные менингиты и менингоэнцефалиты, вирусные менингиты и менингоэнцефалиты, вторичные энцефалиты на фоне экзантемных инфекции, острый полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания, энцефаломиелиты и миелиты, полирадикулоневриты, ботулизм.

На базе детской инфекционной больницы за 1 год (2010г.) в отделении нейроинфекции пролечено 47 детей с менингококковой инфекцией, гнойный менингит неуточненной этиологией 42, гнойный менингоэн-

цефалит неуточненной этиологией 11, Hib –менингоэнцефалит 1, пневмококковый менингоэнцефалит 3, серозный менингит 122, туберкулезный менингит 1, вирусные энцефалиты 6 – из них герпетический 3, клещевой энцефалит 3, синдром Гийена-Барре 3, ветряночный менингоэнцефалит 2, листериозный менингит 1.

Если посмотрим структуру менингококковой инфекции, то среди них менингит составил 27,65% (13больных), менингококкемия 19,14% (9 больных), менингит +менингококкемия 2,12% (1больной), менингоэнцефалит 2,12% (1больной), назофарингит 2,12% (1больной). По возрастной структуре преобладали дети до 1 года 40% (19 детей), от 1 до 3 лет 34% (16 детей), с 3 до 7 лет 20% (9 детей), с 7 до 14 лет 6% (3 детей).

В целом клиническая картина менингитов имеет много общего. В большинстве случаев заболевание начиналось остро, с подъема температуры до 38-40С, рвоты многократной несвязанной с приемом пищи, головной боли, гиперестезии, положительных менингеальных знаков: ригидности мышц затылка, симптомов Кернига, Брудзинского, Лессажа. У маленьких детей отмечался монотонный плач, выгибание головы назад, напряжение и выбухание большого родничка. В последующем отмечаются судороги генерализованные или парциальные чаще при гнойных менингитах. Степень

нарушения сознания варьирует от сомналентности до комы. В дальнейшем если возникает очаговая симптоматика (поражение черепно-мозговых нервов, гемипарезы, патологические знаки) развивается менингоэнцефалит. Среди гнойных менингоэнцефалитов тяжело протекал менингококковый, пневмококковый и менингоэнцефалит, вызванный *H. influenzae*. Вышеуказанные менингоэнцефалиты встречались у детей до 1 года (3 мес, 6 мес., 8 мес.). Сопровождались длительной лихорадкой, волнообразным торпидным течением, медленной санацией ликвора, неоднократными судорогами, осложнениями в виде субдурального выпота, вентрикулитом (проводилось МТР г.м. неоднократно.). Этиология вышеуказанных менингоэнцефалитов подтверждена бактериологически. При 2 случаях менингококкового менингоэнцефалита (дети до 2 лет) отмечалась гидроцефалия (МРТ г.м.), 1 случай (2,5г) формирование нейросенсорной тугоухости.

Серьезные менингиты (чаще энтеровирусные) протекали в основном в среднетяжелой форме в летнее время или ближе к осени. Санация ликвора отмечалась на 10-12 день госпитализации, выписывались с улучшением. По возрастным показателям чаще встречались у детей в возрасте 7-14 лет (45% -55 детей). В лечении в основном применялась дегидратационная терапия, нейропротекторы, антибиотики строго по показаниям.

Герпетические энцефалиты по возрастной структуре встречались у детей до 1 года. Клинический симптомакомплекс складывался из острого инфекционного начала заболевания, с фебрильной температуры, судорожного синдрома со статусным течением (парциальные со вторичной генерализацией), очаговой симптоматикой, комы 1-2 степени. Подтверждены лабораторно - ПЦР ликвора на ВПГ-1 положителен. В двух случаях в ЦСЖ воспалительные изменения были серозного характера, в одном случае изменение в ЦСЖ не отмечалось. МРТ г.м. характеризовалось двухсторонним вовлечение г.м., массивным поражением серого вещества с атрофическими процессами в коре г.м. Исход герпетических энцефалитов неблагоприятный. Хроническое вегетативное состояние сформировалось в одном случае, в двух случаях стойкие двигательные нарушения (спастический тетрапарез, гемипарез). У всех отмечалась симптоматическая эпилепсия. Во всех случаях применялась этиотропная терапия ацикловир (зовиракс) 30 мг/кг в сутки внутривенно №14-28 дней.

Клещевой энцефалит протекал в одном случае в виде лихорадочной формы, в двух случаях в виде менингоэнцефалитической с двигательными нарушениями (гемипарез, атактический синдром). При постановке диагноза учитывались эпидемиологические данные (присасывание клеща, эндемичность природного очага, весенне-летняя сезонность), клинические данные, лабораторное подтверждение ИФА на арбови-

русы (обнаружены антитела класса Ig M). С лечебной целью применялся противоклещевой иммуноглобулин.

Синдром Гийена-Барре или острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (3 случая) клинически проявлялась болевым синдромом, поражение носило симметричный характер, нарушение чувствительности по периферическому типу в виде «перчаток» и «носок», вялыми параличами конечностей, вегетативными нарушениями. В двух случаях в анамнезе 3-4 недели назад перенесли вирусную инфекцию, в одном случае кишечную инфекцию. Всем проводилась люмбальная пункция – только в одном случае отмечалась белково-клеточная диссоциация. У девочки 7 лет отмечался восходящий тип паралича – синдром Гийена-Барре-Ландри. Находилась на аппаратной вентиляции в связи с нарастанием бульбарных нарушений с дыхательными расстройствами. У другой больной этого же возраста со стороны черепно-мозговых нервов отмечалась диплегия лицевых нервов. В терапии использовались специфические методы лечения программный плазмаферез и впервые внутривенная пульс терапия иммуноглобулинами класса G «Octagam» 0,4 г/кг №5, доказавшая свою эффективность в сериях больших контролируемых исследованиях. Иммуноглобулины быстрее из организма удаляют аутоантитела, приводящие к повреждению миелиновых оболочек нервов тем самым повышая шанс на полное восстановление нарушенных функции. Среди вторичных менингоэнцефалитов на фоне экзантемных инфекций было два случая ветряночного менингоэнцефалита. Энцефалитическая симптоматика возникла на 5-8 день от начала ветряной оспы. Начиналось с появления общемозговых симптомов в виде головной боли, рвоты и мозжечковых нарушений (легкая атаксия, интенционный тремор, скандированная речь). В ликворе отмечался лимфоцитарный цитоз с повышением белка. Проводилась противовирусная терапия (внутривенно ацикловир 30 мг/кг в сутки № 14 затем с переходом на пероральную форму №7). Исход ветряночных энцефалитов был благоприятный.

У одного больного с подтвержденным диагнозом листериоз отмечался менингит. Кроме клиники менингита наблюдалось увеличение размеров лимфатических узлов, в гемограмме: лейкоцитоз, моноцитоз, повышенная СОЭ. В ликворе выявлялся нейтрофильный цитоз с незначительным повышением белка. Выписан с улучшением.

#### Список использованной литературы:

1. А.П.Зинченко «Острые нейроинфекции у детей» Ленинград «Медицина» Ленинградское отделение 1986г.
2. Ж.Р.Идрисова «Острые нейроинфекции в детском возрасте: диагностика, клиника и лечение» Алматы, 2008г.

## ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ

УТЕГЕНОВА Н.А.

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

### Резюме

Таким образом, герпетический энцефалит при низкой заболеваемости вызывает тяжелые поражения ЦНС с высоким уровнем летальности и большой частотой неврологических осложнений инвалидизирующего характера.

### Тұжырым

Сайып келгенде, төмен деңгейдегі герпетиялық энцефалит жоғары жүйке жүйенің қиын жағдайына әкеліп соқтырып өлім-жітіммен қоса мүгедекке келтіретін неврологиялық сипаттамасы болып негізделеді.

### Summary

Thus, herpes encephalitis at a low incidence causes severe with complications on CNS with high mortality and high rate of disabling neurological complications.

Среди первичных вирусных энцефалитов с энцефалокластическим (некротическим) типом поражения мозга ведущее место занимает герпетический, вызываемый вирусом простого герпеса 1 типа (HSV-1). По данным Е.В.Лещинской (1990) в детском возрасте чаще заболевают лица до 4 лет. Частота герпетических энцефалитов достигает 2-4 случаев на 1 млн. населения в год.

Как и другие нейротропные вирусы HSV-1 вирус проникает в центральную нервную систему двумя путями. Первый путь – это гематогенный, когда вирус реплицированный на слизистой оболочке верхних дыхательных путей и ротовой полости через системный кровоток достигает мозговых капилляров и проникает через гематоэнцефалический барьер. Второй путь наиболее значимый для HSV-1 инфекции – это распространение вируса по оболочке черепных нервов, обонятельному тракту с током периневральной жидкости непосредственно в мозг.

Морфологически при герпетическом энцефалите выявляются массивные некрозы с размягчением вещества мозга, а в тяжелых случаях необратимая гибель нейронов и глиальных элементов.

**Клиническая картина.** Начало энцефалита обычно острое с высокой лихорадкой (температура 38-40) и общей интоксикацией. Иногда наблюдаются катаральные явления верхних дыхательных путей. Предвестники в виде герпетических высыпаний на коже и слизистых оболочках малохарактерны для дебюта заболевания. Неврологическая симптоматика отмечается уже в 1-2-й день болезни. Состояние больных прогрессивно ухудшается, признаки поражения нервной системы нарастают как за счет общемозговой, так и очаговой симптоматики. В разгар

болезни на первый план в клинической картине у детей выступают общемозговые симптомы в виде нарушения сознания, эпилептических приступов. Изменение сознания начинается с вялости, сонливости, загруженности, затем в короткие сроки утрачивается полностью вплоть до комы.

Эпилептические приступы относятся к одним из наиболее типичных проявлений герпетического энцефалита в детском возрасте. Часто у детей заболевание дебютирует серией приступов вплоть до развития эпилептического статуса. В 80% случаев наблюдаются парциальные приступы и в 20% - вторично-генерализованные. Характерной особенностью для герпетических энцефалитов является резистентность эпилептических приступов к противосудорожной терапии.

Менингеальный синдром, как правило, выражен умеренно. Основным очаговым поражением нервной системы, формирующим клиническую картину острого энцефалита является «рассасывание» одной или нескольких долей большого мозга. Это проявляется наиболее часто центральными параличами и гемипарезами, иногда в сочетании с поражением черепно-мозговых нервов. В наиболее тяжелых протекающих случаях отмечаются спастические тетрапарезы.

Первыми признаками некоторого улучшения в состоянии больных является урежение или прекращение эпилептических приступов и прояснение сознания. Длительность комы колеблется от 2-3 до 14-15 дней. Во всех случаях с летальным исходом больные до конца остаются в коматозном состоянии. По выходе из комы на первый план в клинической картине герпетического энцефалита выступают

интеллектуально-мнестические нарушения.

У больных наблюдается амнезия, как ретроградная, так и фиксированная, полная или частичная утрата ранее приобретенных знаний и навыков, обеднение речи и регресс поведения в целом. В тяжелых случаях у больных констатируется хроническое вегетативное состояние. Благодаря сохранности стволовых функций такие больные могут жить в течение многих лет. Наиболее неблагоприятными в прогностическом отношении являются случаи с исходом в декортикацию.

Выявляется связь между длительностью комы, выраженностью эпилептического синдрома и возрастом заболевших. По литературным данным чем меньше возраст детей с герпетическим энцефалитом, тем больше продолжительность комы и чаще отмечается эпилептический статус. Нейровизуализационные данные отражают двухсторонний, распространенный характер процесса у более младших детей (до 1,5 года).

**Диагностика.** В клинической картине ведущими симптомами являются парциальные судороги, кома, очаговое поражение мозга.

Вирусологическая диагностика – исследование парных сывороток и проб цереброспинальной жидкости на антитела к HSV-1 классов IgM и IgG методом ИФА; ПЦР-диагностика: цереброспинальная жидкость и кровь, взятые в первые дни заболеваний, необходимо исследовать на ДНК герпес-вирусов (HSV-1, HSV-2, CMV, EBV, VVZ) трехкратно. Нейровизуализация: очаговое поражение коры полушарий большого мозга и подкорковых образований.

**Лечение.** Лечение герпетического энцефалита проводится, как правило, в условиях отделения интенсивной терапии. Основным препаратом является ацикловир (зовиракс, виroleкс), специфически действующий на вирус простого герпеса и позволяющий значительно улучшить прогноз при данной инфекции. Ацикловир назначают в дозе 30 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно капельно 14-28 дней. Проводить специфическую терапию при подозрении на герпетическую природу энцефалита необходимо с первых часов поступления больного в стационар, так как препарат максимально эффективен до возникновения некрозов. Важное значение имеет патогенетическая и симптоматическая терапия, направленная на поддержание дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, водно-электролитного баланса, профилактику и лечение вторичных бактериальных и трофических осложнений; противосудорожная, дегидратационная терапия.

Приводим клинический случай герпетического энцефалита. Больной С, 8 месяцев, родился от 1 беременности, протекавшей на фоне

анемии, дрожжевого кольпита, хронического пиелонефрита, отеков и повышения АД с 36 недель беременности, герпетических высыпаний на губах на 12-13 неделе беременности. Роды в сроке 36-40 недель, самостоятельные, закричал сразу, вес при рождении 3 кг. Профилактические прививки по календарю, задержки в развитии нет. Поступает в стационар на 4 день болезни. Заболел остро – подъем температуры до 38-39 С, жидкий стул до 8 раз, на 3 день присоединилась рвота пищей, водой; температура удерживалась на субфебрильных цифрах. На 4 день на фоне нормальной температуры отмечаются клонические судороги в правой руке, парез взора вправо длительностью 2-3 минуты. Судороги дома были дважды с промежутком 2 часа. 2 недели назад со слов родителей ребенок сильно упал с ходунков и ударила лбом. Учитывая анамнез для исключения черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения направлен на консультацию к нейрохирургу. Проведена КТ головного мозга, осмотрен нейрохирургом - исключена вышеуказанная патология. Госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом «Энтеровирусная инфекция. Перинатальная энцефалопатия. Эписиндром». Назначена антибактериальная, дегидратационная, противосудорожная терапия (конвулекс из расчета 15 мг/кг). На второй день госпитализации отмечаются повторные судороги парциальные в правой руке, мимической мускулатуры справа с вторичной генерализацией (тонико-клонические судороги) длительностью 3 минуты. Переводится в отделение реанимации. Осмотрен невропатологом - сознание кома 1 степени, отмечается очаговая симптоматика: птоз справа, опущение угла рта справа, снижение мышечного тонуса справа, патологические знаки – спонтанный Бабинский, Россоломо, Гордона справа. Менингеальные знаки отрицательны. Выставлен диагноз «вирусный менингоэнцефалит? Кома 1-2 степени». Рекомендовано: люмбальная пункция, МРТ головного мозга; ИФА крови и ПЦР ликвора на вирусы простого герпеса, цитомегаловируса, краснухи. На 3 день госпитализации в ОРИТ многократные генерализованные тонико-клонические судороги. 5 дней находился на продленной интубации трахеи с подачей увлажненного кислорода. На 17 день госпитализации идет восстановление сознания. Сохраняется сонливость. Реагирует на болевой раздражитель, кашлевой рефлекс сохраняется, глотает медленно – поперхиваний нет. Открывает глаза. Зрачки D=S, фотореакция вялая. Взгляд не фиксирует, не прослеживает. Периодически горизонтальный нистагм. Сходящийся страбизм больше слева. Голову не удерживает. Ручки сжаты в кулачки с паретичной установкой. Мышечный тонус повышен больше справа.

Сухожильные рефлексы повышены больше справа. Брюшные рефлексы D=S снижены. Менингеальные знаки отрицательны. Вегетативные нарушения в виде мраморности кожных покровов, похолодания конечностей. Периодически поза децебрационной ригидности. Проведено следующее обследование: на 8 день госпитализации МРТ г.м. заключение: диффузное очаговое поражение белого вещества мозга. Более вероятно лейкоэнцефалит. На 35 день МРТ г.м. заключение: атрофические изменения г.м. Картина диффузного токсико-ишемического поражения г.м. с явлениями энцефаломалации в височно-теменных областях со вторичным геморрагическим пропитыванием тканей. Рентгенография грудной клетки: двусторонняя бронхопневмония. На УЗИ г.м.: диффузные изменения паренхимы г.м., отек г.м. Ликвор на 2 день госпитализации: 8 клеток лимфоцитарный 100% белок 0,237; на 10 день госпитализации показатели без отклонений. ПЦР ликвора ВПГ тип 1 положителен. Осмотрен окулистом – ангиопатия сосудов сетчатки по гипоксическому типу. В гемограмме за весь период госпитализации воспалительного процесса не отмечалась, сохранялась анемия 1 степени. Биохимические анализы крови и общий анализ мочи без патологии.

На основании острого инфекционного процесса, парциальных судорог со вторичной генерализацией, комы 1-2 степени, очаговой

симптоматики, ПЦР ликвора ВПГ тип 1 положителен, изменении на МРТ г.м. выставлен клинический диагноз «Герпетический энцефалит, тяжелая форма. Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. Грубый психоорганический синдром. Сопутствующий диагноз: ОВБИ. 2-х сторонняя бронхопневмония. Острый гастроэнтероколит, среднетяжелая форма. Проведена следующая терапия: гормонотерапия – метипред из расчета 10 мг/кг в сутки, дексаметазон; противовирусная терапия – ацикловир из расчета 30 мг/кг в сутки №21 через каждые 8 часов, затем перорально 7 дней, виферон свечи ректально; противосудорожная терапия конвулекс из расчета 30 мг/кг в сутки, дегидратационная терапия, антибактериальная терапия, патогенетическая, симптоматическая терапия, ноотропные препараты. На 46 день госпитализации ребенок переведен в неврологический стационар на реабилитацию.

#### **Список использованной литературы:**

1. Ж.Р.Идрисова «Острые нейроинфекции в детском возрасте: диагностика, клиника и лечение» Алматы, 2008г.
2. А.С.Петрухин «Неврология детского возраста» Москва «Медицина» 2004г.

## ВНУТРИУТРОБНАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ДУЙСЕНБАЕВА Р.А. ЛУЗИН А.М.

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

### Резюме

В данной статье дана информация о внутриутробной цитомегаловирусной инфекции.

### Тұжырым

Мақалада құрсақ ішіндегі цитомегаловирустік жұқпасы туралы ақпарат берілген.

### Summary

This article provides information about fetal cytomegalovirus infection.

Cytomegalia или цитомегаловирусная инфекция у детей - общее инфекционное заболевание, вызываемая герпесвирусом человека, характеризующееся многообразием форм (от бессимптомных до генерализованных), морфологически проявляющееся образованием в слюнных железах, висцеральных органах и ЦНС цитомегалов - гигантских клеток с типичными внутриядерными и цитоплазматическими включениями.

**Этиология.** Возбудитель (Cytomegalovirus hominis) (ЦМВ) относится к 3-герпесвирусам-медленно размножающимся вирусам, вызывающим цитомегалию клеток и латентную инфекцию в слюнных железах и почках. Вирион содержит ДНК, имеет диаметр 120-180 нм, хорошо культивируется в культуре фибробластов эмбриона человека. Размножающиеся вирусы оказывают цитопатическое действие с образованием гигантских клеток (ци-томегалов) диаметром до 25-40 мкм (вследствие увеличения ядра и цитоплазмы). Возбудитель обладает слабым интерферогенным действием, высоко видоспецифичен (вызывает заболевание только у человека). Особенно чувствительны к цитомегаловирусу клетки плода и новорожденных.

**Источник инфекции** - человек (больной и вирусоноситель). **Пути передачи** - воздушно-капельный, парентеральный, контактно-бытовой (в том числе при непосредственном контакте со слюной), половой, вертикальный. Заражение может произойти трансплacentарно, интранатально, постнатально. Факторами передачи являются различные биологические жидкости человека: кровь, моча, слюна, слезы, вагинальный секрет, сперма, грудное молоко; амниотическая жидкость; фекалии; ткани и органы, используемые при трансплантации. Восприимчивость к ЦМВ высокая. О широком распространении инфекции свидетельствует наличие специфических антител у 50-80% взрослых. Инфицированные остаются вирусоносителями в течение всей

жизни (латентное персистирование вируса). Особенно часто (до 90%) инфицированы реципиенты органов и дети, получающие гемотранфузии.

**Клиника.** Инкубационный период колеблется от 15 дней до 3мес. Различают врожденную и приобретенную цитомегалию. Врожденная цитомегалия, как правило бывает генерализованной с поражением многих органов и систем. Приобретенная цитомегалия у детей раннего возраста может протекать с преимущественным поражением легких, ЦНС, желудочно-кишечного тракта, почек или печени. Течение приобретенной цитомегалии длительное, волнообразное. При генерализованном характере болезни возможен неблагоприятный исход

**Диагностика.** Опорно-диагностические признаки цитомегаловирусной инфекции: группу риска составляют: новорожденные, реципиенты органов и крови, гомосексуалисты, внутривенные наркоманы, проститутки, больные с иммунодефицитными состояниями разной этиологии (в том числе ВИЧ-инфицированные), медицинские работники (реаниматологи, акушеры и др.); синдром интоксикации; сиалоаденит; полиморфизм клинической симптоматики.

**Лабораторная диагностика.** Используют вирусологический метод - обнаружение вируса и его антигенов в моче, слюне, вагинальном секрете и других биологических жидкостях, биоптатах органов. Для этого используют культуры фибробластов легкого эмбриона человека. Молекулярные методы - молекулярной гибридизации, ПЦР (полимеразная цепная реакция) - используют с целью обнаружения ДНК вируса. Цитоскопия осадков мочи и слюны, цервикального и влагалищного секретов позволяет выявить характерные цитомегалы с крупным ядром и узкой каймой цитоплазмы («совиный глаз»).

С целью серологической диагностики применяют

иммуноферментный анализ (ИФА), в том числе реакцию энзиммеченных антител (РЭМА); реакцию иммунофлюоресценции (РИФ), радиоиммунный метод (РИМ), реакцию связывания комплемента (РСК). Для диагностики врожденной ЦМВИ используют определение антител класса IgM методом ИФА или РИМ. Выявление IgG в сыворотке крови новорожденного может свидетельствовать о пассивном транспорте материнских иммуноглобулинов и требует повторного исследования в 1, 3 и 6 мес. При снижении титров IgG в динамике врожденную цитомегалию следует исключить. С целью пренатальной диагностики инфекции проводят УЗИ плода: обнаружение внутричерепных кальцификатов может свидетельствовать о врожденной инфекции.

**Дифференциальную диагностику** следует проводить с инфекционным мононуклеозом, токсоплазмозом, вирусными гепатитами, эпидемическим паротитом, сепсисом, острым лейкозом, злокачественными опухолями, туберкулезом, лимфогранулематозом, гемолитической болезнью новорожденных.

**Лечение.** Характер режима и диеты зависит от возраста ребенка, тяжести и локализации патологического процесса. Этиотропная терапия включает применение противовирусных препаратов - ганцикловира, фосфоноформата (фоскарнета), специфического иммуноглобулина (цитотект, нецитотект). Этиотропные средства назначают больным тяжелыми формами ЦМВИ, а также детям с сопутствующими заболеваниями. Патогенетическая и симптоматическая терапия определяется локализацией патологического процесса. Для лечения больных генерализованными формами используют преднизолон (2-5 мг/кг массы тела в сутки). Антибиотики назначают при наложении вторичной бактериальной флоры. В связи с иммуносупрессивным действием вируса показано назначение иммуномодуляторов (под контролем иммунограммы).

Приводим случай внутриутробной ЦМВИ у ребенка 1,5мес. Больной Е. Ернар, казах (г.Алматы) от 1-ой беременности протекавшей на фоне анемии Iст,токсикоза в первом триместре, пиелонефрита, отеков с 7-го месяца беременности ,в 16 недель перенесла ОРВИ, роды при сроке беременности 39-40недель самостоятельные. Родился с весом 4300гр, рост-53см, закричал сразу, к груди приложен через 30мин., пупочный остаток отпал на 3-ий д.ж.,мокнущия не отмечалось, из рдома выписан на 5-ый д.ж. В род.доме получил из прививок БЦЖ,ОПВ,ВГВ1.Состоит на учете у невропатолога по перинатальному поражению ЦНС гипоксического генеза. До этого ничем не болел. Ребенок по поводу перинатального поражения ЦНС в месячном возрасте прошел курс лечения в отделении неврологии. Так как у матери ребенка во время беременности отмечалась (+) ИФА Ig G на ЦМВИ, мать

и ребенок были обследованы (взята кровь и моча на ПЦР на ЦМВИ) результаты у матери и ребенка оказались положительными. Ребенок по направлению участкового врача поступает в ДГКБ для получения специфического лечения нецитотектом(родители сами приобрели этот препарат на свои средства).

Состояние при поступлении тяжелое за счет интоксикации, фоновой патологии. Вяловат, бледен. При беспокойстве отмечается тремор подбородка, в ручках, мраморность кожного рисунка. Большой родничок 2,5x2,5см на уровне костных краев. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Грудь берет активно, периодически отмечается срыгивание. Кожа и видимые слизистые чистые, розовые. Рефлексы врожденного автоматизма вызываются, опора на носочки. В ротоглотке чисто. В легких бронховезикулярное дыхание, хрипы не выслушивались. Тоны сердца умеренно приглушены, короткий систолический на верхушке. Живот мягкий, печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не увеличена, стул разжижен, непереваренный, желтый, мочеиспускание свободное. При обследовании: в ОАК- анемия гипохромная Iстепени-эр-3,50,гем-102, ц.п-0,8,СОЭ-15мм/ч. Бх показатели- общий билирубин и его фракции, трансаминазы, тимоловая в норме. ОАМ- без патологии. В копрограмме явления ферментопатии, дисбиоза кишечника. Ребенок консультирован невропатологом: ВУИ (ЦМВИ).Перинатальная постгипоксически-ишемическая энцефалопатия. Пирамидная недостаточность. Кардиологом: транзиторная фетальная коммуникация - открытое овальное окошко. Проведено лечение:виферон-1 ректально 2 раза в день-6дней, специфический иммуноглобулин (нецитотект) по 10мл в\в кап-но через дозатор№3, пробиотики (хилак-форте), ноофен.

**Заключение.** Данный случай интересен тем, что ребенку своевременно выставлен диагноз внутриутробной ЦМВИ и проведена специфическая терапия –нецитотектом, при применении которого в организме сдерживается распространение ЦМВИ и снижается дальнейшая его репликация, тем самым у данного ребенка не произойдет генерализации процесса и ускорится наступление полного выздоровления. Следует также заметить, что необходимо решить вопрос о регистрации в РК препаратов «Цитотект» и «Нецитотект» и ввести их в протоколы лечения.

#### **Список использованной литературы:**

1. Гриноу А.,Осборн Дж.,Сазерленд Ш.Врожденные перинатальные и неонатальные инфекции. Перевод с англ.М.:Медицина- 2000
2. Перинатальные инфекции под редакцией А.Я.Сенчука, З.М.Дубоссарской. Медицинское информационное агентство. Москва-2005.

УДК 618.29-036.8+616-053.3-036.8-084(574.23)

**ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПЕРИНАТАЛЬНОМУ УХОДУ В СТРУКТУРЕ  
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО г. КОКШЕТАУ**

САЛИКОВА Л.Т.

ГККП «Городская женская консультация» г. Кокшетау

**Резюме**

К сожалению, большинство женщин детородного возраста обращаются к врачам только тогда, когда возникают осложнения с беременностью. Хотя, это серьезно увеличивает риск угрозы для здоровья, как для матери, так и для плода. Только ответственное отношение женщин к планированию беременности совместно с консультацией и наблюдением акушеров-гинекологов поможет избежать трагического исхода.

**Тұжырым**

Өкінішке орай, дүниеге сәби әкелетін жас шамасы әр түрлі әйелдерінің көпшілігі жүктілік кезінде ғана дәрігерге қаралады, бар қиындықтар жүктілік кезінде пайда болады. Жүктілік пен қиыншылық ана мен жатырдағы баланың денсаулығына тәуекел туғызады. Жүктілік жоспарлау кезінде әйелдерінің тек қана жауапты қатынасы кеңес беру мен қатар акушерлер мен гинекологтардың бақылаумен қайғылы нәтижеден құтылуға көмектеседі.

**Summary**

Unfortunately, most women of childbearing age are going to doctors only when they have complications with their pregnancy. However, this increases the risk of serious health risks for both mother and fetus. Only a responsible attitude to planning pregnancy with advice and supervision of obstetricians and gynecologists will help women avoid a tragic outcome.

Укрепление здоровья нации и улучшение демографической ситуации в стране является частью государственной политики в Республики Казахстан, в этой связи особую значимость в стране приобретает проблема материнства и детства. Одной из главных составляющих этой важной государственной проблемы является здоровье беременных женщин, снижение перинатальной смертности. В решении этих проблем одной из главных направлений государства является внедрения новых технологий по перинатальному уходу, в структуре перинатальной смертности.

Перинатальный период начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения. Перинатальная смертность (далее - ПС) включает мертворождаемость (смерть наступила до родов или в родах) и раннюю неонатальную смертность (смерть наступила в течение 168 ч после рождения ребенка). Показатель вычисляют по отдельным административным территориям (республика, область, город, район) за календарный год, 6 месяцев, квартал согласно общепринятой методике.

Таблица 1. Показатели перинатальной смертности по регионам

<b>РЕГИОН</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Республика Казахстан</b>	<b>19,4</b>	<b>18,2</b>
<b>Ақмолинская область</b>	<b>18,5</b>	<b>16,3</b>
<b>Кокшетау</b>	<b>22</b>	<b>13</b>

Динамика снижения показателя перинатальной смертности по республике свидетельствует об улучшении качества предоставляемой медицинской помощи, что связано с внедрением эффективных новых технологий по перинатальному уходу, обучение акушеров-гинекологов, неонатологов за рубежом, в ННЦМиД, проведе

ние обучения с выездными тренингами специалистами ВОЗ в перинатальный центры.

Анализируя данные перинатальной смертности по г. Кокшетау за 2009 год (47-21%) и за 2010 годы (27-13%) также отмечено снижение ПС. Большую роль в снижении показателя перинатальной смертности

играет широкое применение мониторингового слежения за состоянием плода и совершенствование службы реанимации новорожденных и выхаживания маловесных и незрелых детей.

Кроме того, надо отметить, что в структуре причин перинатальной смертности роль врожденной пневмонии в последнее время начинает несколько снижаться, что обусловлено своевременным началом

лечения новорожденных от матерей группы риска внутриутробной инфекции, а также применением современных технологий, позволяющих снизить летальность. Большое значение для снижения этой патологии имеет диагностика инфекции у беременных и своевременное и качественное их лечение.

Таблица 2. В структуре преждевременных родов ПС по срокам беременности отмечается уменьшение количества перинатальной смертности

Срок беременности	Всего	до 28 недель	28-31 недель	32-36 недель
2009	27	10	9	8
2010	23	13	4	6

Отмечается закономерность, что чем ниже срок гестации, тем выше перинатальная смертность.

Таблица 3. Группировка случаев перинатальной смертности по срокам беременности (в %)

	Всего	до 28 недель	29-31 недель	32-36 недель	37-41 неделя	42 недели и больше
Умершие (0-7 суток)	15-100	6-40	2-13,3	5-33,3	2-13,3	-
Мертворожденные	12-100	6-50	2-16,6	2-16,6	2-16,6	-
Всего	27-100	12-44,4	4-14,8	7-25,9	4-14,8	-

В 12 случаях зарегистрирована перинатальная смертность до 28 недель по новым критериям живо и мертворождений, и в 15 случаях с 28-41 недель беременности.

Выборочными данными установлена четкая зависимость уровня перинатальной смертности, мертворождаемости, ранней неонатальной смертности от массы тела при рождении. Наиболее высокие показа

тели перинатальной смертности характерны для детей с массой тела до 1000 г(11-40,7%). В последующих весовых группах перинатальная смертность заметно снижается. Показатели перинатальной смертности при массе тела плода от 3000 минимальны (4-14,8%). Эта закономерность наблюдается как при мертворождении, так и при ранней неонатальной смертности.

Таблица 4. Группировка по массе тела в структуре перинатальной смертности (в %)

	Всего	500-999	1.000-1.499	1.500-1.999	2.000-2.999	2.500-2.999	> 3.000
Умершие (0-7 суток)	15-100	4-26,6	4-26,6	2-13,3	3-20	-	2-13,3
Мертворожденные	12-100	7-58,3	2-16,6	1-8,3	-	-	2-16,6
Всего	27-40,7	11-40,7	6-22,2	3-11,1	3-11,1	0	4-14,8

Величина показателя перинатальной смертности в определенной мере зависит от уровня материально-технического оснащения акушерских стационаров и методов антенатальной охраны плода. Так, анализ

статистики перинатальной смертности по ряду территорий свидетельствует, что при внедрении современных методов слежения за состоянием плода уровень данного показателя значительно снижается. Для оцен-

ки уровня оказания акушерской, реанимационной и интенсивной помощи новорожденным имеет значение структурное соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности среди всех перинатальных потерь. Увеличение доли мертворожденных при одном и том же уровне перинатальных потерь может указывать на недостаточную антенатальную охрану плода, недочеты в ведении родов и реанимационной помощи новорожденным.

В структуре перинатальной смертности по г.Кокшетау составляют преждевременные роды – 23, по новым критериям живо-, и, мертворождений зарегистрировано – 12 случаев, из этого можно сделать вывод, что регистрация по международным критериям

играет значительную роль.

Причину высокой перинатальной смертности нужно искать в качестве:

- наблюдения беременных женщин в женской консультации;
- проведения ППП к родам с беременными женщинами и членами их семей;
- наблюдения девочек в детском возрасте, а особенно в подростковом периоде;
- проведения санитарно-просветительской работы с подростками по вопросам контрацепции и подготовки к возможному материнству.

УДК 618.3-06:616.1/6-084(574.23)

## ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО г. КОКШЕТАУ

САЛИКОВА Л.Т.

ГККП «Городская женская консультация», г. Кокшетау

### Резюме

Таким образом, правильное ведение женщин с экстрагенитальной патологией является залогом благополучного исхода беременности для матери и плода.

### Тұжырым

Сайып келгенде, шұғыл ұрпақ өрбіту ағзаларының патологиясы бар әйелдерді дұрыс жүргізу нәтижесінде аман есен жүктілік және жатырдың амандық кепілі болып табылады.

### Summary

Thus, appropriate management of women with extragenital pathology is the key to a successful pregnancy outcome for mother and fetus.

Не секрет, что для органов здравоохранения и для общественности на сегодняшний день особо актуальным становится забота о репродуктивном здоровье. Ведь это важнейшая составляющая общего здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом. На сегодня экстрагенитальные заболевания (далее - ЭГЗ) являются серьезной преградой на пути к этому. Так как занимает одно из ведущих мест в материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Экстрагенитальная патология может быть хроническим преморбитным фоном и может впервые манифестировать во время беременности на высоте напряжения адаптационных механизмов. Раннее

выявление экстрагенитальной патологии в условиях женской консультации важно для профилактики акушерской патологии у женщины и перинатальной патологии у новорожденных, так как экстрагенитальные заболевания значительно повышают риск предстоящих родов. В настоящее время при большинстве экстрагенитальных патологиях возможно благополучно провести беременность и роды при условии (!) правильного наблюдения за женщиной во время беременности, а при необходимости и назначении специального лечения. Один из путей сохранения здоровья матери и ребенка состоит в своевременном выявлении заболеваний, правильном ведении беременных совместно специалистами и акушер-гинекологами. В связи с этим в прошлом году в Акмолинской области создан

АПТ – комплекс (акушерско- педиатрическо-терапевтический комплекс), с разработанным планом мероприятий по преемственности этих служб.

Основные функции комплекса при работе с беременными являются:

- решение вопроса о необходимости госпитализации беременной в профильные отделения;
- дообследование больной с целью уточнения или постановки диагноза;
- уточнение плана ведения данной беременности, сроков проведения профилактических (лечебных) курсов или сроков дополнительного обследования;
- выбор методов терапии, уточнение лечебных доз препаратов;
- установление сроков госпитализации в терапевтический стационар по месту жительства беременной, в Акмолинскую областную больницу, при необходимо-

сти в Национальный Научный Центр Материнства и Детства. Многие экстрагенитальные заболевания тяжело осложняют течение беременности, родов и послеродового периода, неблагоприятно сказываясь на развитии плода, являются высоким фактором риска перинатальной и акушерской патологии. Организация помощи беременным, имеющим экстрагенитальные заболевания требует постоянного совершенствования. Особенно важна она для женщин с сердечно-сосудистой, эндокринной патологией, заболеваниями почек. В последние годы по Акмолинской области частота экстрагенитальной патологии составляет 7271-54,2% (за 2009 года), 7123-54,4% (за 2010 год). По Кокшетау экстрагенитальные заболевания среди беременных выявлено у 839-40% (в 2009 году), и 915- 45% (в 2010 году), находящихся на диспансерном наблюдении.

Таблица 1. Экстрагенитальная патология (за 2009, 2010 гг.)

№	НАИМЕНОВАНИЕ НОЗОЛОГИИ		2010
1	Заболевания органов дыхания из них туберкулез	28-1,3% 10-0,4%	25-1,2% 10-0,5%
2	Эндокринные заболевания	120-6%	162-8%
3	Анемия	333-16%	476-23%
4	Заболевания ССС	85-4%	83-3,5%
5	Заболевания почек	147-7%	126-6,2%
6	Заболевания органов пищеварения	36-1,7%	29-1,4%
8	Прочие	90-10,7%	14-1,5%

Наиболее распространенной среди беременных патологией, как и в целом по Казахстану, является анемия. Второе место занимают заболевания почек. На третьем месте - эндокринные заболевания. Тем самым отмечается увеличение экстрагенитальной патологии у беременных женщин.

Экстрагенитальные заболевания относятся к числу основных факторов риска по развитию такого грозного осложнения беременности как – гестоз. Частота выявления этой патологии в родах значительно превышает данные по амбулаторному наблюдению. По г.Кокшетау за последние годы отмечается снижение общего количества гестозов с 86-5% (в 2009 году) до 69-3,45% (в 2010 году), но отмечается рост тяжелых его форм с 5-0,2% (в 2009 году) до 10-0,5% (в 2010 году). Как известно, критические формы гестоза в нашей республике являются одной из ведущих причин материнской смертности.

Необходимо особо отметить, что женщинам с заболеваниями внутренних органов перед наступлением беременности необходимо (!) посоветоваться с лечащим врачом, акушером-гинекологом о возможности и безопасности для себя и ребенка, беременности и родов, о наиболее благоприятных сроках зачатия, исследовать состояние детородной функции, чтобы своевременно выявить возможные отклонения и провести, помимо общего лечения, специальную подготовку к беременности. В этой связи достаточно актуальным становится вопрос о необходимости планирования семьи и проведения регулярных профилактических осмотров женщин фертильного возраста в контексте предгравидарной подготовки.

Проблема здоровья беременных женщин является многоплановой, которая на сегодняшний день требует своего решения. На этом основании были разработаны основные направления ГККП «Женская консультация

г.Кокшетау» по оказанию помощи женщинам.

К примеру:

- проведение предгравидарной подготовки женщин, планирующих беременность;
- открыт кабинет ЭГЗ (акушер - гинеколог)
- углубленное активизирование работ по выявлению на территориях участковыми терапевтами женщин с экстрагенитальными заболеваниями, которым беременность противопоказана, для того чтобы заблаговременно ее предупредить;
- усиление информационно-просветительской работы в школе «Матери и Отца», где постоянно проводятся занятия с беременными женщинами;
- заблаговременная госпитализация и своевременное

родоразрешение женщин с ЭГЗ, согласно уровню регионализации;

- диспансеризация женщин с ЭГЗ, их реабилитация, постоянный контроль списков с участковыми службами;
- повышение охвата населения информационно-образовательными программами (профилактика нежелательной беременности, заострение внимания на тревожных признаках беременности, партнерские роды), через чтение целенаправленных лекций в высших и средних учебных заведениях, средства массовой информации.

УДК 618.252+618.3-06

## ФЕТО-ФЕТАЛЬНЫЙ ТРАНСФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ

МУСИНА Л.Н.

«УЗИ-центр», г. Тараз

### Резюме

В статье описывается этиология и патогенез развития, ультразвуковая диагностика, классификация фето-фетального трансфузионного синдрома при монохориальной диамниотической двойне.

### Тұжырым

Мәтінде егіз монохориалды диамниотика жанындағы этиология, дамуының патогенезі, фето-феталдік трансфузия синдромының ультра-дыбыс диагностика және классификациясы суреттеледі.

### Summary

The article describes the etiology and pathogenesis, ultrasonic diagnosis, classification of feto-fetal transfusion syndrome in monochorionic di amniotic twins.

Ведение многоплодной беременности, осложненной развитием фето-фетального трансфузионного синдрома (ФФТС), остается одной из наиболее сложных задач современного акушерства. ФФТС развивается у 10-20% монохориальных диамниотических двоен. При отсутствии внутриутробной коррекции этого состояния в 80-100% случаев отмечается гибель одного или обоих плодов, особенно при раннем развитии данного синдрома (до 20 недель беременности).

Этиология ФФТС остается неизвестной, однако этот синдром может формироваться только при наличии сосудистых анастомозов в единой плаценте при монохориальной двойне. В норме каждая артерия, несущая кровь от плода к котиледону плаценты,

должна сопровождаться веной, уносящей оксигенированную кровь обратно к плоду. В артериовенозном анастомозе артерия не имеет парной вены от того же плода, а уходящая от того же котиледона вена другого плода не имеет парной артерии. Таким образом, кровь плода-донора обогащается кислородом в плаценте, но уходит из нее по вене к другому плоду. Количество анастомозов может быть сбалансированным, в этом случае объем оксигенированной крови, полученной одним плодом, сопоставим с объемом оксигенированной крови, полученной другим плодом из двойни. В 30% случаев при монохориальной двойне имеет место неравномерное распределение крови через артериовенозные анастомозы от одного плода (донора) к дру-

гому (реципиенту), что приводит к развитию ФФТС, причем в половине случаев данное состояние будет тяжелым.

Ультразвуковые проявления гемодинамических нарушений, лежащих в основе развития тяжелых форм ФФТС могут выявляться уже в 11-13 недель беременности в виде увеличения толщины воротникового пространства (ТВП) у одного или обоих плодов. Другим ультразвуковым признаком тяжелой формы ФФТС является патологическая форма кривых скоростей кровотока в венозном протоке у плода-реципиента. При тяжелой форме ФФТС к плоду-реципиенту поступает избыточное количество крови из анастомозов в плаценте и у него наблюдается полицитемия, полиурия, и выраженное маловодие уже при сроках беременности 16-24 недели. Патогномичными признаками тяжелой ФФТС у плода-реципиента являются визуализация увеличенного вследствие полиурии мочевого пузыря, наличие многоводия и признаков сердечной недостаточности, которая развивается в связи с увеличением пред- и постнагрузки на сердце плода-реципиента. На терминальной стадии ФФТС у плода-реципиента развивается асцит и отек подкожной клетчатки. К плоду-донору не поступает достаточное количество оксигенированной крови из плаценты, в связи с чем у него развивается анемия, гиповолемия, анурия, гипоксия и задержка роста. Патогномичными признаками тяжелой формы ФФТС у плода-донора являются отсутствие визуализации мочевого пузыря вследствие анурии, выраженное маловодие, задержка роста. Двигательная активность плода-донора в связи с выраженным маловодием отсутствует, плод сдавлен амниотической оболочкой и прижат к одному из краев плаценты или к стенке матки. При доплерографическом исследовании кровотока в случае тяжелой формы ФФТС у плода-донора отмечается нулевой или отрицательный кровоток в артерии пуповины в фазу диастолы, а в то время как у плода-реципиента кровоток в артерии пуповины остается нормальным, но наблюдается нулевой или отрицательный конечно-диастолический кровоток в венозном протоке.

В настоящее время для классификации ФФТС в большинстве стран используется классификация, предложенная R.Quintero. Эта классификация основана на выявлении при ультразвуковом исследовании определенной последовательности признаков у плода-донора и плода-реципиента:

- 1 стадия – многоводие у плода-реципиента и мало-

водие у плода-донора, мочевого пузыря у плода-донора еще визуализируется;

- 2 стадия – многоводие у плода-реципиента выраженное маловодие у плода-донора, мочевого пузыря у плода-донора не визуализируется;
- 3 стадия – многоводие у плода-реципиента и выраженное маловодие у плода-донора, патологический характер кровотока в артерии пуповины плода-донора или венозном протоке плода-реципиента;
- 4 стадия – наличие асцита или общего отека плода-реципиента;
- 5 стадия – внутриутробная гибель одного из плодов.

При отсутствии признаков ФФТС при монохориальной двойне ультразвуковые исследования проводятся каждые 2-3 недели. При выявлении одного или нескольких признаков синдрома ультразвуковые исследования проводятся каждую неделю. При появлении признаков сердечной недостаточности у плода-реципиента и патологического характера кровотока в артерии пуповины у плода-донора или в венозном протоке у плода-реципиента необходимо проводить внутриутробную коррекцию трансфузионного синдрома. Следует отметить, что клинические проявления ФФТС имеют широкий спектр: у некоторых плодов имеет место критическое нарушение кровотока в артерии пуповины и венозном протоке при относительно небольшом различии предполагаемой массы, в других случаях у плодов-реципиентов развивается выраженная сердечная недостаточность, в то время как плод-донор может не иметь критических нарушений кровотока в артерии пуповины. В некоторых случаях нулевой или обратный кровоток в артерии пуповины появляется до развития у него выраженного маловодия или до появления сердечной недостаточности у плода-реципиента. Причина, обуславливающая различную клиническую картину ФФТС у разных плодов, остается неизвестной. После 28 недель беременности вероятность развития ФФТС значительно снижается, в связи с чем после 28 недель беременности можно выполнять ультразвуковые исследования каждые 4 недели до родоразрешения.

#### Список использованной литературы:

1. Е.С. Некрасова. Многоплодная беременность. 2009 год.

## ФИБРОМИОМА МАТКИ

КАСЕНОВА А.Б., НУРИЕВА В.Ж., УМИРТАЕВА М.Б.,  
БЕДЕЛЬБАЕВА Г.А., КУНДЫЗБАЕВА А.А., ЖУМАНИЯЗОВА М.А.

ГКП «Перинатальный центр», Городская поликлиника №18, г. Алматы,  
Городская поликлиника №8, г. Алматы

### Резюме

В статье дана информация о фибриоме матки.

### Summary

This article provides information about fibriome uterus.

### Тұжырым

Мақалада жатырдың фибриомасы туралы ақпарат берілген.

Доброкачественная опухоль, которая встречается у 20% женщин. Некоторые ученые, что каждая вторая женщина после 40 лет имеет фибромиому матки. Опухоль обладает значительным ростом в период наличия менструальной функции и подвергается обратному развитию в менопаузальный период. Иногда это дает основание ждать менопаузы как излечения.

К сожалению, эта опухоль может подвергаться озлокачествлению (0,6 -1%). Перерождается фибромиома в саркому, так как это соединительнотканная опухоль.

Встречается в любом возрастном периоде, но чаще всего в 40-50 лет (находят развитие миомы у 65% женщин). От 30 до 40 лет также довольно часто встречаются миомы - 25-35%. Раньше 25 лет - единичные случаи. Не одна миома матки не похожа на других. Может состоять из одного узла, но чаще всего бывает множественная миома матки.

Существует несколько названий матки. Термин миома матки стал преобладать над другими названиями опухоли. Миома является синонимом фибромы, фибромиомы, лейомиомы. Все зависит лишь от того в каком количестве и качестве соединительнотканнные и мышечные волокна.

Локализация: чаще всего множественная, чаще интрамуральная, интерстициальная. Миома исходит из мышечной стенки, имеет множество узлов, количество и размер которых совершенно разнообразны. Интерстициальная локализация преобладает (60-70%). Беременность при миоме матки возможно (3%), однако бесплодие преобладает. При беременности с миомой идет нарушение питания плода, так как узлы не могут растягиваться и рост плода идет в сторону свободную от узлов. Самые большие проблемы при вынашивании такой беременности. При такой

беременности развивается слабость родовой деятельности, выполняют кесарево сечение из-за положения плода, из-за препятствия в виде узлов. В послеродовом периоде могут быть осложнения - кровотечение. Если кровотечения нет, то в последующем при сокращении матки узлы ишемизируются (так как питание идет из капсулы) и развивается некроз узлов, развивается эндометрит, метрофлебит. На фоне гангрены развивается сепсис. При множественных узлах необходимо выполнить ампутацию матки.

Довольно часто встречаются субмукозные (подслизистые) узлы. Находятся в полости матки. Эти миомы могут рождаться, для чего нужно чтобы шейка раскрылась. Отсюда клиника - кровотечение, схваткообразные боли. Субмукозные миомы на широком основании не могут рождаться, и чаще всего дают тяжелые кровотечения с анемизацией.

Также довольно часто встречаются субсерозные миомы. Эти миомы окружены только серозной оболочкой. Они могут быть на широком или узком (ножка) основании. Может быть сочетание субсерозной и множественной интрамуральной.

Интралигаментарные узлы - более редкая локализация - узел при этой локализации расположен между листками широкой связки. Узел находится в параметрии, довольно часто глубоко, лежит на сосудах, на проходящем мочеточнике, придавливает мочевой пузырь. Поэтому эта локализация очень коварна.

Шеечная миома матки - узлы чаще всего одиночные, и довольно часто бывают больших размеров, выполняющих и вколоченных в малый таз. Влагищной части шейки практически не найти. Еще реже встречается миома круглой связки.

### Клиника.

Главным симптомом является кро-

**вотечение.** Кровотечение связано с рядом факторов - с изменениями в эндометрии, с сократительной способностью матки. Изменения в эндометрии - чаще всего это выраженные пролиферативные изменения (преобладают над секреторными). Чаще пролиферативные изменения в виде железистой, железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Длительное отторжение, мозаичность картины отторгнутого миометрия способствует дальнейшим кровотечениям, поэтому при миоме кровотечение и анемия выражены.

Чаще всего в начале циклические кровотечения дают подслизистые миомы матки - обильные мено- и метроррагии. Затем кровотечения приобретают беспорядочный характер. Интерстициальные миомы, особенно деформирующие полость приводят к значительным кровотечениям. К мажущим, ациклическим кровотечениям приведут такие формы как шеечная, перешеечная. Кровотечение связано также с нарушением сократительной способности. Кровотечения при этом длительные, циклические и затем ациклические. Кровотечения также связаны с большой площадью отторжения. Женщины как правило страдают железодефицитной анемией.

**Второй симптом - болевой симптом.** Разные узлы, даже небольшие узлы могут давать боль. Чаще всего эти боли возникают и связаны с нарушением иннервации. Нервы и сосуды проходят по капсуле, поэтому нарушения связаны с перестяжением капсулы. Боли носят изнуряющий характер. Боли могут усиливаться после менструации, за счет сдавления, ишемии капсулы узла. Довольно часто миома сочетается с аденомиозом матки, при этом матка тоже увеличена в размерах за счет полостей выстланных эндометрием (эндометрий при неблагоприятных условиях мигрировал в межмышечные пространства). При этом сочетании возникают циклические боли - перед менструацией, в первые дни менструации, и заканчиваются после окончания, а затем все повторяются. Боли могут носить схваткообразный характер при рождении фиброматозного узла. Нарастающий характер боли возникает при ишемии узла. Это встречается довольно часто - вдруг

появляются боли внизу живота, которые усиливаются. Одновременно может быть повышением температуры, задержка мочеиспускания, кровянистые выделения. При пальпации обнаруживается локальная болезненность в одном из узлов. В узле появляются элементы некроза - узел становится серого цвета, с зонами деструкции. Это является одним из показаний к срочному хирургическому вмешательству. Большие миомы чаще дают сдавления нервных стволов, тазового сплетения.

**Нарушение функции смежных органов** - мочевого пузыря, кишечника. Даже узел, растущий из передней стенки матки и оказывающий давление на мочевой пузырь может давать разнообразную симптоматику: учащенное мочеиспускание, болезненное мочеиспускание, задержка мочеиспускания. Это приводит к вторичным изменениям в мочевых путях - циститы, свищи и др. Большие узлы, локализующиеся на передней стенке матки, шеечная и перешеечная локализация узлов также близки к мочевому пузырю. Эти узлы часто дают задержку мочеиспускания. Такое нарушение приводит к нарушению трофики, возникают пузырно-влагалищные свищи. При интралигаментарном расположении узла - сдавление мочеточника, крупных магистральных сосудов, нервных сплетений. Мочеточник вытягивается, истончается и во время операции может травмироваться. Такая локализация приводит к нарушению пассажа мочи. Возникает гидроуретер, гидронефроз, то есть поражение почки.

Нарушение функции кишечника - по типу запора. Так как появляются застойные явления в малом тазу, что ухудшает перистальтику кишечника, приводит к образованию геморроя. Женщины с миомой матки входят в группу риска по возникновению аденокарциномы матки потому что в патогенезе часты обменные нарушения (ожирение), гиперпластические процессы в эндометрии, возрастной период (гипертоническая болезнь и др).

## ПЕРИТОНИТ И СЕПСИС ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

КАСЕНОВА А.Б., НУРИЕВА В.Ж., УМИРТАЕВА М.Б.,  
БЕДЕЛЬБАЕВА Г.А., КУНДЫЗБАЕВА А.А., ЖУМАНИЯЗОВА М.А.

ГКП «Перинатальный центр», Городская поликлиника №18, г. Алматы  
Городская поликлиника №8, г. Алматы

### Резюме

В статье описан перитонит и сепсис после кесарева сечения.

### Summary

This article describes a peritonitis and sepsis after caesarean section.

### Тұжырым

Мақалада кесарь тілігнен кейінгі перитонит және сепсис туралы ақпарат берілген.

Перитонит после кесарева сечения встречается в 4,6 - 7% случаев. Летальность от перитонита и сепсиса после кесарева сечения составляет 26 - 45%. Развитие перитонита обуславливает инфицирование брюшной полости (от осложнений кесарева сечения - хориоамнионит, эндометрит, нагноение шва, острые воспалительные процессы в придатках, инфекции проникшие гематогенным или лимфогенным путем - при паратонзиллярном абсцессе, при абсцессе мягких тканей, пиелонефрите).

Факторы риска развития сепсиса и перитонита - близки по клинике и тактике ведения:

- острые инфекционные заболевания при беременности
- хронические инфекционные заболевания и существующие очаги хронической инфекции.
- Все вагинозы (неспецифические) и специфические кольпиты.
- Возраст: моложе 16 и старше 35 лет.
- Длительный безводный период (более 12 часов), то есть несвоевременное кесарево сечение.
- Частые влагалищные исследования (более 4).
- Перитонит после хориоамнионита или эндометрита в родах.

Важны интоксикационный синдром, нарушение моторики. Клинические формы:

1. Ранний перитонит - инфекция проникает через рану из матки (наблюдается у 30%) из-за хориоамнионита. Проявления перитонита наблюдаются на 1-2 сутки после операции. Тяжелый интоксикационный синдром, гипертермия, выраженная тахикардия, тяжелое состояние. Может быть энцефалопатия за счет отека головного мозга, которая проявляется адинамией, заторможенностью, или эйфорией. Также наблюдается парез кишечника (вздутие, отсутствие перистальтики,

но симптомов раздражения брюшины нет или, слабо выраженные). Ухудшается общее состояние, появляются симптомы пареза кишечника на 4-5 сутки: рвота, сухой язык, тахикардия, гиповолемия, бурное развитие септического шока.

2. Встречается у 15%. Заболевание начинается на 3-4 день. Ведущий симптом - парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость; субфебрилитет, умеренная тахикардия, периодическая жажда, вздутие живота, плохое отхождение газов, и т.д. Женщина может ходить, но парез нарастает, также нарастает общая слабость, одышка, анемия, может быть жидкий стул (септические поносы). К 7-9 дню появляется стойкая паралитическая непроходимость. Плюс симптомы перитонита.

3. Поздний перитонит. На 4-9 сутки из-за несостоятельности швов на матке. До 4 суток после операции может быть все нормально, однако может сохраняться повышенная температура, присоединяется тахикардия, болезненность матки (особенно в нижнем сегменте), симптом Щеткина-Блюмберга в области рубца и нижнего сегмента, напряжение мышц живота невыражено. Такая ситуация длится несколько дней и формируется диффузный разлитой перитонит, который сопровождается симптомами интоксикации, пареза кишечника.

Матка: цервикальный канал всегда должен быть бужирован для оттока во время операции так как есть глубокая инфильтрация лейкоцитами нижнего сегмента и шейки матки. В первые дни нет тенденции к уменьшению цервикального канала (он открыт на 1.5-2 пальца или проходим за внутренний зев, за внутренним зевом находится валик - уплотнение, могут быть обнаружены не состоятельные швы). При перитоните соблюдаются длительные, яркие, красные вы-

деления, к 9 дню может быть отторжение кетгутовых нитей. Перитонит после кесарева сечения возникает у 90% женщин у которых был хориоамнионит или эндометрит. Несостоятельность швов: сначала отмечаются явления

местного перитонита, так как *plica vesico-uterina* прикрывает шов на матке.

Лечение.

1. Хирургическое вмешательство. Чем раньше начато хирургическое лечение после постановки диагноз перитонит, тем меньше органических нарушений будет наблюдаться после операции. Удаление органа как очага инфекции (матка при перитоните после кесарева сечения) является этиологически направленным. Удаляют матку с трубами, яичника как правило оставляют, если нет в них воспалительных явлений. Экстирпация матки, чаще производится чем ампутация. Нижний сегмент близок к шейке матки, поэтому производят надвлагалищную экстирпацию матки с удалением маточных труб с ревизией органов брюшной полости.

2. Антибиотикотерапия: цефалоспорины и антибиотики действующие на грамотрицательные микроорганизмы - гентамицин в максимальных дозах, лучше внутривенно. Препараты метронидазолового ряда - метрагил внутривенно (действует на грамотрицательную флору, грибковую флору). Спектр чувствительности микроорганизмов к антибиотикам надо делать обязательно.

3. Лечение и купирование интоксикационного синдрома. Инфузионная терапия препаратами, обладающими дезинтоксикационными свойствами: реополиглюкин, лактасол, коллоидные растворы. Введение растворов улучшает состояние больной. Также назначают препараты повышающие онкотическое давление крови - плазма, аминокровин, белковые препараты, растворы аминокислот. Количество жидкости 4-5 литров. Терапия проводится под контролем диуреза.

4. Восстановление моторики кишечника: вся инфузионная терапия кристаллоидными растворами, антибиотиками улучшают моторику. Также используют

средства стимулирующие перистальтику кишечника (очистительные, гипертонические клизмы), противорвотные средства, прозерин подкожно, внутривенно; оксидотерапия). Первые 3 суток должна проводиться постоянная активизация моторики кишечника.

5. Противоанемическая терапия - дробное переливание крови (лучше теплую донорскую кровь), антианемические средства.

6. Стимуляция иммунитета - применение иммуномодуляторов - тималин, комплекс, витамины, УФО крови, лазерное облучение крови.

7. Важен уход и борьба с гиподинамией, парентеральное питание, затем полноценное энтеральное питание - высококалорийное, витаминизированное - курага, творог, изюм, молочные продукты. Борьба с гиподинамией заключается в проведении дыхательной гимнастики, раннем поворачивании в постели, массаже.

Сепсис после родов и после кесарева сечения. Сепсис может быть двух видов: септикопиемия, септицемия (без метастазов).

Септицемия: фибрильный процесс с ознобами, чередующийся с общей слабостью, проливными потами, тахикардией, повышением температуры, одышкой, ухудшением общего самочувствия. Положительны симптомы со стороны кишечника. Появляются боли в суставах, мышцах. Источником сепсиса является матка. Может быть септический шок - общий (генерализованный вазоспазм), нарушение перфузии в органах мишенях (легкие, почки, сердце, и др.) до 90% больных погибает.

Септикопиемия: сепсис протекающий с метастазами инфекции. Это как бы вторая фаза процесса. Таким образом, септикопиемии не может быть без септицемии. Метастазируют колонии возбудителей гематогенным путем. Формируются очаги в мягких тканях, почках (карбункул, абсцесс почки, абсцесс печени и т.д.). Присоединяется вся клиника общеорганных нарушений.

**ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ**

КАСЕНОВА А.Б., НУРИЕВА В.Ж., УМИРТАЕВА М.Б.,  
БЕДЕЛЬБАЕВА Г.А., КУНДЫЗБАЕВА А.А., ЖУМАНИЯЗОВА М.А.

ГКП «Перинатальный центр», Городская поликлиника №18, г. Алматы  
Городская поликлиника №8, г. Алматы

**Резюме**

В статье описан генитальный эндометриоз.

**Summary**

This article describes genital endometriosis.

**Тұжырым**

Мақалада ұрпақ өрбіту ағзаларының эндометриозы туралы ақпарат берілген.

Первый симптом, который заставляет женщину обратиться к доктору, например хирургу, - это кровоточащий пупок, или к окулисту - кровоточащая конъюнктивит глаза, или кровоточащая мышца руки и ноги. Нужно помнить об эндометриозе.

Эндометриоз - это эндометриоподобные разрастания, которые вышли за пределы нормального расположения, то есть внутренняя выстилка матки. Эти разрастания проявляют себя так же, как и в месте нормального расположения. Они состоят всегда из эпителиального компонента и стромального компонента. Макроскопически эндометриоз представляет собой мелкие кистовидные фокусы. Выполнены они слизью или измененной кровью. Иногда сравнивают с шоколадным содержимым. Эти полости могут быть одиночными или множественными, имеют ячеистое строение. Микроскопически это всегда скопление ячеистых образований, трубчатых, ветвящихся или кистознорасширенных образований. Изнутри выстланы цилиндрическим эпителием, иногда даже имеющие ресничатость. Эпителий располагается на строме, которая представляет собой капсулу этой ячейки. Вокруг ячейки происходит гиперплазия мышечных волокон, образуются опухолевые узлы. Развитие эндометриозных образований непосредственно связано с гормональной функцией яичников и функцией гонадотропных гормонов. То есть это абсолютно гормонозависимое опухолевидное образование. Иногда его называют дисгормональным пролифератом.

В эндометриозных очагах можно различить эпителий находящийся в фазе пролиферации, фазе секреции. Можно обнаружить перестроенные кровеносные сосуды, децидуальные превращения слизистой. Это происходит параллельно с теми превращениями, которые происходят в матке, но четкой циклической зависимости не существует. Все трансформации, которые

происходят в нормальной эндометрии происходят и в этих очагах. Эндометриоз всегда связан с репродуктивным периодом, то есть периодом активности менструальной, гормональной функции, и эндометриоз может регрессировать в менопаузе. Эндометриоз может сочетаться с развитием миомы матки. Что первично, а что вторично не всегда можно определить, даже по морфологическому строению. Иногда миома матки развивается вначале, а потом внедряется эндометриоз, а иногда и наоборот. Эндометриоз очень сходен с опухолью по способности к инфильтрирующему росту, метастазированию. Но есть и различия - это отсутствие клеточной атипичности. Наиболее часто эндометриоз встречается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет.

**Клиника.** Характерна цикличность симптомов, то есть они связаны с менструациями. Активность очагов эндометриоза наступает перед и во время месячных. После окончания менструаций вся симптоматика исчезает.

**Симптомы:**

1. Нарастающие боли перед менструациями и прекратившиеся боли с началом их (на 1-2-3-й день) характерны для эндометриоза. Вначале боли носят не очень интенсивный характер. По мере развития процесса интенсивность болей усиливается и они становятся невыносимыми. Женщин госпитализируют с острым аппендицитом, острым воспалительным процессом, кишечной коликой, почечной коликой и т.д. Боли становятся распирающими, охвачен весь низ живота, поясница. Боль не устраняется анальгетиками, обезболивающими свечами и т.д., иногда приходится прибегать к наркозу. С каждым циклом характер болей нарастает. Боли связаны с растяжением капсулы очага, а прекращение их связано с резорбцией содержимого.
2. Появление кровянистых выделений перед менструацией (мажущие, темного «шоколадного» цвета). Они

особенно характерны для аденомиоза матки. У очагов эндометриоза имеются мелкие ходы, через которые выделяется их содержимое. После окончания месячных эти выделения также могут быть, но реже.

3. Нарастающая анемия, так как менструальные кровопотери становятся более значительными. Матка плохо сокращается, потеря крови значительная. В течении года у женщины может выявиться анемия, которая уже существует как диагноз.

4. Общее состояние женщин перед менструацией страдает. Появляются головные боли, нервозность, ухудшение настроения, снижается работоспособность, бессонница. Женщина боится болей.

5. Тазовые ишиалгии, поясничные боли. Предменструальные боли постепенно приводят к нарушениям иннервации, воспалительным процессам со стороны тазовых нервных сплетений. Ишиалгии, люмбаго, радикулиты очень характерны для этих больных.

6. По мере миграции эндометриоза в близлежащие органы появляется клиника и симптоматика со стороны близлежащих органов малого таза. Чаще всего это стреляющие боли в прямой кишке при прорастании эндометриоза в стенку прямой кишки. Может быть даже стенозирование прямой кишки. Может быть стенозирование мочевого пузыря и устьев мочеточников. Появляются расстройства мочеиспускания, цисталгии.

Затем может развиваться гидронефроз, пиелонефрит. Малые формы эндометриоза иногда протекают бессимптомно. Например, эндометриоз шейки матки. Развивается часто после коагулирования эрозии шейки матки. Клетки эндометрия мигрируют на несвойственное место - шейку матки. Видны петехии, точечные кровоизлияния, которые могут кровоточить перед менструацией.

Эндометриозидные «шоколадные» кисты яичников как правило начинаются с бессимптомного течения. В последствии возникают боли справа или слева внизу живота, в области придатков. Можно обнаружить опуховидное образование, которое в силу своей цикличности может увеличиваться перед менструацией и несколько уменьшаться после ее окончания.

Позадисшеечный эндометриоз или эндометриоз заднего свода влагалища проявляет себя тоже предменструальной кровоточивостью. Пальпаторно определяется бугристое утолщение в заднем своде. Оно не связано с маткой, а находится в клетчатке заднего свода, и которое тоже уменьшается после менструации и увеличивается за неделю - 10 дней до менструации.

## HELLP-СИНДРОМ

ТАСТАЙБЕКОВА С.С.

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

### Резюме

В статье описаны особенности HELLP-синдрома.

### Summary

This article describes the features of HELLP-syndrome.

### Түжырым

Мақалада HELLP -синдромы ерекшеліктері сипатталған.

Тяжелая форма преэклампсии в 4-12% случаев может осложниться HELLP-синдромом. В основе данного синдрома лежит гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения. Термин HELLP-синдром впервые предложил в 1985 г. L. Weinstein (HELLP означает Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets).

Были мнения о том, что HELLP-синдром имеет чисто метаболическую природу и не связан с артериальной гипертензией, обусловленной беременностью, но в настоящее время благодаря более точной дифференциальной диагностике это не находит подтверждений.

Частота HELLP-синдрома зависит от возраста, расы, длительности и тяжести течения преэклампсии. Чаще он встречается среди белой и китайской, намного реже (почти в 2,2 раза) среди восточно-индийской популяции (Williams K.P. et al., 1997). В типичном случае HELLP-синдром возникает у повторнородящих с преэклампсией в возрасте старше 25 лет, имеющих осложненный акушерский анамнез.

Диагностика. Чаще всего заболевание начинается с неспецифических симптомов, напоминающих вирусную инфекцию, и признаков общего недомогания. Ранними клиническими симптомами HELLP-синдрома могут быть тошнота и рвота (86%), боли в эпигастральной области (86%) и правом подреберье, выраженные отеки (67%). Тяжелые боли в эпигастральной области могут приводить к ошибочному диагнозу острой хирургической патологии. Довольно редко может развиваться гипогликемия, кортикальная слепота и гипонатриемия, которая обусловлена интенсивным выделением вазопрессиназы.

Классическая триада симптомов преэклампсии присутствует в 40-60% случаев. Встречаются описания случаев HELLP-синдрома и у беременных с нормальными показателями артериального давления,

но при этом отмечается тяжелая протеинурия. Неврологическая симптоматика включает головную боль, судороги и симптомы повреждения черепно-мозговых нервов. Могут отмечаться нарушения зрения, отслойка сетчатки и кровоизлияния в стекловидное тело.

Дифференциальная диагностика. Довольно часто под маской HELLP-синдрома лежит нераспознанный акушерский сепсис. Сочетание гемолиза, повышения активности печеночных ферментов и тромбоцитопении может наблюдаться и при кокаиновой наркомании, и при спонтанных разрывах печени у беременных, системной красной волчанке и других заболеваниях. Следовательно, обнаружение у беременных триады симптомов - гемолиз, рост активности печеночных ферментов и тромбоцитопения не должно вести к немедленному установлению диагноза HELLP-синдром. Лишь клиничко-физиологическая интерпретация этих симптомов в каждом конкретном случае, позволяющая исключить их другие причины, позволяет диагностировать HELLP-синдром как форму преэклампсии, которая в далеко зашедших случаях является, по сути, вариантом мультисистемной дисфункции.

При подозрении диагноза HELLP-синдром неотложная помощь на догоспитальном этапе проводится в том же объеме, как и у беременных с тяжелой формой преэклампсии. Обязательным условием является госпитализация в отделение реанимации родильного дома для проведения интенсивной терапии.

Принципы интенсивной терапии HELLP-синдрома. HELLP-синдром - осложнение преэклампсии (или вариант ее течения) имеет все признаки синдрома мультисистемной дисфункции по аутоиммунному механизму патогенеза. Построенные на этом представлении принципы интенсивной терапии и профилактики должны оказаться наиболее эффективными:

- устранение гемолиза и тромботической микроангиопатии;
- профилактика синдрома мультисистемной дисфункции;
- оптимизация неврологического статуса и экскреторной функции почек (креатинин плазмы и клиренс креатинина);
- нормализация артериального давления.
- Лечение HELLP-синдрома
- Инфузионная терапия (кристаллоиды, гидроксипропилированный крахмал, свежемороженая плазма, криопреципитат).
- Индивидуально ориентированная антигипертензивная терапия (в том числе контролируемая антигипертензивная терапия).
- Плазмаферез с замещением свежемороженой плазмой (см. Стандарт интенсивной терапии ТТП и ГУС) желательнее провести до родоразрешения.
- Трансфузии тромбоцитарной массы при тромбоцитопении  $< 50 \times 10^9/\text{л}$ .
- Медикаментозная терапия: аспирин, преднизолон, иммуносупрессоры (цитостатики - после родоразрешения);
- Антибактериальная терапия с учетом нефротоксичности препаратов.
- Антитромбин III.
- Наиболее распространенные ошибки в проведении интенсивной терапии и неотложной помощи у беременных с преэклампсией, эклампсией и HELLP-синдромом на различных этапах диагностики и лечения

#### I. При диагностике:

- Толкование любого судорожного синдрома как проявление эклампсии.
- Недооценка тяжести больных с тяжелой формой преэклампсии в послеоперационном и послеродовом периоде.
- Несвоевременная диагностика HELLP-синдрома.
- Нераспознанные симптомы преждевременной отслойки плаценты и внутреннего кровотечения.
- Недооценка объема кровопотери.
- Неправильно принятое решение о транспортировке.

#### II. При интенсивной терапии:

- Неполноценный венозный доступ (работа с «иглой в вене»).
- Начало интенсивной терапии с катетеризации центральной вены на фоне продолжающихся судорожных припадков.

- Чрезмерное рвение в снижении АД (ятрогенная эклампсия).
- Акцент на антигипертензивной и седативной терапии при недостаточном введении сульфата магния.
- Попытка справиться с судорожным синдромом введением больших доз оксидбутирата натрия.
- Использование для управляемой гипотонии нитроглицерина.
- Применение осмотических диуретиков.
- Введение гепарина на фоне тяжелой артериальной гипертензии и тромбоцитопении.
- Небрежное ведение медицинской документации.
- Магнезиальная терапия:
  - неправильный выбор насыщающей дозы;
  - передозировка сульфата магния (чаще при олиго-, анурии);
  - внутримышечные инъекции сульфата магния на фоне развившегося судорожного припадка;
  - преждевременный переход от постоянного внутривенного введения сульфата магния на внутримышечные инъекции.

#### III. При инфузионной терапии:

- Инфузия альбумина и низкомолекулярных декстранов до родоразрешения (может провоцировать отек легких).
- Быстрая и массивная инфузионная терапия.
- Избыточное введение инфузионных сред в послеоперационном периоде.
- Включение в состав инфузионной терапии растворов глюкозы.

#### IV. При искусственной вентиляции легких:

- Преждевременный перевод на спонтанную вентиляцию.
- Отек гортани.
- Аспирация и регургитация желудочного содержимого.
- Использование режимов избыточной гипервентиляции в послеоперационном периоде.
- Баро- и волюмотравма.
- Неадекватная санация трахеобронхиального дерева.

Отсоединение больной от аппарата.

#### Список использованной литературы:

1. Сумин С.А., Богословская Е.Н. Сумин С.А. / Неотложная доврачебная помощь: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 728 с.

## РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ

КАСЕНОВА А.Б.

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

### Резюме

В статье описаны этиология и патогенез разрыва промежности.

### Summary

This article describes the etiology and pathogenesis of the rupture of the perineum.

### Тұжырым

Мақалада бұтаралық жыртылудың этиологиясы мен патогенезі сипатталған.

Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих. Последствия разрыва промежности:

- кровотечения
- воспаление влагалища, шейки матки и генерализация инфекции
- опущение и выпадение шейки матки и влагалища
- недержание газов и кала (при разрыве 3 степени)
- нарушение половой функции

Этиология и патогенез.

Причинами разрывов промежности являются:

- анатомо-функциональное состояние промежности
- высокая с хорошей мускулатурой промежность
- неподатливая, плохо растяжимая у пожилых первородящих
- рубцовые изменения после травмы в предыдущих родах и после пластических операций
- отечная промежность
- особенности костного таза (узкая лонная дуга, малый угол наклона таза);
- неправильное ведение родов (стремительные и быстрые роды, оперативное родоразрешение, неправильное выполнение акушерского пособия при выведении головки и плечиков плода).

Разрыв промежности происходит при прорезывании головки, реже - при выведении плечиков плода.

Механизм РП (последовательность изменений) состоит в следующем.

- В результате сжимания венозного сплетения нарушается отток крови;
- появляются цианоз кожи промежности (венозный застой), отек кожи (пропотевание жидкой части крови из сосудов в ткани); своеобразный блеск и бледность кожи (сжатие артерий);
- снижение прочности тканей в силу нарушения об-

менных процессов; разрыв тканей промежности.

Описанные признаки являются признаками угрозы разрыва промежности.

Последовательность повреждения тканей при самопроизвольных разрывах (снаружи внутрь): задняя спайка, кожа, мышцы промежности, стенка влагалища. При наложении акушерских щипцов разрыв начинается со стороны влагалища, а кожа может остаться целой.

### Классификация.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы, а по степени - 3 степени разрыва промежности:

- 1 степень - разрыв задней спайки, части задней стенки влагалища и кожи промежности.
- 2 степень - в разрыв вовлекаются дополнительно мышцы тазового дна (леваторы).
- 3 степень - разрыв жома (сфинктер) заднего прохода, а иногда и части передней стенки прямой кишки.

Редкая разновидность РП (1 на 10 тыс родов) - центральный разрыв промежности, когда происходит травма задней стенки влагалища, мышц тазового дна и кожи промежности, а задняя спайка и сфинктер заднего прохода остаются целыми, и роды происходят через этот искусственный канал.

### Клиника и диагностика.

Любой разрыв промежности сопровождается кровотечением. Диагностируется при осмотре мягких тканей родовых путей. При подозрении на разрыв промежности 3 степени необходимо ввести палец в прямую кишку. Ненарушенный сфинктер создает сопротивление при введении пальца в прямую кишку. Разрыв стенки кишки легко определяется по специфическому виду вывернутой слизистой кишки. При значительном кровотечении из тканей промежности на кровоточащую ткань накладываются зажим, не дожидаясь рождения послета.

**Лечение.** Лечение всех разрывов заключается в их зашивании после рождения последа.

**Профилактика.** Профилактика разрывов промежности заключается в рациональном ведении родов, квалифицированном приеме родов, своевременной перинеотомией при угрозе разрывы промежности.

---

УДК 618.5-089.888.61

## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

КАСЕНОВА А.Б.

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

### Резюме

В статье описаны особенности кесарева сечения.

### Summary

This article describes the features of caesarean section.

### Тұжырым

Мақалада кесарь тілігінің ерекшеліктері сипатталған.

Название данной операции берет начало от римского царя (715-673 г до нашей эры) который издал указ, что если беременная женщина умирает, то необходимо разрезать ей живот и достать живого ребенка.

В 16 веке Амбруаз Паре выполнил абдоминальное родоразрешение на живой женщине, но так как в то время не существовало методики ушивания раны матки, то смерть наступала практически в 100% случаев. В 1876 году Гейн и Порро предложили удалять матку после извлечения плода. Летальность при этом снизилась до 25% (сейчас удаляют матку по Порро, если есть сочетание мертвого плода и воспаления в матке). В 1890 году Керрер наложил на матку швы в три ряда: мышечно-мышечный, мышечно-серозный, серо-серозный. Летальность при таких операциях достигла 7%. В 1920 году разработана техника операции - интраперитонеального кесарева сечения, кесарева сечения в нижнем сегменте, ретровезикального кесарева сечения и др.

Снизилась летальность и стала нарастать частота выполнения операции кесарева сечения. В 40-50-е годы путем кесарева сечения родоразрешали в 3,5 - 4% случаев в мире. В 70-80 году - 4-5%. Сейчас это процент неуклонно растет. В США он составляет 15-20%, в Санкт-Петербурге - 10-12%. Тем не менее, кесарево сечение, являясь операцией (а каждая операция

имеет свой операционный риск) не снижает материнскую и перинатальную смертность, так как существует множество осложнений со стороны матери и плода.

### Показания к операции кесарева сечения.

Кесарево сечение может быть плановым и экстренным. Все показания рассматриваются в зависимости от этого. Надо стремиться к увеличению количества плановых кесаревых сечений, за счет уменьшения экстренных. Кесарево сечение - родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через разрез на матке.

Различают следующие виды кесарева сечения:

- абдоминальное: классическое, корпоральное, кесарево сечение в нижнем сегменте.

- влагалищное - разрез через передний свод влагалища. Сначала обнажают шейку и низводят ее. Извлекают, таким образом, ребенка до 22 недель (20 недель). Надо не повредить мочевой пузырь, очень сложна эта операция технически. А следовательно много осложнений. Сейчас практически не применяется.

Абдоминальное кесарево сечение бывает интраперитонеальным (доступ через рассечение брюшины) и экстраперитонеальным (без проникновения в полость брюшины), а также кесарево сечение с временным отграничением брюшной полости.

Классическое кесарево сечение: разрез от лона,

обходя пупок слева и выше, матка разрезается продольным разрезом, выводится из брюшной полости.

Корпоральное кесарево сечение: разрез от лона до пупка, разрез проводится по средней линии. Матка в рану не выводится (поэтому и название корпоральное - "в теле"). Единственное показание к этому виду операции - поперечное положение плода.

Недостатки классического и корпорального кесарева сечения:

- большой разрез на матке
- часто формируется несостоятельность швов на матке - при последующей беременности может быть разрыв по этому рубцу.
- Большая травматичность, а следовательно и кровопотеря.
- Разрез париетальной и висцеральной брюшины совпадают, а следовательно это прерасполагает к образованию спаек.
- Частое формирование послеоперационных грыж.

В настоящее время наиболее часто выполняется операция кесарева сечения в нижнем сегменте. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Первым этапом является лапаротомия (нижнесрединная; по Фаненштилю - поперечный разрез над лоном). При поперечном разрезе операция длится дольше так как надо очень тщательно выплнять гемостаз, и перевязывать ветви гипогастриальных артерий. При плохой их перевязке образуется подпоневротическая гематома.

После вскрытия брюшной полости видим матку, которая всегда ротирована вправо. Мочевой пузырь находится книзу, его отодвигают зеркалом. Вскрывают *plica vesico-uterina* и тупо отслаивают ее вниз. В области наибольшей окружности делают разрез и вводят в рану пальцы и раздвигают ее. Рука вводится за головку, ассистент при этом давит на дно матки, извлекают головку, затем освобождают пояс и затем и всего ребенка. Между двумя зажимами пере-

секают пуповину и отдают ребенка педиатру. Рукой удаляют послед. Если есть задержка в матке плодных оболочек, то берут кюретку и выскабливают полость матки.

Третьим этапом производят ушивание раны матки двумя рядами кетгутовых швов. Можно накладывать швы непрерывно, можно по Стрелкову - первый ряд - слизисто-мышечный, и два ряда отдельных швов.

Непрерывные швы опасны тем, что если кетгут где-то рассосется раньше положенного срока, то может начаться кровотечение.

Четвертым этапом производят перитонизацию за счет пузырьно-маточной складки брюшины (при этом швы накладываемые на висцеральную и париетальную брюшину не совпадают так как формируется дубликатура брюшины, следовательно формирование спаек сводится к минимуму).

Затем проводится проверка гемостаза, проводится туалет брюшной полости. Счет салфеток. Послойное зашивание брюшной полости наглухо. Если необходимо, то дренируют брюшную полость.

#### **Противопоказания:**

1. Инфекция любой локализации (лучше производить в данном случае экстраперитонеальное кесарево сечение).
2. Длительный безводный период.
3. Внутритробная гибель плода (единственным исключением из этого правила составляет мертвый плод при ПОНРП).
4. Плод в состоянии асфиксии и нет уверенности в рождении живого ребенка.

УДК 613.221:613.287:616-056.5:615.874

## ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИЕЙ

НУРМАГАМБЕТОВА К.Е.

Детская городская больница, г. Костанай

### Резюме

Таким образом, своевременная коррекция питания у детей с непереносимостью лактозы позволяет в максимально короткие сроки получить положительную динамику в состоянии ребенка и предотвратить развитие осложнений (обезвоживание).

### Summary

Thus, timely correction of malnutrition in children with lactose intolerance allow in the shortest time get a positive trend in the child's condition and prevent complications (dehydration).

В настоящее время серьезную проблему у детей грудного и раннего возраста представляет рост гастроинтестинальной патологии, пищевой аллергии и нерационального вскармливания, нарушающих нутритивный статус ребенка и способствующих формированию иммунологической несостоятельности естественных барьеров детского организма. У большинства детей грудного возраста (более 80%) длительная диарея обусловлена непереносимостью пищевых продуктов или отдельных их компонентов, у детей первых месяцев жизни наиболее часто это — непереносимость лактозы (реже — других углеводов) и белков коровьего молока.

Лактазная недостаточность является наиболее часто встречающимся вариантом синдрома мальабсорбции у детей. По данным российских исследователей, она ответственна за 70% длительных диарей у детей грудного возраста. В то же время диагноз лактазная недостаточность устанавливается, к сожалению, очень редко и чаще всего «маскируется» дисбактериозом кишечника, что приводит к неправильной лечебной тактике.

Лактазная недостаточность обусловлена снижением активности фермента лактазы (гиполактазия) или полным отсутствием его активности (алактазия). Она может быть первичной (врожденной) и вторичной (приобретенной). Первичная алактазия встречается редко. В основном педиатры сталкиваются с вариантами вторичной гиполактазии. Снижение лактазной активности может быть обусловлено множеством факторов, повреждающих структуру слизистой оболочки тонкой кишки в области щеточной каймы. К ним относятся острые кишечные инфекции, атрофические состояния слизистой оболочки кишки (аллергические энтериты, непереносимость белка коровьего молока, целиакия), различные интоксикации, в том числе — лекарственными препаратами, недоношенность и т.д.

В патогенезе развития лактазной недостаточности лежит отсутствие или недостаточная концентрация лактазы, в результате чего нерасщепленная лактоза, обладая высокой осмотической активностью, задерживает воду в просвете кишечника, увеличивая объем кишечного содержимого. В нижних отделах тонкого и в толстом кишечнике происходит ее сбраживание кишечной микрофлорой с образованием большого количества газообразного водорода и органических кислот, рН кишечного содержимого смещается в кислую сторону, что приводит к значительному усилению перистальтики. Увеличение кишечного содержимого, большой объем газов, и усиленная перистальтика вызывают развитие так называемой бродильной диареи, сопровождающейся болями в животе. Жидкий стул с низким рН приводит к мацерации кожи вокруг анального отверстия. Урчание, боли в животе, жидкий стул появляются практически сразу после приема провоцирующей (лактозосодержащей) пищи.

Лактазная недостаточность клинически проявляется симптомами «бродильной» диареи, включающей:

- частый жидкий стул (8–10 раз в сутки и более), пенистый, с большим водяным пятном и кислым запахом;
- вздутие живота, метеоризм, колики во время кормления или сразу же после него;
- возможное развитие обезвоживания;
- в редких случаях, развитие тяжелой гипотрофии.

Существует также так называемая «запорная» форма лактазной недостаточности. При этом варианте у ребенка наблюдается запор, однако, после стимуляции дефекации с использованием газоотводной трубки появляется стул — жидкий, пенистый, с кислым запахом. Клиническая картина заболевания у каждого ребенка индивидуальна и может несколько отличаться, иногда

могут иметься только отдельные симптомы, однако всегда прослеживается четкая связь клинической картины заболевания с употреблением молочного продукта (грудное молоко, адаптированные и неадаптированные молочные смеси). Клиника лактазной недостаточности зависит не только от степени снижения ферментативной активности слизистой оболочки кишечника, но и от уровня лактозы в пище. Большое значение имеют состояние микробиоценоза кишечника, центральной нервной системы, а также индивидуальная чувствительность кишечника ребенка к дискомфорту.

Вторичная лактазная недостаточность составляет около 50-80% всех ее проявлений. Основными причинами развития вторичной лактазной недостаточности являются:

- аллергия к белкам коровьего молока;
- дисбактериоз кишечника;
- лямблиоз кишечника;
- глистные инвазии;
- хронические воспалительные заболевания толстой кишки (Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона);
- нарушение местного иммунитета (дефицит секреторного IgA).

Высокая частота распространенности вторичной лактазной недостаточности объясняется нарушениями ферментативной активности энтероцита на фоне воздействия инфекционного фактора, в результате которого изменяется состояние пристеночного слоя слизистой оболочки, скорость миграции энтероцитов, степень дифференцировки и созревания клеток. Существуют исследования, показывающие, что полное восстановление активности лактазы после перенесенной кишечной инфекции в среднем происходит только через год.

Диагноз лактазная недостаточность может быть установлен на основании характерной клинической картины заболевания и подтверждается дополнительными методами обследования. Выясняя генеалогический анамнез семьи, необходимо уточнить переносимость молока всех членов семьи. Как правило, анамнез оказывается отягощенным. При отсутствии возможности лабораторного подтверждения диагноза необходимо проанализировать характер питания ребенка и результаты предшествующей диетотерапии, которая может быть использована в качестве диетодиагностики. При переводе ребенка на безлактозную диету отмечается уменьшение диспепсических симптомов. Полезным может быть исследование кала на копрологию. Снижение pH кала ниже 5,5 не исключает наличия лактазной недостаточности.

Подход к лечению лактазной недостаточности должен быть дифференцированным и всегда зависит от вида вскармливания (естественное

или искусственное), а также степени выраженности ферментативной недостаточности (алактазия, гиполактазия). Лечебные мероприятия у детей с лактазной недостаточностью при искусственном вскармливании основаны на соблюдении низколактозной или безлактозной диеты в зависимости от выраженности клинических проявлений. При грудном вскармливании проводится коррекция диеты матери (исключаются молочные продукты, содержащие лактозу). При наличии высокой вероятности аллергии к белку коровьего молока из диеты матери исключаются не только молочные продукты, но и говяжье и телячье мясо. При отсутствии положительного эффекта от данных мероприятий, особенно в случае дефицита массы у ребенка с лактазной недостаточностью, находящегося на грудном вскармливании, для уменьшения лактозной нагрузки его необходимо докармливать безлактозными смесями на молочной основе. Хорошие терапевтические результаты наблюдаются при комбинировании смеси «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия) в сочетании с грудным молоком, в зависимости от выраженности клинических проявлений от 1/3 до 2/3 объема каждого кормления заменяется смесью «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия), как показывает практика, обычно объем смеси составляет 30-60 мл на каждое кормление. Белковый компонент смеси представлен 100% казеином, что способствует уменьшению степени кишечных нарушений и нормализует перистальтику кишечника. Смесь «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия) обогащена нуклеотидами, что особенно важно для детей с симптомами поражения кишечника, так как нуклеотиды обеспечивают нормальное функционирование клеток кишечного эпителия, способствуют более быстрому его восстановлению, стимулируют иммунный ответ. Также состав смеси обогащен длинноцепочечными полиненасыщенными жирными кислотами (ДЦПНЖК), а именно, арахидоновой и докозагексаеновой, что способствует правильному формированию нервной системы и зрительного анализатора и положительно влияет на показатели когнитивного развития. Кроме этого, данная смесь имеет сбалансированный состав аминокислот, обогащена аминокислотами L-триптофаном и L-цистеином, играющими важную роль в становлении нервной системы, регуляции суточных ритмов и восстановлении поврежденных клеток.

Смесь «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия) вводится в рацион постепенно, в каждое кормление, доводя в течение 5-7 дней до нужного количества. Уже на 2-4 день применения такой диетотерапии у ребенка отмечается уменьшение процессов брожения, газообразования, ребенок становится более спокойным во время кормления, у него нормализуется аппетит, увеличение объема кормления, вос

становление нормальной консистенции каловых масс и частоты стула. Мамы также отмечают уменьшение выраженности кислого запаха фекалий и увеличение лактации, так как дети лучше и дольше сосут грудь. После коррекции диеты в контрольных еженедельных анализах кала на рН отмечается его повышение.

Детям, находящимся на искусственном вскармливании, также можно использовать данный лечебный продукт - «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия). В этих случаях варьировать лактозную нагрузку целесообразнее в комбинации с заменителем грудного молока – базовой смесью Нутрилон 1, 2 в зависимости от возраста малыша. Доза смеси подбирается индивидуально и зависит от степени выраженности клинических проявлений лактазной недостаточности, дефицита массы ребенка. В начале диетотерапии большую долю питания составляет «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия), базовые смеси «Нутрилон 1, 2» подключаются в количестве, которое ребенок без труда сможет ус-

воить. В зависимости от состояния ребенка процентное соотношение базовой смеси «Нутрилон 1, 2» и лечебной смеси «Нутрилон Безлактозный» (Nutricia, Голландия) варьируется. Такой подбор лактозной нагрузки является более физиологичным, при правильном применении смесей более быстро восстанавливается лактазная активность кишечника. Основными критериями эффективности лечения при лактазной недостаточности являются:

- улучшение общего состояния ребенка;
- улучшение аппетита;
- исчезновение срыгиваний, рвоты;
- исчезновение процессов брожения, метеоризма;
- нормализация стула (чаще ко 2-4-му дню от начала лечения);
- повышение рН кала;
- положительная динамика в массе тела на 4-6-й день лечения.

УДК 616.6-005.741.9-089-06

## ГАЗОВАЯ ЭМБОЛИЯ КАК ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В УРОЛОГИИ

КУАНЬШЕВА Г.В.

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

### Резюме

Таким образом, развившееся осложнение в виде газовой эмболии при эндовидеурологических манипуляциях требует принятия экстренных мероприятий, слаженной работы всей бригады в операционной, соблюдения алгоритма неотложной помощи, проведения реабилитационного лечения и наблюдения.

### Тұжырым

Сайып келгенде, эндовидеурологияның манипуляциялар жанындағы газды эмболияның түріндегі іс- әрекет алғашқы жедел жәрдем көрсетуде алгоритімді сақтау, операция кезінде барлық бригаданың бірлесіп жұмыс жасауы, әр-түрлі іс-шара өткізуді талап етеді.

### Summary

Thus, complication in the form of gas embolism during endovideourological manipulations requires emergency measures, coordinated work of all team in the operating room, emergency enforcement algorithm, rehabilitation treatment and observation.

В последние годы лапароскопия, как метод лечения различной хирургической патологии, становится все более и более популярен в мире. Лапароскопия обеспечивает значительно лучший обзор органов в сравнении с разрезом, благодаря оптическому увеличению осматриваемых органов в несколько раз, а также позволяет визуализировать все этажи грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства, а при необходимости осуществить оперативное вмешательство. Технологические достижения последних десятилетий в области видеозображения, передачи света привели к значительному развитию эндовидеотехнологий и широкому их использованию. К преимуществам данного способа выполнения оперативных вмешательств относят меньшую степень травматизации тканей и соответственно менее выраженный послеоперационный болевой синдром, меньшее количество послеоперационных осложнений, короткий госпитальный период после операции, широкие возможности диагностики и определения тактики дальнейшего лечения, возможность улучшения качества жизни пожилых пациентов, с сопутствующей патологией, нуждающихся в хирургическом лечении, в том числе и урологической патологии, уменьшения риска возникновения спаечной болезни, лучший косметический эффект, снижения стоимости лечения в основном за счет сокращения

сроков пребывания в больнице и уменьшения потребности в послеоперационных анальгетиках. Необходимым условием в эндовидеурологии является введение видеокамеры и специальных инструментов через отверстия в проекции почки. Принципиальной отличительной особенностью эндовидеурологии заключается в том, что в забрюшинном пространстве в отличие от операций на органах грудной клетки, большого и малого таза нет естественной полости и для проведения эндоскопического оперативного вмешательства необходимо создание искусственной «полости».

Для решения этой задачи газ инсуфлируется под избыточным давлением, постепенно раздвигая подлежащие ткани забрюшинного пространства и поддерживая высокое давление, образует так называемый ретропневмопарен (пневморетроперитонеум). Усугубляется ситуация специфическим положением пациентов на боку, с опущенными ногами и головным концом (положение Тренделенбурга+положение Фовлера +латеропозиция с использованием приподнимающего валика) и зачастую пожилой возраст больного. Наиболее частыми показаниями для эндовидеурологии являются – кистозные заболевания почек, артериовенозные конфликты, терминальная стадия гидронефроза и т.д. Для создания пневморетроперитонеума в забрюшинное пространство вводят газ, который и

создает вышеописанную «полость». Газ вводят путём инсуффляции прямой иглой Вереша. При обеспечении указанных оперативных вмешательств анестезиолог должен четко представлять патофизиологические особенности эндовидеохирургических операций, связанные с созданием повышенного внутрибрюшного и внутригрудного давления, искусственной «полости» забрюшинного пространства, системной абсорбцией углекислого газа, положением больного на операционном столе (1,2).

Наличие ранее перенесённых операций иногда может явиться относительным противопоказанием к проведению операции так, как возникающие при инсуффляции газа под большим давлением разрывы рубцовой ткани забрюшинного пространства приводят к зиянию мелких венозных сосудов с последующим незамедлительным нагнетанием газа в сосудистое русло и развитием газовой эмболии. При решении проведения операции для первичной пункции выбирают точку, максимально удалённую от рубца. Тщательно выбирается правильность введения иглы Вереша различными способами (капельный тест, шприцевая проба, аппаратная проба) – первичная профилактика развития газовой эмболии, затем начинают инсуффляцию газа, сначала медленно со скоростью не более 1,5 л/мин, это наиболее значимый период для анестезиолога – возможность ранней диагностики газовой эмболии. Обычно вводят 2,5–3 л газа, пациентам с ожирением или крупного телосложения может потребоваться большее количество газа (до 8–10 л).

Однако, несмотря на все вышеописанные преимущества высокотехнологичных эндовидеоурологических операций имеется ряд серьёзных специфических осложнений, их делят на три группы. Первую группу представляют осложнения, возникновение которых связано с этапом введения троакаров в брюшную полость - повреждение сосудов тонкой кишки, воротной вены, нижней полой вены с развитием кровотечения, повреждение внутренних органов иглой Вереша. Вторая группа осложнений связана с созданием карбоксиретроперитонеума - подкожная эмфизема, пневмомедиастинум, пневмоперикардium, пневмоторакс, нарушения сердечного ритма (чаще желудочковые аритмии), газовая эмболия. Последняя является наиболее грозной ситуацией, требующей проведения ряда срочных мероприятий. В третью группу послеоперационных осложнений включают послеоперационные грыжи, инфекционные осложнения со стороны послеоперационных ран (1,3).

Газовая эмболия — редкое, но крайне тяжёлое осложнение лапароскопии, которое наблюдают с частотой 1–2 случая на 10 000 операций. Возникает при прямой пункции иглой Вереша того или иного сосуда с последующим введением газа непосред-

ственно в сосудистое русло или при ранении вены на фоне напряжённого пневмоперитонеума, когда газ попадает в сосудистое русло через зияющий дефект. Способствующим газовой эмболии фактором является гиповолемия, при которой венозное давление часто бывает отрицательным, поэтому при малом венозном возврате в правое предсердие, последнее присасывает кровь из вен. Возникновение газовой эмболии проявляется внезапной гипотензией, цианозом, сердечной аритмией, гипоксией, напоминает клиническую картину инфаркта миокарда и тромбоэмболии лёгочной артерии, при аускультации - классический симптом Морель-Лавалле, так называемый «шум мельницы», расширение комплекса QRS на электрокардиограмме, стридорозное дыхание, шум трения плевры, отмечается гипоксемия (4). У пациента в сознании классическими признаками лёгочной эмболии являются нарушения дыхания, плевральные боли в грудной клетке и кровохарканье. Массивная эмболия может проявиться в остановке сердца (асистолии) и в острой гемодинамической недостаточности с быстрым развитием остановки сердца. Нередко такое состояние приводит к летальному исходу. Для диагностики и коррекции правожелудочковой недостаточности и низкого сердечного выброса целесообразно использовать непрерывный мониторинг.

Протокол неотложных действий при массивной газовой эмболии во время операции:

немедленно остановить операцию, осуществить деинсуффляцию газа из полости, перейти на гипервентиляцию 100% O<sub>2</sub>, придать пациенту положение Тренделенбурга с поворотом на левый бок (операционный стол круто наклонить в сторону головного конца, а правый приподнять не менее чем на 15 градусов). Это диктуется тем обстоятельством, что при положении тела на правом боку во время попадания газа в вену сердце тоже находится в правом боковом положении, тогда как лёгочная артерия расположена в верхней части правого сердца, и газ, устремляясь кверху, создает эмбол, обтурируя а. pulmonalis. При положении больного на левом боку лёгочная артерия занимает нижнее положение по отношению к правому желудочку сердца, поэтому газ, поднимаясь кверху, образует с кровью пену и постепенно проходит малыми порциями из правого желудочка в лёгкие, откуда он выделяется наружу. В связи со сказанным при развитии газовой эмболии или только при подозрении на нее необходимо тотчас уложить больного на левый бок (3,5).

При нарушении сердечно-сосудистой деятельности, что всегда имеет место при эмболии, необходимо применить весь комплекс сердечно-сосудистых стимулирующих препаратов, а при остановке сердца — его массаж. Для предотвращения дальнейшего движения газа из правого предсердия, быстро катете-

ризировать правую подключичную вену и попытаться аспирировать газ из правого предсердия, при необходимости начать инотропную поддержку, проведение вентиляции легких чистым кислородом. Необходимо проводить вспомогательную оксигенотерапию, интубированного пациента увеличить  $FiO_2$  до 100%, продумать возможность ПДКВ. У неинтубированного пациента: использовать лицевую маску с  $FiO_2 = 100\%$ , в случаях развивающейся газовой эмболии и нарушения дыхания необходимо произвести интубацию трахеи и осуществить управляемое дыхание, поддерживать циркуляцию, увеличить ОЦЖ. Ввести инотропные препараты, повторить при необходимости, адреналин в/в, повторить при необходимости, инфузия допамина (2,5). Срочная консультация торакального хирурга. Для восполнения кровопотери аспирируемую после дегазации кровь можно вновь инфузировать.

Однако иногда, несмотря на безупречное соблюдение всех условий техники исследования, все же может возникнуть эмболия, особенно у лиц пожилого возраста, страдающих атеросклерозом, варикозным расширением вен, когда эластичность сосудов понижена, в силу чего они легко рвутся. Охлаждение и барбитуровая кома будут снижать метаболизм головного мозга и могут ограничить неврологическое повреждение. Возможно также использование стероидов, маннитола и глицерина с целью снижения отека головного мозга. Хороший эффект может оказать гипербарическая оксигенация, если она может быть начата через короткое время после эмболии, однако сообщалось о значительном уменьшении неврологического дефицита, даже когда ГБО начиналась более, чем через 30 часов после эмболии. Транспорт нестабильного пациента в отделение ГБО может быть невозможен или не

практичен, если отделение располагается достаточно далеко (3).

#### Список использованной литературы:

1. Arens J. F.: Pulmonary thromboembolism: disease recognition and patient management. *Anesthesiology*. 73:146, 1990. McKenzie P. J.: Deep venous thrombosis and anaesthesia. *Br. J. Anaesth.* 2. 66:4, 1991. Persson A. V., Davis R. J., Vallaviceña J. L.: Deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Surg. Clin. North Am.* 71:1195, 1991. Quance D.: Amniotic fluid embolism: detection by pulse oximetry. *Anesthesiology*. 68:951, 1988.
3. Модифицировано из Mills NL, Ochsner JL. Massive air embolism during cardiopulmonary bypass: Causes, prevention, and management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 80:712. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтинalli, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к. м. н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001

УДК 616.6-089.5-031.83:615.211

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОМЕДОЛА В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В УРОЛОГИИ

КУАНЫШЕВА Г.В.

НЦ урологии им. Джарбусынова Б.У., г. Алматы

### Резюме

В данной статье дана информация об использовании промедола в качестве компонента спинномозговой анестезии в урологии.

### Тұжырым

Бұл мәтінде промедолды урологиядағы жұлын анестезиясында компонент тұрғыда қолдану туралы мәліметтер келтірілген.

### Summary

This article gives information about use of promedol as component for spinal anesthesia in urology.

**Актуальность.** В оперативной урологии проблема обезболивания занимает исключительно важное место. Её актуальность становится понятной, если учесть ряд особенностей урологических больных. Значительное большинство урологических больных составляют лица пожилого возраста, страдающие рядом интеркуррентных заболеваний с выраженными явлениями атеросклероза и нарушениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, тем более что в последние годы противопоказания к оперативным вмешательствам у лиц пожилого и старческого возраста с различными урологическими заболеваниями значительно уменьшились. Это способствовало широкому внедрению в клиническую практику новых методов регионарной анестезии. Одним из таких методов является спинальная анестезия (СА), которая в последние годы получила широкое распространение благодаря синтезу новых анестетиков, новым комбинациям в том числе и с опиоидами, совершенствованию техники анестезии, а также тщательности предоперационной подготовки, интра- постоперационного мониторинга.

**Цель работы.** Целью работы явилась оценка возможности и эффективности применения спинальной анестезии при анестезиологическом обеспечении андрологических операций с использованием анестетика пролонгированного действия бупивакаина в комбинации с промедолом.

**Материалы и методы исследования.** Комбинированное введение опиатов и местных анестетиков в спинномозговое пространство обеспечивает быстрое наступление анальгезии и значительно улучшает ее качество за счет блокады поступления ноцицептивной информации от поврежденных тканей к нейронной системе задних рогов спинного мозга на

разных уровнях проведения. Местные анестетики воздействуют, преимущественно, на спинальные корешки, а наркотические анальгетики, связываясь с опиатными рецепторами, тормозят передачу во II - III нейрональных слоях задних рогов спинного мозга. Нами проведено и проанализировано более 220 спинальных анестезий у больных в возрасте от 18 до 88 лет при андрологических операциях (гипоспадии, пластики уретры, субингвинальное устранение варикоцеле, аденомэктомии, трансуретральные резекции стенок мочевого пузыря и узлов предстательной железы, контактной и дистанционной литотрипсии, чрезкожных нефростомиях и литотомиях, а также при эндовидеохирургических вмешательствах).

**Результаты и их обсуждение.** Анестезия проводилась методом пункции спинномозгового канала в асептических условиях в зависимости от предполагаемой продолжительности и характера операции использовали 2% лидокаин (до 1,5 часов) или 0,5% бупивакаин (до 4 часов), вмешательства проводились при сохраненном сознании пациентов или с легкой седацией реланиумом. Для нивелирования таких характерных проявлений спинального блока, как гипотезия в раннем операционном периоде проводилась «инфузионная подпорка» Переливание 500 -1000мл кристаллоидов поддерживало гемодинамику на исходном уровне или предотвращало снижение артериального давления.

Были анализированы и разделены на группы пациенты в зависимости от вида анестезии:

1. СА с использованием пролонгированного анестетика бупивакаин 0,5%.
2. СА с использованием в комбинации с промедолом 2%.

У больных первой группы при пункции спинального пространства на уровне L2 – L3 и введении раствора бупивакаина развивался адекватный сенсорный и моторный блок до уровня мечевидного отростка. Сенсорный блок развивался через  $6,3 \pm 0,4$  минуты после введения, моторный - через  $8,7 \pm 0,6$  минут. Пациенты были доступны вербальному контакту на протяжении всей операции. Гемодинамика и параметры газообмена оставались адекватными на всем протяжении операции при спонтанной вентиляции кислородом через маску (поток 5 л/минуту, FiO<sub>2</sub> 0,4). Объем инфузии составлял в среднем  $15,6 \pm 1,2$  мл/кг кристаллоидов. У 14 больных отмечалась умеренная гипотензия (САД ниже 60 мм.рт.ст.), которая купировалась инфузией коллоидов, дофамин в дозе  $0,03 \pm 0,01$  мкг/кг\*минуту; в 9 случаях отмечена брадикардия реже 50 в минуту, купированная атропином в болюсной разовой дозе 0,3-0,5 мг.

Во второй группе проведение анестезии в 12 случаях сопровождалось развитием гипотензии (САД менее 60 мм.рт.ст.), а в 4 случаях – развитием брадикардии (ЧСС 50 в минуту), купировавшихся аналогично. В целом на всех этапах операции САД и ЧСС были относительно сопоставимыми по сравнению с пациентами первой группы. Однако, для пациентов второй группы характерным было проявление большего эмоционального спокойствия, после разреза больные чаще спали без дополнительной седации, обезболивающий эффект захватывал, зачастую и ранний послеоперационный период. В обеих группах нами было использовано краниальное введение препарата в зависимости от роста и конституции от 1,5/5 до 2,5/ 5 частей комбинированного раствора. Показатели центральной гемодинамики определялись перед операцией, после премедикации, на 20 минуте от момента введения бупивакаина в интратекальное пространство, в динамике на протяжении всей операции. Неинвазивный монитор сердечного выброса NC-SOM3 позволял регистрировать средние значения УО, МОС и ЧСС для каждых 10 сердечных сокращений. Измерение неинвазивного артериального давления проводилось с 5- минутным интервалом. Увеличение каждого из перечисленных гемодинамических параметров более чем на 10% по сравнению с исходными данными расценивалось как проявление ноцицептивной гемодинамической реакции связанной с неэффек-

тивным регионарным блоком.

#### Выводы.

1. Интратекальная блокада 0.5% раствором бупивакаина в объеме 0.06 мл/кг выполненная до начала операции, обеспечивает эффективную аналгезию в области люмбо- сакральных сегментов на протяжении не менее 4 часов.
2. Однократное интратекальное введение 0.06 мл/кг 0.5% раствора бупивакаина характеризуется отсутствием достоверных изменений гемодинамических показателей в течение всего периода эффективной аналгезии.
3. Добавление опиоидного анальгетика промедола в дозе 0.3 мг/кг к стандартной дозе 0.06 мл/кг 0.5% бупивакаина позволяет потенцировать и пролонгировать анальгетический эффект в среднем до 6 часов.
4. Рекомендуемые дозы промедола после однократного интратекального введения не вызывают изменений показателей капнометрии и пульсовой оксиметрии, что указывает на отсутствие риска респираторной депрессии при использовании данной методики.

#### Список использованной литературы:

1. Aromaa U., Lahdensuu M., Cozanitis D. Severe complications associated with epidural and spinal anaesthetics in Finland 1987–1993: a study based on patients insurance claims // *Acta Anaesth. Scand.* — 1997. — Vol. 41. — 445-452.
2. Auroy Y., Narchi P., Messiah A. Serious complications related to regional anesthesia // *Anesthesiology.* — 1997. — Vol. 87. — 479-486.
3. Benzon H., Nemickas R., Molloy R. Lumbar and thoracic epidural blood injections for the treatment of spontaneous intracranial hypotension // *Anesthesiology.* — 1996. — Vol. 85. — 920-922.
4. Carpentier J., Banos J., Brau R. Practice and complications of spinal anesthesia in African tropical countries // *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* — 2001. — Vol. 20. — 16-22.
5. Freedman J., Li D., Drasner K. Transient Neurologic Symptoms after Spinal Anesthesia an Epidemiologic Study of 1,863 Patients // *Anesthesiology.* — 1998. — Vol. 89. — 633-941.

УДК 616.12-008.331.1-035:615.22

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОЗИКАРДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

КАСЫМОВА Г.М., ТЕРЛИКБАЕВА А.Т., КАСЫМОВА Б.М., МУСТАФИН А.Б., БИЖАНОВА А.С.,  
ИДРИСОВА Г.Н., НАЛИБЕКОВА Г.И., СУЛЕЙМЕНОВА А.С., ДАРЫБАЕВА А.Ж.

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

### Резюме

Эффективность лечения артериальной гипертензии (АГ) является актуальной проблемой. В исследование были включены 19 больных АГ: 12(63,1%) женщин и 7(36,8%) мужчин в возрасте от 47 до 68 лет. Длительность заболевания составила 10-18 лет. При лечении фозикардом у больных наблюдался хороший терапевтический эффект, который поддерживался в течение суток после приёма препарата. Препарат хорошо переносился больными. У большинства -11(57,8%) больных целевые цифры достигались в течение 1 часа после приёма препарата, у 8(42,2%) – в течение 2 часов. Побочных реакций не выявилось.

### Тұжырым

Тамыр гипертензиясының тиімді емдеуі көкейкесті мәселе болып саналады. Зерттеу кезінде 19 ауру адамдар қосылды. Олардың - 12 (63, 1%) әйелдер және де оның ішінде -7 (36, 8%). Еркектердің 47 жас пен 68 жас шамасындағы аралықтарды қамтиды. Аурудың ұзақтығы 10-18 жылдарды қамтыды. Фозикарпен емдеуде ауруларда препараттың қабылдауынан кейін тәулік бойы қолдайтын жақсы терапевтиялық эффект байқалды. Препарат аурулармен жақсы қабылданды. Көпшіліктерде - 11(57, 8%) аурулардың мақсаттық цифрлары препараттың қабылдауынан кейін 1 сағат ішінде жетеді, 8 (42, 2%) - 2 сағат ішінде жетеді. Қосымша реакциялар айқындалмады.

### Summary

The effectiveness of arterial hypertension (AH) treatment is actual issue. The study included 19 patients with hypertension: 12 (63.1%) women and 7 (36.8%) of men aged 47 to 68 years. Duration of the disease was 10-18 years. Good therapeutic effect was observed when treating patients with fozicard. The effect was kept for a day after taking the drug. The drug was well tolerated by patients. The majority 11 (57.8%) of patients achieved the target numbers for 1 hour after taking the drug, 8 (42.2%) - for 2 hours. Adverse reactions were not revealed.

Артериальная гипертензия (АГ) – ведущий фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и его последствий.

**Цель исследования.** Изучение клинической эффективности препарата фозикард при лечении больных АГ.

**Материал и методы.** Фозикард применен у 19 больных с артериальной гипертензией. Преобладали женщины – 12 (63,1%), мужчины – 7(36,8%) в возрасте от 47 до 68 лет. Длительность заболевания составила 10-18 лет. Сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС) была у всех больных. Всем больным проведено исследование, включающее общий анализ крови, холестерин, билирубин, креатинин, глюкоза в крови, ЭКГ, УЗИ почек и надпочечников, исследование глазного дна. Фозикард назначался в дозе 5mg 2 раза в день. Более высокие дозы не применялись. В стационаре пациенты получали базисную терапию с включением антикоагулянтов и диуретиков.

Результаты исследования: эффект от лечения

фозикардом у больных АГ проявился в целом позитивной клинической симптоматикой. У одного больного препарат был отменен в связи с обострением хронического обструктивного бронхита и ухудшением показателей ФВД. У большинства -11 (57,8%) больных целевые цифры достигались в течение 1 часа после применения препарата, у 8 (42,2%) в течение 2 часов. Побочных реакций не выявлялось. Таким образом, фозикард является эффективным гипотензивным препаратом в лечении больных АГ. Необходимо начинать с минимальной дозы с последующим ее увеличением до адекватной нормы. В наших исследованиях оптимальной дозой является 5mg 2 раза в день.

**Выводы.** Фозикард обладает устойчивым антигипертензивным эффектом, хорошей переносимостью. Препарат оптимален для лечения больных АГ, ассоциированных с ИБС.

**Список использованной литературы:**

1. Джанани Н.А. Кардиопротективные и нефропротективные эффекты ангиотензинпревращающего фермента. Российский медицинский журнал. Том 13, 2005, №27, с.1862.
2. Моисеев В.С., Кобалова Ж.Д., Моисеев С.В. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией. Под ред. Акад. РАМН В.С. Моисеева. Москва. Изд. Группа «ГЭОТАР – Медиа», 2008.
3. Шулуток Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Санкт – Петербург ООО «Мед. Книга Элби - СПб». Ренкор, 2009.

УДК 616.34-008.314.4:615.246.9

**КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ ПРЕПАРАТА «АДСОРБИКС ЭКСТРА»  
КАК ПРОТИВОДИАРЕЙНОГО СРЕДСТВА**

МОЛДАШЕВА Г.Д., ОМАРОВА Х.С., МАРАТОВА А.М., ДЖЕКЕНОВА Ш.А.

Городская клиническая больница №1, г. Алматы

**Резюме**

Проанализированы результаты лечения 50 больных с острой неспецифической диареей, принимавших микронизированный активированный уголь в капсулах «Адсорбикс Экстра». Адсорбикс Экстра оказалось быстрым и достоверно эффективным средством при лечении неспецифической диареи, и оно очень хорошо переносилось пациентами. Следовательно, микронизированный активированный уголь вместе с пероральной регидратацией может рекомендоваться в качестве начальной меры для лечения диареи с целью быстрого и эффективного предотвращения потери жидкости и электролитов, и облегчения симптомов.

**Тұжырым**

«Адсорбикс Экстра» капсулалардағы төмендетілген, белсендірілген көмір қабылдаған өткір ерекше диареялармен 50 аурулардың емдеуінің нәтижелерінде талқыланған. Адсорбикс экстра тез және сенімді құралмен ерекше диареяның емдеуінде көрсетіп он нәтижеге жетті, және ол емделушілерге өте пайдалы көмек ретінде қолданылады. Демек, бірге перораль регидратациясымен төмендетілген белсендірілген көмірі сұйық шығынының тез және тиімді сақтап қалуын диареяның емдеуі және электролиттер үшін бастапқы шара ретінде, симптомдардың жеңілдету мақсатымен ұсынылады.

**Summary**

Analyzed results of treatment of 50 patients with the sharp nonspecific diarrhoea, accepting micronized activated carbon in capsules «Adsorbiks Ekstra». Adsorbiks Ekstra has appeared fast and authentically effective remedy for treatment of a nonspecific diarrhea, and it was very tolerantly passed by patients. Hence, micronized activated carbon together with oral rehydration can be recommended as an initial measure for treatment of a diarrhea for fast and effective prevention of loss of a liquid and electrolytes, and symptoms alleviation.

Острая неспецифическая диарея возникает очень часто в летний период и в сезон путешествий. Кроме бактерий, образующих энтеротоксин, в основном

E.coli, такие неспецифические факторы, как стресс, изменение климата и различные диеты, считаются самыми частыми причинами диареи. Она часто сопровождается метеоризмом, спазмом желудка, тошнотой,

рвотой, лихорадкой, болями в конечностях, а также возникают потери воды и электролитов, которые играют важную роль, особенно у детей и людей пожилого возраста.

Хотя большинство случаев диареи редко протекают опасно, для минимизации потерь жидкости и изменений концентраций электролитов необходимо быстрое вмешательство. Специфическое лечение требует длительной диагностики.

Активированный уголь можно принимать до того, как причина диареи будет известна. Высокодисперсные частицы активированного угля связывают токсины и бактерии, и предоставляют их безопасными. Действие является не фармакологическим, а физическим, и, следовательно, любое фармакологическое

лечение, необходимое после установления причины диареи, не нарушается применением активированного угля.

**Цель.** Определить эффективность и переносимость препарата Адсорбикс Экстра (микронизированного активированного угля в капсулах) при острой, неспецифической диарее.

**Материалы и методы.** В рандомизированном, плацебо – контролируемом, двойном - слепом исследовании с участием 50 пациентов с диареей изучалось, облегчает ли быстро активированный уголь симптомы и сокращает ли он период протекания диареи. В течение периода лечения пациенты каждый день принимали либо десять капсул микронизированного активированного угля, либо плацебо той же самой формы, цвета и растворимости, разделяя ежедневную дозу, растворяя ее в малом количестве почти прохладного чая. Эта доза применялась ко всем пациентам, независимо от степени тяжести диареи.

Основные параметры для оценки эффективности препарата:

1. сокращение частоты стула (снижение количеств дефекаций)
2. количество дней с диареей

Для оценки эффективности препарата использовались клинические данные по оценке явлений интоксикации: продолжительность тошноты, рвоты, снижения аппетита; выраженности клинических признаков заболевания: лихорадочный период, абдоминальный синдром, длительность диареи, наличие патологических примесей в стуле; лабораторной оценке выделения возбудителей – использованы бактериологический и серологические методы.

Исследование проводилось в 1 ГКБ г. Алматы, в отделении гастроэнтерологии. Пациенты были взрослыми (старше 18 лет), до включения в исследование имели неспецифическую диарею в течение максимум двух дней. Частота стула более трех раз в день

оценивалась как диарея.

Пациенты, которые не соответствовали возрастному критерию, и те пациенты, чей диагноз подозревался как острый живот или органическое заболевание кишечника или поджелудочной железы, не были включены в исследование. Также были исключены все пациенты с болезнью Крона или язвенным колитом, язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, пациенты с сердечной недостаточностью, циррозом печени, пациенты с тяжелыми, всепоглощающими, 2 интеркуррентными заболеваниями, беременные женщины или пациенты с карциномой кишечника.

Препараты, которые оказывают влияние на дефекацию, не были разрешены в качестве сопутствующего медикамента. Все другие препараты для лечения любых существующих первичных заболеваний были разрешены, в том случае, если они не влияли на дефекацию. Любой тип сопутствующего медикамента документировался в протоколе испытания.

В качестве дальнейших параметров контроля были использованы клинические данные по метеоризму, перистальтике кишечника и характере стула, а также по следующим симптомам: позыв к испражнению, болезненная дефекация, спазмы желудка, метеоризм, отрыжка, изжога, недостаток аппетита, тошнота.

**Дальнейшие параметры результата.** Испытуемое вещество явно оказывало положительное действие на перистальтику кишечника и метеоризм. Характер стула быстро улучшился в группе средства. Уже во время первого контрольного обследования на четвертый день исследования у более половины количества испытуемых пациентов группы средства характер стула вернулся к норме. Значительные различия в пользу группы средства произошли в симптомах: позыв к испражнению, болезненная дефекация, спазмы желудка и тошнота. Различия в симптомах: метеоризм, отрыжка, изжога и недостаток аппетита, не были значительными.

#### **Общая эффективность и переносимость.**

Испытание эффективности и переносимости проводилось по шкале 1 – 5 (низкие значения = хорошая переносимость или хорошая эффективность). Опросы пациента и врача испытания по их оценке общей эффективности проводились по отдельности. Эта аускультация, метеоризм перкуссией, остальные данные определялись посредством опроса пациента. В зависимости от степени тяжести симптомы оценивались от 1 (легкий) до 3 (тяжелый) баллов. Суммированный балл был вычислен исходя из всех симптомов вместе.

#### **Демографические данные и общие данные.**

Группа исследования включала 25 пациентов женского пола и 25 пациентов мужского пола, контрольная группа – 16 пациентов женского пола и 28 пациентов мужского пола. Между двумя группами было сбалан-

сировано распределение в отношении возраста, роста и массы.

**Обсуждение.** Эффективность тестируемого средства явно продемонстрирована этими результатами; различия между средством и плацебо в исследовании были большими. Основные параметры результата - сокращение частоты стула и сокращение продолжительности диареи - были однозначно достигнуты. Частота стула при противодиарейном средстве была значительно снижена еще с третьего дня. Также явным было превосходство тестируемого средства в показателях количества дней с диареей. И здесь было обнаружено, что тестируемое средство было явно превосходящим: для средства в среднем составляло 2.4 дня, для плацебо - 4.2 дня с диареей.

Превосходство микронизированного активированного угля было также явным в клинических данных по метеоризму, перистальтике кишечника и характере стула, а также по восьми отдельным симптомам, суммированный балл которых был в значительной степени улучшен в пользу противодиарейного средства.

Оценка эффективности, произведенная и врачом исследования, и пациентами, также выявлена как высоко значимая в пользу средства. Тестируемое средство также оказалось очень хорошо переносимым.

С активированным углем принцип терапии доступен, с которым этиотропная терапия диареи возможна. Благодаря безопасной адсорбции токсины и бактерии в желудочно-кишечном тракте эффективно обезвреживаются. Благодаря принципу физического действия без побочных эффектов, эта терапия также подходит для беременных женщин и детей.

**Частота стула.** Уже на второй день исследования различия были видимыми в эффективности между

средством и плацебо в отношении частоты стула. С третьего по пятый микронизированный активированный уголь значительно превосходил плацебо по эффективности.

Опрос о переносимости проводимый отдельно для врача и пациента показал, что тестируемое вещество переносилось в той же степени, как и плацебо. Побочные эффекты или взаимодействия не были указаны в обоих случаях. Переносимость и средства, и плацебо, была указана как «хорошо».

Основные параметры результата - сокращение частоты стула и сокращение продолжительности диареи - были однозначно достигнуты. Различия между средством и плацебо, были большими. В группе препарата частота стула значительно снизилась с третьего дня, и очень существенно с четвертого дня. Превосходство противодиарейного средства было также явно очевидным в показателях количества дней диареи, клинических данных по метеоризму, перистальтике кишечника и характере стула, и по восьми отдельным симптомам, суммированный балл которых был в значительной степени улучшен с помощью тестируемого средства.

**Выводы.** Адсорбикс Экстра оказалось быстрым и достоверно эффективным средством при лечении неспецифической диареи, и оно очень хорошо переносилось пациентами. Следовательно, микронизированный активированный уголь вместе с пероральной регидратацией может рекомендоваться в качестве начальной меры для лечения диареи с целью быстрого и эффективного предотвращения потери жидкости и электролитов, и облегчения симптомов.

УДК 616-089.5-031.83:616-006

## ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА КАК КОМПОНЕНТ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

ТУСИПОВА Р.С.

Жамбылский областной онкологический диспансер, г. Тараз

### Резюме

Таким образом, наиболее верным и выгодным способом в хирургической онкологии является очаговое обезболивание, которое можно применять на разных стадиях при проведении операции онкологически больных. Очаговое является необходимым компонентом в клинической анестезии.

### Тұжырым

Сайып келгенде, біз онкология хирургиясындағы орталық қоршаулары жансыздандыруды жоғары сенімді, тиімді әдіспен онкология ауруларының тіптен әр түрлі дәрежелерінде санауға болатынын ойлаймыз, соның ішінде емделушілерде және биік тәуекел операцияларында. Орталық қоршаулар - абсолютті әрбір онкология клиникасындағы анестезиялық қамтамасыз етуді атрибут қажетті.

### Summary

Thus, we believe that the central blockade in cancer surgery can be considered highly reliable, effective method of anesthesia for various types of cancer patients, including patients and high risk operations. The central block - absolutely essential attribute of each anesthetic to ensure cancer patients.

Онкологические операции зачастую характеризуются травматичностью и обширностью. В то же время функциональные резервы большинства онкологических больных в той или иной степени снижены из-за возраста, сопутствующей патологии, осложнения основного заболевания, адъювантной химио- и/или лучевой терапии. Все это диктует необходимость надежной защиты от операционной травмы при минимальном влиянии анестезии на жизненно важные функции.

В подобной ситуации вряд ли стоит искать какой-либо универсальный способ анестезии. В то же время, в целом ряде исследований последних лет показано, что общая анестезия, устраняя восприятие боли, не способна блокировать прохождение ноцицептивных импульсов ни на уровне спинного мозга, ни даже на уровне головного мозга. Поэтому общая анестезия не предотвращает развитие ответной реакции на хирургический стресс, что может иметь неблагоприятные последствия у пациентов с исходно сниженными компенсаторными резервами. Другое, не менее важное следствие неполноценной защиты ЦНС при общей анестезии - мощная повреждающая стимуляция ноцицептивных нейронов задних рогов спинного мозга с изменением их реактивности, в результате чего формируется интенсивный послеоперационный болевой синдром. Из этого следует, что полноценная защита пациента от хирургической травмы возможна лишь при условии блокады вхождения ноцицептивных им-

пульсов в спинной мозг с помощью растворов местных анестетиков при проведении центральных блокад, то есть эпидуральной и спинальной анестезии.

Центральные блокады ослабляют гуморальную стресс-реакцию, что проявляется в снижении уровня глюкозы, свободных жирных кислот, кортизола, адреналина и норадреналина в крови. Регионарная симпатическая блокада способствует сохранению и восстановлению перистальтики кишечника, хорошему спланхническому кровотоку, что особенно важно для пациентов, оперируемых на органах брюшной полости. Инфузия слабokonцентрированных растворов местных анестетиков в эпидуральное пространство в послеоперационном периоде не только позволяет достичь высококачественного обезболивания, но и снижает частоту респираторных, сердечно-сосудистых, тромбоэмболических осложнений, т.е. значительно улучшает результаты хирургического лечения. Все это делает центральные блокады уникальным по своему потенциалу средством анестезиологической защиты. Очень важное достоинство центральных блокад - минимальная инвазия в функциональную сферу организма. Применение эпидуральной и спинальной анестезии в «чистом» виде не связано с необходимостью интубации и проведения ИВЛ, посленаркозной депрессией сознания и дыхания, изменением деятельности паренхиматозных органов, эндокринной системы и т.д. Влияние на сердечно-сосудистую систему нередко проявляется умеренной артериальной

гипотензией и, реже, брадикардией. Опытный анестезиолог обычно достаточно легко справляется с ними увеличением скорости внутривенной инфузии и применением малых доз симпатомиметиков. Поэтому в большинстве случаев снижение АД и урежение ЧСС не трактуют как осложнение.

По указанным причинам, во всем мире наблюдается неуклонный рост применения методов регионарной анестезии. На протяжении последних 10 лет в развитых странах доля использования методов регионарной анестезии достигла 35-40% от общего числа проведенных анестезий. С 2006 по 2010 год в ЖООД 89 оперативных вмешательств были выполнены под эпидуральной анестезией, спинально-эпидуральной анестезией и комбинированным обезболиванием (под эпидуральной анестезией в сочетании с эндотрахеальным наркозом).

Спинальную анестезию многие анестезиологи справедливо рассматривают как легко выполнимый, экономичный и достаточно безопасный метод анестезии, характеризующийся быстрым развитием мощного сенсорного блока и отличной мышечной релаксации. В то же время стремительная десимпатизация обширных массивов тканей чревата быстрым развитием артериальной гипотензии, что предъявляет достаточно высокие требования к адаптивным возможностям и функциональным резервам системы кровообращения. К недостаткам спинальной анестезии при однократном введении местного анестетика относятся также ограниченность во времени, а также невозможность пролонгирования в послеоперационном периоде с целью лечения болевого синдрома. Спинальную анестезию как самостоятельный метод применяем главным образом при операциях на нижних конечностях; в онкоурологии при трансуретральных резекциях предстательной железы и мочевого пузыря, орхофуникулэктомиях; при полостных и неполостных онкогинекологических вмешательствах, в «малой» проктологии, изредка, по показаниям, при резекциях толстой кишки. Метод используется в основном в тех случаях, когда продолжительность операции достаточно хорошо прогнозируема и ограничена 2-3 часами, а послеоперационный болевой синдром слабо выражен. В ряде случаев, в зависимости от ситуации при операциях на нижних конечностях для продления действия спинальной анестезии и продолжения обезбоживания после операции используется метод комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

Эпидуральную анестезию применяем в двух основных вариантах: в качестве самостоятельного способа и компонента комбинированной анестезии в сочетании с эндотрахеальным наркозом. Эпидуральная анестезия имеет преимущества перед спинальной анестезией в тех случаях, когда анестезиолог стремится

избежать стремительного развития симпатического блока. Катетеризация эпидурального пространства позволяет продлить анестезию на необходимый срок при затянувшемся оперативном вмешательстве или с целью послеоперационного обезбоживания. В то же время для эпидуральной анестезии характерно медленное начало действия и более высокая, по сравнению со спинальной анестезией, частота неадекватной анальгезии и мышечной релаксации. Эпидурально вводим 10% лидокаин до 600 мг. В целом эпидуральная анестезия при полостных онкогинекологических вмешательствах по всем основным параметрам (скорость развития, продолжительность, протяженность, прогнозируемость, надежность сенсорного блока; скорость развития, продолжительность и глубина моторного блока) надёжна. Артериальная гипотензия успешно купируется внутривенным дробным введением небольших доз симпатомиметиков (эфедрин 5-60 мг) и увеличением темпа внутривенной инфузии. Токсического действия местных анестетиков в указанных дозировках не наблюдали.

У большинства больных во время проведения центральных блокад мы прибегаем к седации. Это зависит от специфики вмешательства и желания пациента. Как правило, используем следующие варианты: внутривенное дробное введение малых доз фентанила, иногда в сочетании с микродозами кетамина (15-25 мг), а также инфузию пропофола.

Несмотря на то, что центральные блокады широко распространены в мировой практике и хорошо изучены, до сих пор нет единого мнения относительно их преимуществ и недостатков в сравнении с общей анестезией у пациентов высокого риска, связанного с резко ограниченными функциональными резервами основных витальных функций. Мы проанализировали применение спинальной и эпидуральной у 139 онкологических больных высокого риска, связанного с наличием выраженной патологией сердечно-сосудистой системы. К эпидуральной анестезии прибегали в тех случаях, когда стремились избежать выраженного развития артериальной гипотензии, в первую очередь у ослабленных больных с гиповолемией и у пациентов с тяжелой ИБС и застойной недостаточностью кровообращения, которым по условиям операции требовался достаточно высокий уровень сегментарной блокады. Во всех наблюдениях условия для выполнения вмешательства были хорошими. Наибольшего внимания и специальной тактики требовали больные с застойной недостаточностью кровообращения. Во избежание перегрузки жидкостью и артериальной гипотензии прибегали к превентивному применению вазопрессоров. Осложнения наблюдали у 2 (2,2%) больных. У пациентки 81 года развилась артериальная гипотензия с депрессией интервала ST на ЭКГ и острым наруше

нием мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом. Больная была выписана после лечения на дальнейшее лечение у невролога. В другом случае кратковременный эпизод острого нарушения мозгового кровообращения прошел в течение 6-ти часов, по мере стабилизации артериального давления, и не оставил последствий. Полученные данные свидетельствуют о том, что центральные блокады при выполнении онкологических операций малой и умеренной травматичности у пациентов с низкими функциональными резервами в связи с серьезной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем либо старческим возрастом относятся к надежным и безопасным способам анестезии. При выполнении высокотравматичных онкологических операций достаточной антиноцицептивной защиты можно достичь только путем комбинированного многоуровневого обезболивания.

Эпидуральная блокада местными анестетиками позволяет предотвратить прорыв мощных повреждающих афферентных импульсов на уровне проведения их в спинной мозг и тем самым избежать нейрорпластических изменений последнего. Фентанил, вводимый в эпидуральное пространство, действует как на спинальном уровне, так и (за счет резорбции) в головном мозге. Этот эффект дополняют внутривенным введением небольших доз фентанила.

Такая схема анестезии, помимо надежной антиноцицепции, обеспечивает еще, по крайней мере, 2 преимущества. Первое – хорошую управляемость. Второе – гладкий выход из наркоза и переход к высококачественному послеоперационному обезболиванию.

Таким образом, мы полагаем, что централь

ные блокады в онкологической хирургии можно считать высоконадежным, эффективным способом анестезии у самых различных категорий онкологических больных, в том числе у пациентов и при операциях высокого риска. Центральные блокады – абсолютно необходимый атрибут анестезиологического обеспечения в каждой онкологической клинике.

#### Список использованной литературы:

1. Боровских Н.А. Продленная спинальная анестезия у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. // Вестник хирургии. - 1991. - №5. - 93-96.
2. Боровских Н.А. Регионарная анестезия у больных с высоким анестезиологическим риском. - Дисс. докт. мед. наук. - СПб., 1993. - 340с.
3. Бунятян А.А. и др. Руководство по анестезиологии. - М: Медицина, 1997. 83-366.
4. Бунятян А.А., Буров Н.Е., Гологорский В.А. и др. Руководство по анестезиологии / Под ред. А.А. Бунятяна. // М., Медицина, 1994. – 656

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА**

ЖИЕНТАЕВА Р.А.

Городская поликлиника №1, г. Костанай

**Резюме**

Применение препарата Фертал в практике участкового врача-педиатра дает дополнительные возможности в эффективной терапии детей с нарушениями функции желудочно-кишечного тракта, помогает достичь клинического улучшения за более короткий период лечения. Дополнительным преимуществом является однократное применение препарата в сутки, что имеет немаловажное значение при лечении детей младшего возраста.

**Тұжырым**

Учаскелік бала дәрігеріні тәжірибедегі асқазан-ішек жолының функцияларында бұзылыстары бар балаларының тиімді емдеуі Фертал препаратының қолдануы қосымша мүмкіндігін береді, қысқа мерзімнен астам емдеуде клиникалық жақсартуға көмектеседі. Қосымша артықшылығы жас шамасы кіші балаларды емдеуде препаратты тәулік бойы бір рет қолдануы маңызды болып табылады.

**Summary**

Use of Fertal drug in the practice of district pediatrician provides additional possibilities for effective treatment of children with gastrointestinal tract disorders, helping to achieve clinical improvement in a shorter period of treatment. An additional advantage is a single application of the drug per day, which is a great importance in treatment of young children.

В последние годы в арсенале участкового педиатра появился достаточно большой выбор пробиотических препаратов. Лечение пробиотиками дает возможность в ряде случаев, не прибегая к лекарственным средствам химического происхождения, добиться восстановления нормального функционирования желудочно-кишечного тракта при различных его патологиях.

Применение пробиотиков при инфекционной и антибиотикоассоциированной диарее обусловлено их антагонистическим действием по отношению к чужеродной патогенной и условно-патогенной микрофлоре. Пробиотики конкурируют с ними за питательные вещества, они вырабатывают жирные и молочные кислоты, перекись водорода, пироглютамат, подавляющие рост патогенной флоры. Кроме того, энтерококки и лактобактерии вырабатывают бактериоцины, обладающие антибактериальным действием. Значительная часть пробиотических штаммов обладает прямым антиоксидантным действием, за счет нейтрализации цито- и энтеротоксинов вирусов и бактерий. Этими механизмами объясняется быстрое устранение физиологических дисфункций кишечника на фоне назначения пробиотиков при инфекционной диарее.

По данным различных авторов прямое антимикробное и антиоксидантное действие пробиотиков позволяет с успехом применять их при лечении легких и среднетяжелых форм кишечных инфекций. Особен

но эффективны пробиотики при вирусных диареях, энтеропатогенных эшерихиозах и антибиотикоассоциированной диарее. При этом необходимо учитывать, что показанием для назначения пробиотиков можно считать не только антибиотикоассоциированную диарею, но и антибиотикотерапию, особенно повторную и длительную, с целью ее профилактики.

Очень важное свойство пробиотиков - адгезия к кишечному эпителию, за счет которой обеспечивается приживаемость пробиотических культур. Пробиотики при адгезии усиливают процессы регенерации эпителия, что способствует повышению резистентности эпителия, усиливает его барьерные функции.

Способность пробиотиков оказывать воздействие на состояние кишечного эпителия позволяет рекомендовать их пациентам с хроническими заболеваниями кишечника, сопровождающимися воспалительными и дистрофическими изменениями его слизистой оболочки.

Пробиотики, в состав которых входят несколько взаимодополняющих штаммов бактерий, оказывают более активное иммуномодулирующее действие, чем однокомпонентные препараты. Иммунорегулирующее действие пробиотиков расширяет возможности их применения при различных патологиях.

С учетом многообразия механизмов действия пробиотиков, возможности их назначения достаточно широки:

- Острые кишечные инфекции легкой и средней степени тяжести, особенно вирусные
- Затяжные диареи, обусловленные условно-патогенной флорой
- Лечение и профилактика антибиотикоассоциированных диарей
- Инфекция *H. pylori* — на фоне и после эрадикации
- Лямблиоз — на фоне и после лечения
- Воспалительные заболевания кишечника — поддержание ремиссии
- Пищевая аллергия — лечение и профилактика

Часто болеющие дети — на фоне и после лечения обострений хронических очагов инфекций, ОРВИ и их осложнений.

В своей практике мы применяли пробиотический препарат, который относительно недавно появился у нас - это комбинированное синбиотическое средство Фертал<sup>®</sup>. Он содержит 5 видов натуральной микрофлоры, восстанавливающие естественное микробное равновесие в кишечнике, регулирующие работу желудочно-кишечного тракта. Благодаря специальной технологии производства (GASTRO GUARD) Фертал<sup>®</sup> содержит гастростойчивые живые высушенные бактерии, что обеспечивает их поступление в кишечник без разрушения в желудке и быстрое восстановление кишечной микрофлоры. Витамины группы В обеспечивают улучшение метаболизма и необходимы для правильного роста молочнокислых бактерий. Алоэ Вера обеспечивает контроль роста кишечной микрофлоры, ограничивает нежелательное воздействие вредных бактерий и дрожжевых грибков в толстом кишечнике

Применение Фертала в комплексной терапии позволило повысить эффективность стандартного лечения. Однократный прием и наличие двух видов —

капсул и жидкой формы во флаконах также удобно для приема пациентам любого возраста.

Под нашим наблюдением находилось 27 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с жалобами на жидкий стул после антибиотикотерапии, с различными формами экссудативно-катарального диатеза. Из них 17 детей - основная группа, которая получала Фертал в жидкой форме в течение 10 дней, 10 пациентов - контрольная группа, получавшая Хилак-форте, также в течение 10 дней.

В группе, получавшей Фертал, на 4-5 день изменились характер и кратность стула, к 9-10 дню стул восстанавливался в 92% случаев. У детей с экссудативно-катаральным диатезом улучшение со стороны кожных проявлений были отмечены к 6-7 дню лечения. В контрольной группе улучшение наступало позже — на 8-10 день лечения и полного восстановления к 10 дню терапии не наблюдалось.

#### Список использованной литературы:

1. Конев Ю.В. Дисбиозы и их коррекция / Ю.В. Конев. - Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 432—437.
2. Глушанова Н.А. Биосовместимость пробиотических и резидентных лактобацилл / Н.А. Глушанова, А.И. Блинов // Материалы 7-го Славяно-Балтийского научного форума Гастро-2005. – С. 105.
3. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта / А.И. Хавкин. - М.: Фонд социальной педиатрии, 2006. – 415 с.

## ОЦЕНКА СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПО ЭЯКУЛЯТУ

ЖЕКСЕИТОВА А.С.

Городская поликлиника №3, г. Алматы

### Резюме

Проведенный анализ сперматогенеза свидетельствует о высокой информативности исследований эякулята, позволяющего прояснить особенности этиологии и патогенеза различных форм нарушения сперматогенеза и бесплодия.

### Summary

The analysis of spermatogenesis indicates high information content studies of ejaculate, which allows clarifying the features of etiology and pathogenesis of various forms of violations of spermatogenesis and infertility.

### Тұжырым

Сперматогенездің өткізген анализі эякулят зерттеулері туралы жоғары денгейде ақпараттандырылғаны туралы куә бола тура бедеулікпен сперматогенездің әр түрлі формаларының бұзылу патогенезі және этиологияның ерекшеліктерін анықтайды.

Из специальных методов исследования при нарушениях сперматогенеза и бесплодии основная роль принадлежит исследованию эякулята. В последние годы широко исследовались процессы сперматогенеза, его регуляция и биохимический состав эякулята, а также проводился сравнительный анализ морфологии сперматозоидов нативного эякулята.

Кроме того, в связи с бессимптомным течением и скудной симптоматикой инфекционно-воспалительных заболеваний обязательным этапом обследования являлось выявление заболеваний передаваемых половым путем, в частности, трихомониаза и хламидиоза, создающих угрозу нарушения репродуктивной функции у мужчин (Корякин М. И др. 1995г.). В большинстве случаев причины бесплодия могут сочетаться между собой и усугублять нарушения спермато- и спермиогенеза, что обуславливает трудности в диагностике и лечении возникшей патологии репродуктивной системы.

Целью нашей работы явилось прояснение этиологии и патогенеза различных форм нарушений сперматогенеза и бесплодия.

Согласно рекомендациям ВОЗ в работе проводили исследование основных показателей сперматогенной функции - концентрации спермиев в эякуляте, их подвижности, а также осуществляли дифференцированный морфологический анализ нормальных и патологических форм сперматозоидов и некоторых биохимических показателей спермоплазмы. В качестве условного контроля в первую группу были включены проходившие контрольное исследование пациенты с неактивной формой простатита, во 2-ю группу пациенты с простатитом трихоманодной этиологии, в 3-ю

группу - с простатитом хламидийной этиологии, подтвержденной ИФА или ГТЦР диагностикой, 4-ю группу составили больные тяжелой формой бесплодия [1]. Анализ результатов проведенного обследования показал, что процентное соотношение подвижности сперматозоидов и выраженность патоспермии „мели свои особенности в зависимости от причин нарушения сперматогенеза „ бесплодия. Так, у больных с инфекционно-трихоманодной формой простатита существенно нарушается подвижность сперматозоидов за счет увеличения всех малоактивных и неподвижных форм, которые в  $23,5 \pm 1,54\%$  случаев обусловлены патологией хвоста. Аномалии хвоста представлены закрученными формами и преобладанием спермиев со значительно укороченными хвостиками, однако способными производить маятникообразные движения. Достоверное возрастание малоактивных форм с поступательными движениями до  $48,8 \pm 3,46\%$ , против  $25,16 \pm 2,65\%$  может быть обусловлено выраженностью протеолитического процесса при трихомониазе. В данной группе в 3,6 раз превысил показатель протеолиза при наибольшем уровне общего белка, возросшего до  $63,8 \pm 3,26$  г/л, предположительно, имеющего мембранолитическое происхождение в результате трихоманодной деструкции хвостиков сперматозоидов и других клеточных структур придаточных желез [2]. В то время как у больных с простатитом хламидийной этиологии наблюдалось нарушение подвижности в основном в виде увеличения неподвижных форм. Резкое увеличение патологических форм средней части и шейки сперматозоидов, которое наиболее часто выявляется при поражениях хламидиями, по нашему мнению, является морфологическим отражением их

энергетического паразитирования в области локализации митохондриального аппарата сперматозоидов. Также, элементарные тельца хламидий можно наблюдать на акросомах сперматозоидов, где располагается аппарат Гольджи локализируются мембранозависимые акросомальные ферменты - ГГТ, блочная и кислая фосфатазы, увеличение активности которых выявляется у ильных данной группы, и может приводить к нарушению процесса оплодотворения.

В группе больных тяжелой формой бесплодия количество сперматозоидов не превышает  $288,5 \pm 52,11\%$  тыс. и характеризуется наличием до  $80 \pm 12,91\%$  неподвижных форм и  $11 \pm 2,26\%$  маятниковобразных форм движения. Угнетение сперматогенеза сопровождается значительным снижением морфологически нормальных форм сперматогенеза, возрастанием сперматогенного эпителия и количества незрелых форм. При этом не редко хвостики сперматозоидов могут быть густо обсеменены сопутствующей микрофлорой, чаще кокковой природы. Кроме того, дестабилизация клеточных структур может быть обусловлена не только активацией акросомальных ферментов, но также двукратным угнетением защитной антиперексисной активности каталазы, которые отмечаются в группе бесплодных мужчин. Впрочем, несмотря на

наличие выраженных цитолитических механизмов, в силу которых, имеющиеся клетки сперматогенеза не дозревают до сперматозоидов и ретерпевают дегенерацию, есть основание полагать, что бесплодие у больных данной группы, определяется торможением сперматогенеза на стадии созревания сперматид в спермин и, судя по соответствующему крови уровню 17-ОКС спермы, не подавляют активность тестикулярнозависимого эпителия. Напротив, достоверно высокое содержание в сперме фруктозы и ЛДГ ( $20,91 \pm 1,23$  ммоль/л,  $172,14 \pm 13,56$  ЕД/л, соответственно) могут свидетельствовать в пользу компенсаторно повышенной секреторной активности сперматогенного эпителия и семенных пузырьков, а следовательно, о благоприятном прогнозе относительного мужского бесплодия.

#### Список использованной литературы:

1. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике / Москва – 1987, - С.45
2. Уильямс Р. Биохимическая индивидуальность. Основы генетотрофной концепции / Москва – 1960, - С.90

## ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

ЖЕКСЕИТОВА А.С.

Городская поликлиника №3, г. Алматы

### Резюме

Более высокие концентрации препарата в крови, чем в генитальном тракте при внутримышечном введении свидетельствуют о гематогенном транспорте в очаг воспаления за счет более высокого градиента концентрации.

### Summary

Higher concentrations of the drug in the blood than in the genital tract when administered intramuscularly show hematogenous transport in inflammation due to its higher concentration gradient.

### Тұжырым

Ұшықтырылған ошаққа жоғарыдан тыс градиент концентрацияны гематогенді тасымалдаушы бұлшық ет арқылы еңгізілгенде ұрпақ өрбіту ағзаларының жолына қарағанда қандағы препараттың жоғарыдан тыс концентрациясы белгіленеді.

Наиболее часто в выделениях из половых путей были выявлены *St. aureus*, *Gard. vaginalis* и *E. coli*, другие микроорганизмы встречались значительно реже (таблица 1).

**Таблица 1. Результаты микробиологического исследования выделений из влагалища**

Вид микрофлоры	1 группа		2 группа	
	Абс.	М+m	Абс.	М+m
<i>St. epidermalis</i>	14	21,9±5,1	7	16,7±5,6
<i>St. aureus</i>	35	54,7±6,2	22	52,4±7,7
<i>Chi. trachomat.</i>	18	28,1±5,6	10	23,8±6,4
<i>M. hominis</i>	16	25,0±5,4	12	28,6±6,9
<i>Ur. urealytica</i>	12	18,8±4,8	10	23,8±6,4
<i>Str. hemolyticus</i>	10	15,6±4,4	10	23,8±6,4
<i>Gard. vaginalis</i>	39	60,9±6,1	23	54,8±7,6
<i>Cand. albicans</i>	9	14,1±4,3	8	19,0±6,0
<i>E. coli</i>	23	35,9±5,9	17	40,5±7,5
<i>Enterobacter</i>	5	7,8±3,1	2	4,8±3,0
<i>Str. fecalis</i>	2	3,1±2,1	2	4,8±3,0
<i>Salmonella</i>	1	1,6±1,5	-	-
<i>Bacteroides</i>	7	10,9±3,9	2	4,8±3,0

При этом, к большинству антибиотиков бетта-лактамного, аминогликозидного, тетрациклинового, умакролидного и фторхинолонового рядов чувствительность ассоциированной микрофлоры была снижена, в то время как к линкозаминам и хлорамфениколу - сохранена.

Микрофлора была чувствительной, к действию линкозаминов и ранее у наших больных эти препараты не применялись, мы остановили наш выбор на клиндамицине.

Для подавления микрофлоры необходимо поступление в очаг воспаления высоких терапевтических концентраций, значительно превышающих МПК. Эффективное лечение НВЗПМ у наших больных было возможным при наличии в очаге воспаления концентрации клиндамицина, превышающей 6,1 мкг/мл.

Сопоставление фармакокинетических показателей в выделениях из влажной поверхности показало, что после внутримышечного введения терапевтическая концентрация препарата была зарегистрирована в течение 5 часов, а ее подъем через 9 часов зависел от дополнительного поступления препарата после повторного введения.

В интервале 5-8 часов на фоне тенденции к

прогрессивному снижению его содержания адекватное подавление микрофлоры в очаге воспаления было сомнительным.

При ректальном введении клиндамицина на фоне локальной дегидратации, в течение 12 часов и более концентрация препарата в выделениях из влажной поверхности превышала МПК.

При сопоставлении фармакокинетических показателей при ректальном введении на фоне локальной дегидратации и без нее было установлено, что при ректальном введении на фоне локальной дегидратации они во все сроки исследования были выше, чем при ректальном. При этом разница была достоверной в интервале 7-11 часов.

Результат сравнительного анализа различных фармакокинетических показателей при различных путях введения показал, что высокие терапевтические концентрации клиндамицина в крови, не всегда обеспечивают достаточное его содержание для подавления микрофлоры в половых органах. Сохранение высокой концентрации клиндамицина в крови при внутримышечном введении, его содержание в очаге воспаления через 5-7 часов было недостаточным для обеспечения адекватного терапевтического эффекта.

---

УДК 616.511.5-035

## УЗЛОВАЯ ЭРИТЕМА

АБУЗЯРОВА Р.Р.

Городская поликлиника, г. Сатпаев

### Резюме

В данной статье приведены сведения об узловой эритеме.

### Тұжырым

Бұл мәтінде түйінді эритема туралы мәліметтер келтірілген.

### Summary

This article presents data on nodular erythema.

**Узловая эритема** - наиболее частый клинико-патологический вариант панникулита. Это кожная реакция, состоящая из воспалительных, болезненных, узловых повреждений, обычно расположенных на передней части нижних конечностей. Процесс может быть связан с разнообразными болезнями, инфекциями, саркоидозом, ревматологическими болезнями, воспалительной болезнью кишечника, реакцией на

лекарственные средства, аутоиммунными болезнями, беременностью и злокачественными новообразованиями. Обычно узловая эритема развивается внезапно, в виде симметричных, болезненных, эритематозных, горячих узелков и приподнятых бляшек, обычно расположенных на голени, лодыжках и коленях. Повреждения часто двухсторонние. Сначала, узелки имеют ярко-красный цвет, но в течение нескольких дней они

становятся мертвенно бледными, красными или пурпурными, а затем желто-зелеными и имеют вид сильного ушиба. Образование язв не происходит, и узелки заживают без атрофии или рубцевания. Некоторые клинические варианты узловой эритемы известны под различными названиями, включая мигрирующую узловатую эритему, подострый узловой миграционный панникулит и хроническую узловатую эритему, но вероятно все эти клинические варианты могут быть включены в спектр проявлений узловой эритемы. Гистопатологически, узловатая эритема - септальный панникулит без васкулита. Перегородки подкожного жира утолщаются и по-разному инфильтрируются воспалительными клетками, которые простираются на перисептальные области жировых долек. Гистопатологический признак узловой эритемы - так называемых радиальных гранул Мишера, которые состоят из маленьких, узловых скоплений гистиоцитов, расположенных радиально от центральной области перемной формы. Индометацин или напроксен, йодид калия помогают обеспечить аналгезию и разрешение синдрома.

Лечение узловой эритемы должно быть направлено на основное состояние, если оно идентифицировано. Обычно, узловатая эритема регрессирует спонтанно в течение нескольких недель и постельный режим часто является достаточным. Аспирин, нестероидные противовоспалительные средства, оксифенбутазон в дозировке 400 миллиграмм в день, индометацин в дозировке от 100 до 150 миллиграмм в день или напроксен в дозировке 500 миллиграмм в день, помогают обеспечить аналгезию и разрешение синдрома. Если повреждения сохраняются в течение более продолжительного периода, сообщалось, что были полезными йодид калия в дозировке от 400 до 900 миллиграмм ежедневно или насыщенный раствор йодида калия, от 2 до 10 капель в воде или апельсиновом соке, три раза в день. Механизм действия йодида калия при узловой эритеме неизвестен, но теоретически он может быть связан с производством гепарина тучными клетками. Гепарин подавляет аллергические реакции задержанного типа. Наблюдаемый у некоторых пациентов с узловой эритемой ответ на мазь, содержащую гепарин, поддерживает этот механизм действия. С другой стороны, йодид калия также ин-

гибирует хемотаксис нейтрофилов. Йодид калия является противопоказанием при беременности, так как может приводить к развитию зоба у плода. Был описан серьезный гипотиреоз у пациентов с узловой эритемой, вторичный к лечению йодидом калия.

Системные кортикостероиды редко бывают показаны при узловой эритеме, прежде чем их назначить, надо исключить наличие основного инфекционного заболевания. Преднизолон в дозировке 40 миллиграмм в день приводит к разрешению узелков через несколько дней. Введение триамцинолона в центр узелков в дозировке 5 mg/ml также может приводить к разрешению повреждений.

Некоторые пациенты отвечают на лечение колхицином в дозировке от 0.6 до 1.2 миллиграмма два раза в день. Сообщалось, что при узловой эритеме был полезен гидроксихлорохин, 200 миллиграмм два раза в день.

#### **Список использованной литературы:**

1. Кулага В.В. Васкулиты кожи / В.В. Кулага, И.М. Романенко. - Киев, 1984.
2. Шапошников О.К. Сосудистые поражения кожи / О.К. Шапошников, Ж.В. Деменкова. - Л., 1974. - 49 с.

УДК 616.21:615.839.1

## ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА МОРСКОЙ ВОДЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА - ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

БЕЙСЕКЕЕВ Б.Р.

Городская поликлиника №1, г. Петропавловск

### Резюме

В данной статье приведены сведения о применении раствора морской воды в практике врача – оториноларинголога.

### Тұжырым

Мақалада оториноларинголог-дәрігердің тәжірибесінде теңіздің суын пайдалану туралы мәліметтер берілген.

### Summary

This article gives information about application of sea water solution in practice of e.n.t. specialist.

Орошение носовой полости солевыми растворами простой и эффективный метод. Широкое распространение этот метод получил благодаря безопасности для пациентов любых категорий, включая беременных, кормящих женщин и детей. Сочетание местного орошения носовой полости солевыми растворами позволяет не только повысить эффективность терапии, но и уменьшить дозы применяемых лекарственных средств, что доказано проведенными клиническими исследованиями [1]. В литературе имеется достаточное количество исследований подтверждающих лечебный эффект промывания гипертоническими растворами морской воды носовой полости при различных ЛОР-патологиях [2,3].

Носовые орошения могут применяться при многих состояниях. Их использование оправдано при лечении острых и хронических риносинуситов, аллергического и неаллергического ринита, неспецифических назальных симптомах (включая постназальную ринорею), перфорации перегородки и постоперационных состояниях. Применение носового орошения приводит к уменьшению общей медикаментозной терапии.

Для проведения процедур в области верхних дыхательных путей наиболее подходящими являются воды с концентрацией хлористого натрия от 0,5 до 3%, поэтому морская вода после ультрафиолетовой обработки разбавляется дистиллированной водой. Для профилактических процедур больше подходят изотонические растворы (до 0,9%), гипертонические растворы морской воды в лечебных целях имеют более выраженный эффект.

Морская вода увлажняет сухие слизистые оболочки, способствует быстрому размягчению и отделению корок и плотного экссудата. При этом на слизистые оболочки оказывается механическое воздействие водной

струи, а также специфическое действие хлористого натрия и микроэлементов, способствующих восстановлению функции слизистой оболочки. Соли способствуют разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках слизистой оболочки. Микроэлементы, содержащиеся в морской воде (главным образом, Ca, Fe, K, Mg, Cu), способствуют нормализации функции мерцательного эпителия, повышению антиинфекционной устойчивости слизистой оболочки носа, улучшению субъективных ощущений пациентов.

В нашей практике при лечении острых и хронических риносинуситов, а также аллергического ринита, мы применяли гипертонический раствор морской воды Синомарин, производства греческой компании «Геролиматос». Концентрация морской воды в этом растворе равна 2,3%. По сравнению с изотоническими растворами гипертонический раствор имеет свои преимущества.

Помимо упругой, но мягкой струи, которая активно промывает все отделы носовой полости от патологических выделений, реализуется осмотический эффект, снимается отек слизистой за счет разницы концентрации раствора и внутриклеточной жидкости. Это служит дополнительным лечебным компонентом, который улучшает носовое дыхание, значительно уменьшает выделения из носовых ходов. Кроме того, более высокая концентрация микроэлементов в гипертоническом растворе морской воды оказывает выраженное влияние на трофику и восстановительные процессы в слизистой оболочке носовой полости.

Значительное улучшение наблюдалось также при применении Синомарина при атрофических ринитах, вызванных длительным применением сосудосуживающих препаратов местного действия. При постепенном замещении приема сосудосуживающих пре

паратом гипертоническим раствором морской воды, удавалось достигнуть значительной клинической ремиссии заболевания: уменьшалась сухость слизистой оболочки, исчезали корки, постепенно нормализовалась транспортная функция мерцательного эпителия. Применение Синомарина у пациентов в послеоперационном периоде после внутриназальных вмешательств также улучшало послеоперационное течение у этой категории пациентов и значительно сокращало сроки заживления.

Изучение клинической эффективности и безопасности спрея «Синомарин» проводилось в ЛОР-кабинете КГП на ПХВ «Городская поликлиника №1 г. Петропавловска, Северо-Казахстанской области.

**Цель исследования.** Изучить эффективность применения спрея «Синомарин» в комплексной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Способ применения: орошение полости носа и горла 3-5 раз в день спреем «Синомарин».

#### Результаты исследования и динамика клинических симптомов.

**Материалы и методы.** Пациенты были разделены на 2 группы, в которых одинаково представлены различные нозологические формы. Под наблюдением находилось 64 пациента с острым ринитом, ринофарингитом и 38 – с острым фарингитом, фаринголарингитом.

Первая (контрольная) группа включала 40 пациентов (24 женщины, 16 мужчин, средний возраст  $40,2 \pm 4,4$  года), которым на фоне основной терапии (сосудосуживающие капли в нос, инсуффляция в полость носа сульфаниламидного порошка, УВЧ и УФО местно, полоскание полости рта антисептиками) назначали жидкий экстракт родиолы розовой в стандартной дозировке по 10 капель 2 раза в день в первой половине дня. Вторая (основная) группа – 42 пациента (23 женщины, 19 мужчин, средний возраст  $40,6 \pm 4,1$  года), которые кроме препаратов основной терапии и вместо экстракта родиолы розовой дополнительно промывали носовую полость спреем «Синомарин» 3-5 раз в день.

Таблица 1. Динамика основных субъективных проявлений

Субъективные признаки*	Исходный фон		4-й день		7-ой день	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Нарушение носового дыхания	6,7±0,24	6,9±0,26	4,8±0,24	3,8±0,22	2,4±0,12	1,0±0,88
Выделения из носа	6,4±0,21	6,7±0,24	4,6±0,22	3,6±0,22	2,4±0,11	0,9±0,09
Слабость, недомогание	5,2±0,24	5,4±0,26	3,8±0,22	2,6±0,2	1,8±0,14	0,9±0,1
Болезненность при глотании	4,7±0,24	4,8±0,24	3,5±0,2	2,4±0,18	1,9±0,11	0,9±0,1
Охриплость	4,4±0,23	4,6±0,22	3,5±0,22	2,5±0,18	1,8±0,1	1,1±0,1
Кашель	3,8±0,2	4,0±0,22	1,9±0,13	1,5±0,12	1,1±0,09	0,7±0,06

\*Примечание: признаки выражены в баллах по 10-балльной шкале.

Данные таблицы 1 показывают, что достоверных статистических различий среди показателей, отражающих исходное состояние пациентов, не отмечалось. В процессе лечения у пациентов обеих групп наблюдалась положительная динамика, однако, выявлена большая эффективность терапии во второй (основной) группе, где в состав комплексной терапии был включен гипертонический раствор морской воды «Синомарин». На 4-й и 7-ой дни после начала лечения установлено статистически достоверное улучшение

показателей у пациентов 2 (основной) группы таких признаков, как нарушение носового дыхания, выделений из носа, слабость и недомогание, болезненность в горле, охриплость и кашель по сравнению с пациентами 1 (контрольной) группы, получавших дополнительно жидкий экстракт родиолы розовой.

При анализе изменений ринофарингоскопических показателей в процессе лечения (таблица 2) также выявляется более высокая эффективность терапии у пациентов 2 (основной) группы. При осмотре в

контрольные дни отмечалось достоверное различие показателей таких признаков, как отечность слизистой полости носа, сужение просвета носовых ходов, гиперемия и инфильтрация слизистой.

Таблица 2. Динамика ринофарингоскопических показателей

Признаки*	Исходный фон		4-й день		7-ой день	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Отечность слизистой полости носа	3,6±0,22	3,6±0,22	2,1±0,14	1,8±0,14	0,7±0,03	0,4±0,02
Сужение просвете носовых ходов	3,2±0,21	3,2±0,22	2,2±0,15	1,7±0,12	1,0±0,06	0,4±0,01
Наличие слизистых и гнойных выделений	3,3±0,2	3,2±0,2	2,1±0,16	1,8±0,15	0,9±0,06	0,8±0,05
Гиперемия, инфильтрация слизистой	2,4±0,16	2,3±0,16	1,5±0,9	1,3±0,8	0,7±0,05	0,4±0,02

\*Примечание Признаки выражены в баллах по 4-х балльной шкале

**Осложнения и побочные эффекты.** Каких-либо осложнений и побочных эффектов при курсовом применении спрея «Синомарин» не выявлено.

**Выводы:**

1. «Синомарин» при курсовом назначении пациентам с заболеваниями верхних дыхательных путей улучшает динамику субъективных и объективных показателей воспаления слизистой оболочки носа
2. По влиянию на основные субъективные и объективные показатели спрей «Синомарин» в течение первых 7 дней терапии превосходит действие известного растительного адаптогена – экстракта родиолы розовой.
3. Целесообразно включение спрея «Синомарин» в комплексную терапию острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.
4. Спрей «Синомарин» эффективен в любом возрасте (включая новорожденных и пожилых пациентов)
5. «Синомарин» безопасен, нетоксичен, не имеет противопоказаний

Появление в практике врача-оториноларинголога

гипертонического раствора «Синомарин» позволило повысить эффективность и безопасность проводимой терапии у пациентов.

**Список использованной литературы:**

1. Garavello W, Somigliana E, Acaia B, Gaini L, Pignataro L, Gaini RM. Отделение отоларингологии, Миланский Университет, Монза, Италия. Рандомизированное исследование: промывание носовой полости у беременных женщин с сезонным аллергическим ринитом. 2010;151(2):137-41. Epub 2009 Sep 15.
2. Фреше и др. «Применение гипертонического раствора морской воды для (Синомарин®) в ринологии». Revue Officielle de la Societe Francaise de ORL Том. 50, №. 4, 1998
3. Рабаго и другие, «Эффективность ежедневного орошения носовых ходов гипертоническим солевым раствором у пациентов с синуситом: рандомизированное контролируемое исследование», The Journal of Family Practice, Том. 51, №. 12, Декабрь 2002

## ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ СИНОМАРИН ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

ШЕПЕЛЕВА Н.В.

Консультативно-диагностическая поликлиника №1 АО «Талап», г. Уральск

### Резюме

Приведенные данные подтверждают, что применение препарата Синомарин восстанавливает нормальное физиологическое состояние слизистой оболочки носа. Увлажняет ее, способствует удалению патологического секрета из полости носа, является безопасным гипоаллергенным эффективным удобным препаратом. Препарат может быть использован в качестве лечебного и профилактического средства в течение длительного времени.

### Тұжырым

Келтірілген мәліметтер Синомаринның препаратының қолдануы мұрынның шырышты қабығының нормалы физиологиялық күйін қалпына келтіргенін нақты түрде дәлелдейді. Оны дымдайды, мұрынның қуысынан патологиялық құпиясының алып тастауына мүмкіндік туғызады, қауіпсіз гипоаллерген тиімді ыңғайлы препараты болып табылады. Препарат қолдану ретінде емдік және профилактикалық құрал ұзақ уақыт аралығын қамтиды.

### Summary

The data confirm that Sinomarin drug restores normal physiological state of nasal mucosa. It moisturizes, helps to remove the abnormal secretion of the nasal cavity. Also it is a safe comfortable effective hypoallergenic product. The drug can be used as a therapeutic or prophylactic agent for a long time.

Согласно данным практически всех научных работ последнего десятилетия острые риносинуситы (ОРС) одно из проявлений ОРВИ является часто встречающейся патологией человека, приводящей к серьезным нарушениям качества жизни пациентов. В развитии ОРС наиболее важны такие факторы, как вирусная инфекция. Бактериальное инфицирование слизистой оболочки как следствие нарушение дренажной функции и воспаление околоносовых пазух.

Слизистая оболочка верхнего отдела дыхательных путей - основной физиологический барьер и фильтр, защищающий органы дыхания и весь организм от воздействия различных факторов внешней среды. Слизистая оболочка реагирует на эти воздействия развитием воспалительной реакции, которая может стать началом хронических воспалительных и аллергических заболеваний бронхолегочной системы в целом.

Одним из основных методов в лечении патологии полости носа и околоносовых пазух, имеющих хорошую доказательную базу, является ирригационно-элиминационная терапия. Промывание полости носа приводит к многократному разбавлению действующих на слизистую оболочку факторов (бактерий, аллергенов, триггеров и др.), механическому ее очищению. Такое промывание получило название «элиминационная терапия». Обнаруженный лечебный эффект самого солевого раствора дал возможность внедрения

термина «ирригационная терапия».

Механизмы ее действия, по данным разных авторов, следующие:

- активация метаболических процессов в клетках мерцательного эпителия, стимуляция деятельности желез, нормализация реологических свойств слизи (М.Тассарецца и соавт., 1999; А.Талбот, 1997)
- снижение риска контаминации (V.Johannsen и соавт., 1996)
- улучшение барьерной функции и повышение резистентности к инфицированию (А.С.Киселев, И.В.Ткачук, 2001)

• статистически достоверное снижение концентрации гистамина и лейкотриена С4 в носовой слизи при аллергическом рините (J.Georgitis, 1994)

Таким образом, суть терапии направлена на вымывание из полости носа слизи, пылевых частиц, пыльцы растений, бактерий, вирусов, плесневых и дрожжевых грибов, поступающих с вдыхаемым воздухом. При такой терапии происходит удаление вирусных и бактериальных агентов, увлажнение слизистой оболочки полости носа, разжижение густой слизи, уменьшение отека, восстановление функции носового дыхания. Это может позволить восстановить физиологическое функционирование носовой полости и избежать осложнений (синусит, отит, тугоухость), а также перехода процесса на нижний отдел дыхательных путей (трахеит, бронхит).

Ирригация полости носа – один из самых древних методов лечения и профилактики простудных заболеваний. Впервые промывание носа стали делать йоги в Древней Индии около 3000 лет назад. Там эта процедура получила название «Джала Нети». В качестве емкости использовался небольшой медный чайник – «Нети пот», а воду брали из реки Ганг. Надо отметить, что подобные процедуры применяются в Индии и в настоящее время. С появлением на отечественном, фармацевтическом рынке современных готовых соляных растворов в устройствах, обеспечивающих мелкодисперсное распыление жидкости в носу, большинство этих процедур стало историей.

Для проведения элиминационной и ирригационной терапии используются препараты (в основном, в форме спреев), содержащие очищенный и доведенный до определенной концентрации раствор морской воды. На сегодняшний день в продаже есть несколько готовых соляных растворов для промывания носа. В основном это изотонические или гипотонические соляные растворы. Гипертонических растворов для промывания полости носа до настоящего времени на казахстанском фармацевтическом рынке не было. Одним из этих препаратов для элиминационной терапии на сегодняшний день можно считать Синомарин.

Средство представляет собой гипертонический раствор натуральной стерилизованной морской воды с концентрацией 2,3%. При подборе концентрации учтены самые современные знания физиологии. Именно такое содержимое морской соли позволяет достичь разницы концентраций необходимой для оттока избыточного количества слизи и снятия отека в полости носа. Синомарин эффективно промывает и очищает полость носа при этом не вызывает дискомфорта. Улучшает состояние реснитчатого эпителия, оказывает противовоспалительное действие.

**Цель исследования.** Изучение эффективности Синомарина для лечения и профилактики острого и хронического ринита, аллергического ринита, острых и хронических риносинуситов.

**Материалы и методы лечения.** Клиническое исследование препарата проводилось в поликлинике

№1 АО «Талап» города Уральска. В исследовании участвовали 45 человек в возрасте от 15 до 65 лет. 15 человек с острым и хроническим ринитом, 16 человек страдающих аллергическим ринитом, 14 человек острыми и хроническими риносинуситами. Все больные были с острыми клинически типичными проявлениями данных заболеваний. Применялось комбинированное лечение – стандартная терапия + элиминационная терапия препаратом Синомарин. Курс лечения проводился 7 – 10 дней. Оценка результатов лечения проводилась на третьи, пятые и десятые сутки врачом и пациентом путем самооценки. Все больные орошали слизистую носа Синомарином 3 – 4 раза в день по 1-2 дозы.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Опыт применения препарата показал, что уже на 3 сутки у 50% больных улучшилось носовое дыхание, уменьшилась сухость слизистых оболочек. На 5 – 7 сутки произошло полное купирование клинических симптомов воспаления исчезновение густых слизистых выделений. На 10-12 у большинства больных наступило выздоровление. Больным с аллергическим ринитом было рекомендовано продолжить лечение до 30 дней.

#### Список использованной литературы:

1. Лопатин А.С. Ирригационная терапия в ринологии России. Ринология. 2004;3 25-31.
2. Марков Г.И. Транспортная функция мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа при воспалительных заболеваниях. «Вестник отоларингологии» 1985 стр 36-37.
3. «Ринит» Резюме международного соглашения по диагностике ринитов. Москва 1994 Монография.
4. Карпова Е.П. Роль гипертонического раствора в лечении патологии полости носа у детей. Москва 2009. Педиатрия, - С. 22-25.

## ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АДСОРБИКСА ЭКСТРА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КРАПИВНИЦЕ

СТАРЦЕВА Э.К.

РГП Центральная клиническая больница Управления делами Президента РК, г. Алматы

### Резюме

Определялась эффективность и переносимость микронизированного активированного угля при лечении различных форм крапивницы. Адсорбикс Экстра оказался достоверно эффективным и безопасным средством при лечении и в дополнении к базисной терапии крапивниц, способствует быстрому облегчению симптомов и сокращает их длительность, вместе с тем продемонстрировал хорошую переносимость пациентами, удобство в применении у различных возрастных групп пациентов, что позволяет рекомендовать препарат к широкому использованию у пациентов с крапивницей.

### Тұжырым

Қалақайдың әр түрлі формаларының емдеуінде төмендетілген белсендірілген көмірінің тиімділігі және тасымалданғыштығы анықталды. Адсорбикс экстра қалақайлардың емдеуінде қосымша ретінде базистік терапиясы сенімді, тиімді және қауіпсіз құрал болып табылады. Сонымен бірге, симптомдардың тез жеңілдігіне мүмкіндік туғызады және ұзақтығы қысқартылады, емделушілер мен бірге оны қолдану ыңғайлығы жақсы қабылданады, қалақайы бар емделушілерде препаратты кең қолдануға кеңес беру, емделушілердің әр түрлі жас шамасындағы топтарында пайдалануға мүмкіндік беретінін көрсетті.

### Summary

Efficiency and tolerance to micronized absorbed carbon was tested at treatment of various forms of urticarials. Adsorbiks Ekstra showed extra effective and safety mean during treatment and in addition to basic therapy of urticarials, it stimulates fast alleviation of symptoms and reduces their duration, at the same time showed good tolerance of patients, ease of use in for various age groups of patients that allows to recommend the preparation to wide use of patients with urticarials.

Аллергическая крапивница (АК) представляет собой хроническое аллергическое заболевание кожи, развивающееся у лиц с предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение, с клиническими проявлениями, характеризующееся экссудативными и /или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня сывороточного IgE и гиперчувствительности кожи к специфическим (аллергенам) и неспецифическим раздражителям. Поступлению воспалительных клеток в кожу способствует гистамин, эозинофилы, продукты распада арахидоновой кислоты, т.е. воздействие медиаторов определяет развитие кожной аллергической реакции. А препарат Адсорбикс Экстра связывает аллергены, медиаторы, циркулирующие иммунные комплексы и бактериальные антигены, а это усиливает клеточный и гуморальный иммунитет, увеличивает количество Т-лимфоцитов, снижает количество эозинофилов и уменьшает зуд, отек, крапивницу.

Адсорбикс Экстра – это микронизированный активированный уголь в капсулах, оказывающее адсорбирующее, дезинтоксикационное противодиарейное действие. Обладает большой адсорбирующей по

верхностью 2000 кв.м. на 1 г. вещества и повышенной микро- и мезопористостью, что позволяет эффективно адсорбировать вещества молекулярной массы широкого спектра. Кишечно-растворимая капсула обеспечивает полную сохранность адсорбирующей способности, так как препарат действует непосредственно в тонком кишечнике, где сорбируются вещества.

**Цель.** Определить эффективность и переносимость микронизированного активированного угля в капсулах (Адсорбикс Экстра) при заболевании крапивницей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 50 пациентов в возрасте от 15 лет и старше. Длительность заболеваний составила от 1 мес. до 5 лет, наличие характерных изменений кожи в течение от 2-х дней до 1 мес. и более на фоне базисной терапии.

Контролируемое клиническое исследование проводилось в сравнении: 2 группы (по 25 пац.) взрослых пациентов, различных возрастов с наличием заболевания - хронической идиопатической, физической, атопической и псевдоаллергической крапивницы. 1-ая группа исследуемых принимают базисную терапию + Адсорбикс Экстра по 2 капсулы x 2

раза натошак. 2-ая группа принимают только базисную те

рапию без адсорбентов.

Клиническое исследование проходило в дневном стационаре при Аллергоцентре ЦКБ УДП РК. Продолжительность исследования составила 4 недели и включала от 3-х до 4 визитов. В качестве параметров контроля были использованы клинические данные по наличию зуда, жжения, по интенсивности высыпаний (число уртикарных элементов) и длительности высыпаний.

#### Методы контроля:

- дневники пациентов, где фиксировали оценку тя

жести зуда, жжения; количество высыпаний, и длительности симптомов по 4-х балльной шкале, утром и вечером

• история болезни пациента дневного стационара Аллергоцентра, где фиксировалась оценка эффективности и безопасности лечения на всех визитах по выраженности основных симптомов заболевания.

Эффективность лечения и переносимость в 2-х группах оценивали по выраженности основных симптомов заболевания – зуд, длительность симптомов, в течение дня, часах; число и размер уртикарных элементов. По 4-х балльной шкале на каждом визите.

Симптомы	1-й визит		2-ой визит		3-ий визит		4-ый визит	
	1 гр.	2 гр	1 гр.	2 гр	1 гр.	2 гр	1 гр.	2 гр
Зуд, жжение	4 бал.	4 бал.	3 бал.	4 бал.	0 бал.	2 бал.	0 бал.	1 бал.
Число уртикар. элем.	4 бал.	4 бал.	3 бал.	4 бал.	1 бал.	2 бал.	0 бал.	0 бал.
Длительность симптомов	4 бал.	4 бал.	3 бал.	4 бал.	1 бал.	2 бал.	0 бал.	1 бал.

В целом общая эффективность лечения крапивницы в 1-ой группе пациентов была более высокой, чем во 2-ой группе. В течение всего периода исследования из 1-ой группы средства не выбыло ни одного пациента, тогда как во 2-ой группе выбыли 2 пациента, в одном случае из-за нарушения больничного режима, второй пациент в экстренном порядке госпитализирован в хирургическое отделение. В группе средства уже после 3-го и 4-го визита пациенты больше не заполняли ежедневные протоколы, т. к. отмечалось значительное улучшение симптомов.

Оценка эффективности результатов лечения врачом и пациентом отмечалась на каждом визите. Она носила субъективный характер и включала следующие градации: значительное улучшение, некоторое улучшение, без изменений.

Этиологические факторы, вызывавшие обострения крапивницы в группе исследуемых пациентов, в качестве провоцирующих факторов:

- - пищевые продукты - 42 %

- - пыльцевые аллергены - 14 %
- - бытовая и эпидермальная - 16 %
- - причины не установлены - 28 %

Как видно среди провоцирующих факторов лидируют пищевые продукты, т.е. пищевая аллергия. Благодаря безопасной адсорбции аллергены, токсины в желудочно - кишечном тракте эффективно обезвреживаются. Терапия с Адсорбикс Экстра без побочных эффектов и также подходит для беременных женщин и детям старше 6 лет.

**Вывод.** Адсорбикс Экстра оказался достоверно эффективным и безопасным средством при лечении и в дополнении к базисной терапии различных форм крапивниц, способствует быстрому облегчению симптомов и сокращает их длительность, вместе с тем продемонстрировал хорошую переносимость пациентами, удобство в применении у различных возрастных групп пациентов, что позволяет рекомендовать препарат к широкому использованию у пациентов с крапивницей.

## ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И НАГРУЗОЧНЫЕ ПРОБЫ

ИКЕНОВА Ж.А.

Медицинский центр «САНА», г. Алматы

**Резюме**

Таким образом, необходимо широкое внедрение нагрузочных проб, т.к. их использование определяет функциональный класс ИБС, решаются вопросы трудоспособности и трудоустройства, выбора реабилитационной тактики, а также степень и характер изменений коронарных сосудов и отдаленный прогноз.

**Тұжырым**

Сайып келгенде, жүктеме сынамақтардың кең енгізудің себебі олардың пайдалануы ишемиялық жүрек ауруларының функционалды классты анықтайды, оңалту тактикасында таңдалады, жұмысқа жарамдылық, жұмысқа орналастыру, коронарлық тамырлардың дәрежесімен мінез-құлықтың өзгерулерімен алыстанған болжау.

**Summary**

Thus, is necessary the wide introduction of load tests, as their use determines the functional class of CAD, the question of capacity for work and employment, the choice of rehabilitation tactics and the extent and nature of changes in coronary vessels and long-term prognosis.

Известно, что среди сердечно-сосудистых заболеваний ведущее место занимает ИБС. ИБС с типичными приступами стенокардии составляет лишь 26% у молодых людей более часто носят атипичный характер и атипичную локализацию, сопровождаются выраженными вегетативными реакциями, яркой психоэмоциональной окраской, не отмечается постоянного эффекта от приема от нитроглицерина. Эта форма встречается в 44% случаев. Без болевая форма ИБС составляет 30% случаев. Один из самых распространенных и доступных методов инструментальной диагностики ИБС остается электрокардиография. Однако клинический опыт подсказывает, что не менее чем у половины больных страдающих ИБС, ЭКГ не отличается от нормы, т.е. нормальная ЭКГ не исключает развитие ИБС.

В связи с этим ИБС для улучшения диагностики ИБС используются нагрузочные пробы. Физическая нагрузка может проведена с помощью ступеней (проба Мастера), на велоэргометре, тредмиле. Различают две группы причин, при которых используют нагрузочную пробу. Первая из них связана с целью выявления больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями и ИБС. Вторая – изучение индивидуальной толерантности к физической нагрузке у больных ИБС с заведомо установленным диагнозом заболевания с целью определения у них степени функциональной недостаточности. В зависимости от цели исследования применяют различные виды нагрузок: постоянную, быстро возрастающую и ступенеобразно возрастающую. В кардиологической практике чаще всего

используют ступенеобразно возрастающую нагрузку. Длительность каждой ступени нагрузки обычно 3-6 минут, начальный уровень нагрузки 100-150 кгм/мин, 2 ступень – 300 кгм/мин, 3 ступень – 400 кгм/мин, 4 ступень 600 кгм/мин и т.д.

Пробу прекращают при достижении испытуемым субмаксимальных величин ЧСС, либо при появлении клинических или электрокардиографических критериев прекращения пробы. Регистрация ЭКГ проводится в исходном состоянии при положении больного сидя и стоя, далее в каждой ступени нагрузки и в восстановительном периоде на 1, 2, 3, 5, 7 и 10-й минутах.

**Критерии прекращения пробы:****Клинические критерии:**

1. Достижение субмаксимальной возрастной ЧСС.
2. Приступы стенокардии
3. Снижение АД на 20-30% от исходного уровня или отсутствие его повышения при возрастании нагрузки
4. Значительное повышение АД (более 230/130 мм.рт.ст.)
5. Приступ удушья, выраженная отдышка
6. Резкая слабость
7. Головокружение, тошнота, сильная головная боль
8. Отказ больного от дальнейшего проведения пробы

**ЭКГ критерии:**

1. Горизонтальная, направление косо вниз, корытообразное снижение сегмента ST на 1 мм и более
2. Косовосходящее снижение сегмента ST
3. Подъем сегмента ST на 1 мм и более
4. Частые экстрасистолы и другие нарушения возбу-

димости миокарда(пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия и др.)

5. Нарушение AV и внутрижелудочковой проводимости.

6. Изменение комплекса QRS: резкое падение вольтажа зубца R, углубление и уширение имевшихся ранее зубцов Q и QS переход зубцов Q в QS

Пробы прекращают при появлении хотя бы одного из этих критериев. Изменение зубца T(инверсия, реверсия ) должно насторожить врача, т.к. изменение зубца T могут предшествовать ишемии миокарда. При интерпретации полученных данных следует иметь ввиду наличие прямой связи между выраженностью клинических проявлений коронарной недостаточности и индивидуальной толерантностью больных ИБС к физической нагрузке: она тем ниже, чем выражение коронарная недостаточность. Прекращение пробы в самом ее начале(1-ая , 2-ая минута) говорит о крайне низком функциональном резерве коронарного кровообращения и характерно для больных IV функционального класса.

Прекращение пробы при нагрузках от 300 – 450 кгм/мин говорит о невысоких резервах коронарного кровообращения (III функциональный класс). Прекращение пробы при нагрузках от 600 – 750 кгм/мин и выше – благоприятный прогностический признак (I – II функциональный класс). Наиболее благопри-

ятный результат – прекращения пробы при нагрузках 750 кгм/мин и более по достижении субмаксимальной возрастной ЧСС и означает отсутствие признаков коронарной недостаточности.

Важное значение в оценке результатов пробы имеет смещение вниз сегмента ST как признака ишемии. Существует несколько вариантов его смещения, и они встречаются в 30-50% случаев у больных ИБС. Степень снижения сегмента ST связана с тяжестью поражения коронарных артерии и плохим прогнозом. Таким образом, нагрузочные пробы у больных с ИБС позволяют не только выявить индивидуальную толерантность к нагрузкам, но и судить о степени и характере изменения коронарных сосудов, об отдаленном прогнозе. Высока ценность нагрузочных проб у больных с НЦД по кардиальному типу и среди лиц, не предъявляющих жалоб. Следовательно, необходимо активнее использовать нагрузочную пробу на этапе стационарного лечения и в практике поликлинического обследования.

## ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК

ГАПУРОВ Б.С.

Областная больница, г. Атырау

Резюме

В статье описан геморрагический шок.

**Summary**

This paper describes a hemorrhagic shock.

Тўжырым

Мәтінде геморрагиялық шокқы сипатталған.

Ведущим признаком большинства видов шока является абсолютный или относительный гиповолемический синдром. Абсолютная гиповолемика наблюдается при явной или скрытой потере крови, потере жидкости через желудочно-кишечный тракт, почки (ангидремический шок) и кожу при ожоговом шоке, а также на фоне синдрома капиллярной утечки, максимальная выраженность которого наблюдается при септическом шоке. Относительная гиповолемика возникает при внезапном увеличении емкости сосудистого русла, что наблюдается при сосудистых видах шока в результате падения сосудистого тонуса. Обычно патогенез шока рассматривают на примере геморрагического шока.

Пусковым механизмом в его развитии является синдром малого выброса, формирующийся в ответ на снижение венозного возврата. Данный вид шока развивается, как правило, не столько в связи с уменьшением ОЦК, сколько в результате интенсивности кровопотери. При кровопотере до 10% от ОЦК (это примерно до 500 мл крови) организм за счет моторики венозного русла (в нем в норме содержится до 70% объема крови, в артериях – 15%, в капиллярах – 12% и в камерах сердца – 3%) довольно успешно справляется с данной ситуацией, давление наполнения правых отделов сердца остается в пределах нормы, ЦВД держится на должном уровне, УОС не страдает. При потере более 10% от ОЦК приток крови с периферии в малый круг начинает уменьшаться, ДЗЛК уменьшается, давление наполнения правых отделов сердца падает, ЦВД становится ниже нормы, вследствие этого снижается УОС. Данный патологический сдвиг компенсируется тахикардией (уменьшение ОЦК на 10% и более резко стимулирует функцию надпочечников, а КА через воздействие на (3-рецепторы сердца вызывают увеличение ЧСС), в результате чего МОС возрастает.

При истощении компенсаторных механизмов (это проявляется уменьшением венозного возврата на 25-30%) УОС уменьшается ниже критической ве-

личины и развивается синдром малого выброса. Он частично купируется компенсаторной тахикардией и вазоконстрикцией. (В основе вазоконстрикции, так же как и увеличения ЧСС, лежит массивный выброс катехоламинов: непосредственно после кровопотери их уровень в крови возрастает в 50-100 раз.) Поскольку периферический спазм неравномерен, кровоток перераспределяется: за счет резкого сокращения перфузии всех органов и систем, на фоне значительно возрастающего ОПСС, организму некоторое время удается поддержать кровоснабжение сердца и головного мозга на приемлемом для жизни уровне. Данный феномен называется централизацией кровообращения. Само по себе это явление можно расценивать как биологически целесообразную реакцию, необходимую организму для проведения компенсаторных изменений с целью нормализации состояния внутренней среды за счет перераспределения объемов водных секторов. Однако если организм самостоятельно не в силах справиться с кровопотерей, то вазоконстрикция на фоне затянувшегося синдрома малого выброса приводит к глубокой гипоксии тканей с неизбежным развитием ацидоза (при гипоксии, вызванной значительной кровопотерей, потребности организма в кислороде покрываются приблизительно на 50%).

При шоковом состоянии происходят значительные нарушения водно-электролитного равновесия. Под влиянием ацидоза развивается постепенная потеря тонуса прекапиллярного сфинктера на фоне сохранившегося тонуса посткапиллярной части капилляра. Прекапиллярный сфинктер перестает реагировать даже на высокие концентрации эндогенных КА. Повышение гидростатического давления в сочетании с повышенной проницаемостью сосудистой стенки способствуют переходу воды и электролитов в интерстиций. Повышается вязкость крови, возникает ее стаз, а в последующем и сладж, что, в свою очередь, вызывает возникновение коагулопатии.

При гиповолемических состояниях и септическом шоке (особенно вызванном граммотрицательной флорой), а также при ишемии органов брюшной полости, геморрагическом и некротическом панкреатите, из разрушенных лейкоцитов и поврежденных тканей выделяются протеолитические ферменты и попадают в плазму крови. Под их влиянием пептиды, имеющие своим источником  $\alpha_2$ -глобулиновую фракцию сыворотки крови (такие как ангиотензин, брадикинин), активируются и начинают оказывать угнетающее действие на миокард. Сумма этих активных пептидов называется фактор MDF (myocardial depressant factor).

В условиях нормальной оксигенации абсолютное большинство энергии (98%) вырабатывается в цикле Кребса (цикл трикарбоновых кислот). При гипоксии данный процесс нарушается, и выработка энергии начинает сопровождаться накоплением большого количества лактата, недоокисленных аминокислот и жирных кислот, что, в свою очередь, вызывает развитие метаболического ацидоза. Гипоксия в сочетании с ацидозом вызывает выход ионов калия из клетки и вход в нее воды и ионов натрия, что еще более нарушает ее биоэнергетику.

**Заключение.** В основе гиповолемического шока лежит острое снижение объема циркулирующей жидкости. В результате этого падает УОС, снижается давление наполнения правых отделов сердца, уменьшается ЦВД и АД. В ответ на экстремальное

воздействие организм отвечает массивным выбросом в кровотоки КА, они, в свою очередь, через стимуляцию (3-рецепторов сердца вызывают увеличение ЧСС, а через воздействие на  $\alpha$ -рецепторы, заложенные в стенках кровеносных сосудов, вызывают их констрикцию. В то же время адреналин расширяет сосуды сердца и головного мозга, что в сочетании с увеличенной ЧСС обеспечивает приемлемый для жизни уровень кровоснабжения этих двух жизненно важных органов. Формируется централизация кровообращения. Если данное состояние держится более нескольких часов, в системе микроциркуляции развивается метаболический ацидоз. Шоковое состояние сопровождается нарушением нормальной энергетики, накоплением лактата, дизэлектрией, возникновением коагулопатии. Ключевыми звеньями в гиповолемического шока являются низкий СВ, низкое ДЗЛК, высокое ОПСС, что в конечном итоге вызывает неадекватную оксигенацию тканей.

#### **Список использованной литературы:**

1. Сумин С.А., Богословская Е.Н. Сумин С.А. /Неотложная доврачебная помощь: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство» 2008. – 728 с.

**СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС**

СПАРИШ Т.И., АСИМОВ Р.А., БОНДАРЕНКО А.И., ФОМИНА Т.А.,  
ГАПУРОВ Б.С., САМАЕВА С.А., БЕССОНОВА Г.Ж.

Станция скорой медицинской помощи, Городская поликлиника №9, Поликлиника ДВД г. Алматы,  
Областная больница, г. Атырау

## Резюме

В статье описан спонтанный пневмоторакс.

## Summary

This article describes a spontaneous pneumothorax.

## Тұжырым

Мәтінде баяу пневмоторакс сипатталған.

Спонтанный пневмоторакс определяется как синдром острой дыхательной недостаточности, возникающий в результате разрыва висцеральной плевры и последующего нарушения дыхательной функции легкого.

Этиология. Наиболее часто данный синдром встречается в молодом возрасте. Причинами спонтанного пневмоторакса является разрыв висцеральной плевры на фоне различных хронических заболеваний дыхательной системы, ранее не диагностированных: буллезная форма эмфиземы, реже - абсцесс легкого, и крайне редко - распадающаяся опухоль легкого или пищевода.

Патогенез. При возникновении пневмоторакса повышается внутриплевральное давление, происходит коллапс легкого, в результате чего нарушается его вентиляция и снижается сердечный выброс за счет уменьшения притока крови в малый круг. Тяжесть состояния больного зависит от вида пневмоторакса и от степени повреждения легкого.

Различают 3 вида спонтанного пневмоторакса:

- 1) открытый;
- 2) закрытый;
- 3) напряженный (клапанный).

При открытом пневмотораксе ригидность легочной ткани или спаечный процесс не дают возможности легким спадаться; на фоне этого в плевральной полости постоянно поддерживается давление, равное атмосферному, а количество в т наиболее благоприятное течение и редко представляет серьезную опасность для здоровья больного.

При напряженном (клапанном) пневмотораксе отверстие в легком открывается при вдохе и закрывается во время выдоха, в результате чего в плевральной полости накапливается большое количество воздуха, не имеющего выхода наружу. Данный вариант

пневмоторакса всегда требует неотложной помощи. Клиника. Клиническая картина при любом виде пневмоторакса зависит от объема и скорости поступления воздуха в плевральную полость. Заболевание в типичном случае проявляется появлением спонтанных кратковременных, продолжительностью всего несколько минут, острых болей в одной из половин грудной клетки; в последующем они могут или полностью исчезнуть, или принять тупой характер. Часто пострадавший с большой точностью может указать время появления болей. После возникновения болевого синдрома появляется резкая одышка, тахикардия, гипотензия, бледность кожных покровов, акроцианоз, холодный пот. Температура кожных покровов нормальная или пониженная. Больной занимает вынужденное положение (полусидит, наклоняясь в сторону поражения или лежит на больном боку). При напряженном пневмотораксе на стороне поражения тонус грудной клетки повышен, межреберные промежутки сглажены или выбухают (особенно при вдохе). Гологовое дрожание резко ослаблено или отсутствует. Пораженная половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно определяется тимпанит, нижняя граница легких при дыхании не смещается, определяется смещение средостения и сердца в здоровую сторону и опущение печени при правостороннем или опущение желудка при левостороннем пневмотораксе. Аускультативно определяется значительное ослабление или отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения и их усиление над здоровым легким.

Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями, вызывающими внезапные боли в грудной клетке и одышку: Острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, массивные пневмонии, астматический статус, массивный экссудативный

плеврит и т.д.

Неотложная помощь. При наличии напряженного пневмоторакса патогенетическим лечением будет проведение декомпрессии плевральной полости, однако если имеются сомнения в правильности диагноза, то от пункции плевральной полости следует воздержаться до получения результатов рентгенографии органов грудной клетки и исключения острого инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерий и других заболеваний. Пункцировать плевральную полость следует толстой иглой во 2-м межреберье, по среднеключичной линии. К игле присоединяется резиновая трубка, другой ее конец опускается в емкость с фурацилином или физиологическим раствором. На часть трубки, опускаемую в жидкость, рекомендуется привязать проколотый палец от резиновой перчатки. Помимо патогенетического лечения, могут понадобиться

и лечебные мероприятия, носящие симптоматический характер: купирование острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН), болевого синдрома, кашля, аспирация жидкости, гноя или крови из плевральной полости, противовоспалительная терапия и т.д. Срочная консультация хирурга. Госпитализация в хирургическое отделение.

#### Список использованной литературы:

1. Сумин С.А., Богословская Е.Н., Сумин С.А. / Неотложная доврачебная помощь: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 728 с.

УДК 616.23/.24-008.4:612.22/.23

### ТЫНЫС ШАМАСЫЗДЫҒЫ

СПАРИШ Т.И., АСИМОВ Р.А., БОНДАРЕНКО А.И.,  
ГАПУРОВ Б.С., САМАЕВА С.А., БЕССОНОВА Г.Ж., САРСЕНБАЕВ Д.К.,  
НУРМУХАМБЕТОВ А.Н., ОМАРБЕК Н.Т.

Медициналық жедел жәрдем станциясы, №9 Қалалық емхана, ПД Емханасы, Алматы қаласы,  
Облыстық аурухана, Атырау қаласы

#### Резюме

В статье дана информация о дыхательной недостаточности.

#### Тұжырым

Мақалада тыныс шамасыздығы туралы мәліметтер келтірілген.

#### Summary

The article presents information on respiratory failure.

Тыныс – организмде тотығу-тотықсыздану метаболизмінің, яғни оттегінің организмге сырттан түсуінен бастап тіндерде пайдалануын, соның нәтижесінде көмір қышқыл газының бөлінуін, оның сыртқа шығарылуын қамтамасыз ететін күрделі процесс.

Тыныс процесі төрт тізбектен тұрады:

1. Сырттық тыныс жүйесі – атмосфералық ауа мен қан арасында газ алмасуын, яғни вентиляцияны қамтамасыз ететін.
2. Қан – оттегіні өкпеден тіндерге және көмір қышқыл газын тіндерден өкпеге тасымалдайтын.

3. Қанайналым жүйесі – газ тасымалдауын және организмде қанның тиімді таралуын қамтамасыз ететін.

4. Тінішілік тыныс жүйесі – тотықтандырғыш ферменттер жүйесі және көмір қышқыл газының тіндік тасымалдаушылары. Осылардың қызметінен оттегі пайдаланады, көмір қышқыл газы бөлінеді.

Бронх-өкпе ауруларының салдарынан дамиды сырттық тыныс шамасыздығы – тыныс шамасыздығының ең жиі түрі.

Сырттық тыныс (өкпе тынысы) мына процестерден тұрады:

1. Вентиляция – атмосфералық ауаның альвеолаларға 9)кеуденің келтіріліп, кері шығарылуы.
2. Газдар диффузиясы – альвеола ішіндегі ауадағы оттегінің өкпе капиллярларына өтуі, ал қандағы көмір қышқылының альвеола ішіне шығуы.
3. Перфузия - өкпе капиллярларындағы қанайналым. Өкпе қанайналымы оттегіні байланыстырып алуын және көмір қышқылының сыртқа бөлінуін қамтамасыз етеді.

Сонымен өкпенің негізгі функциясы – қанның газдық құрамының оптимальді деңгейін қамтамасыз етуі. Тыныс шамасыздығы – артериялық қанның газдық құрамының жеткілікті қамтамасыз етілмеуі немесе оның сырттық тыныс жүйесі функциясының артуымен қамтамасыз етілуі.

Клиникалық – функциялық көрсеткіштеріне қарай тыныс шамасыздығының төрт түрін айырады.

1. Обструкциялық
2. Рестрикциялық
3. Диффузиялық
4. Аралас

Обструкциялық тыныс шамасыздығына әкелетін себептер:

- 1) бронхоспазм
- 2) тыныс жолдарының өзегін тарылтатын бронхтар қабырғасының қабыну және склероздық процестері
- 3) бронхтардың өзегінде қақырық, кілегейдің жиналуы
- 4) ұсақ бронхтардың сырттан басылуынан экспирациялық коллапсы (өкпе эмфиземасында ұлғайған альвеолалармен)
- 5) трахея мен ірі бронхтардың экспирациялық коллапсы - трахея мен ірі бронхтардың гипотониялық дискенезиясынан мембраналық бөлігінің ішіне қайырылуы.

Рестрикциялық тыныс шамасыздығы өкпенің тыныс бетінің азаюынан, керілуінің шектелуінен болады. Қалыптыда өкпедегі альвеолалардың саны 300 млн. жуық. Барлық альвеолалардың жалпы аумағы 150 м<sup>2</sup> құрайды, ал капиллярлардың жалпы аумағының беті - 130 м<sup>2</sup> шамасында. Бір мезгілде капиллярлардан 130 м<sup>2</sup> бетпен жұғысып 200-300 мл қан ағып өтеді. Қанның капиллярларда болу мерзімі – 0,25-0,75 сек. аралығында. Өкпенің тыныс бетінің шектелуіне әкелетін себептер:

- 1) өкпе тінінің инфильтрациясы
- 2) өкпе тінінің деструкциясы
- 3) өкпе тінінің дистрофиясы
- 4) пневмосклероз
- 5) пульмонэктомия, лобэктомия
- 6) өкпенің даму кемістіктері (гипогенезия, агенезия)
- 7) өкпенің басылуы, ателектазы (пневмоторакс, плеврит, ісік)
- 8) плевраның тұтасуы, жабысқақтары

бұлшықеттік-сүйектік қаңқасының зақымданулары (миастения, шашыраңқы склероз, полимиелит, ботулизм, миорелаксанттардың әсері, кифосколиоз, деформациялаушы спондилоартрит, қабырғаның сынуы, семіздік, плевраның бітісуі, т.б.) Диффузиялық тыныс шамасыздығы альвеола-капиллярлық мембрананың физикалық және химиялық қасиеттерінің бұзылысынан болады, мысалы қалыңдауынан, диффузиялық қасиетінің төмендеуінен. Газдардың диффузиялық қасиеті ерігіштігіне тәуелді, 1 мл сұйықтықта: O<sub>2</sub>-нің ерігіштігі- 0,024 мл, CO<sub>2</sub>-нің 0,567 мл. Сонымен, CO<sub>2</sub>-нің диффузиялық қасиеті O<sub>2</sub>-ден 25 есе жоғары.

Қалыпты жағдайда альвеола-капиллярлық мембрананың қалыңдығы -0,2-0,3 мкм шамасында, оның құрамы альвеолалық эпителийден, капиллярлық эндотелийден және олардың арасындағы дәнекерлік тіннің элементтерінен тұрады (эластиндік, ретикулиндік талшықтардан, аралық заттан, жасушалардан). Альвеола-капиллярлық мембрананың қалыңдауы және диффузиялық қасиетінің төмендеуі мына жағдайларда болады:

- 1) өкпенің интерстициялық тінінің және альвеолааралық қалқалардың фиброзы
- 2) вентиляция мен перфузия ара қатынасының сәйкес болмауы
- 3) өкпенің интерстициялық тінінің және альвеолааралық қалқалардың түрлі себептерден ісінуі (қабынудан, удың әсерінен, қанның іркілісінен)
- 4) кіші шеңберде қанайнылымның бұзылысы (васкулиттер, өкпе артериясы тармақтарының тромбоэмболиясы, т.б.)

Созылмалы тыныс шамасыздығының клиникалық көрінісі төрт топ белгілерден құралады:

- 1) тыныс шамасыздығына әкелген негізгі аурудың көріністері
- 2) тыныс қызметінің күшеюімен жүретін ентікпе
- 3) организмде оттегінің жетіспеу белгілері
- 4) организмде көмірқышқыл газының жетіспеу немесе көбею көріністері.

Тыныс шамасыздығының басты белгілері ентікпе мен цианоз, басында бұл симптомдар тек күш түскенде, кейін тыныш күйде де болады. Гипоксияға аса сезімтал келетін жүрек, бас миы, өкпе тамырлары, бауыр. Гипоксия дамыған кезде осы ағзалардың зақымдану белгілері алға шығады. Осы белгілер қанда РаО<sub>2</sub> – 60мм с.б төмендесе және гемоглобиннің O<sub>2</sub> мен қанығуы 85% дейін (қалыптыда 90%) төмендеген кезден байқалады.

Науқастардың бір қатарында гипервентиляция салдарынан оқтын-оқтын гипоканияның белгілері болып тұрады: бас айналу, талып қалу, артериялық қысымның төмендеуі, аяқтар бұлшықетінің құрысулары.

Созылмалы тыныс шамасыздығында организмде оттегінің жетіспеу белгілері:

1. Орталық нерв жүйесі функциясының бұзылыстары: ұйқының нашарлауы, эмоциялық белсенділіктің жоғарлауы, психикалық бұзылыстар.

2. Жүрек-тамыр жүйесі функциясының бұзылыстары: тахикардия, жүрек шығару көлемінің ұлғаюы, шеттік тамырлардың кеңеюі (секірмелі пульс), өкпе гипертензиясы. Науқастардың бір қатарында жүйелі артериялық гипертензия (пульмогендік гипертензия) пайда болады.

3. Тыныс жүйесінің бұзылыстары: ендікпе, вентеляцияның күшеюі, негізгі алмасудың жоғарлауы, осыдан науқастардың бір қатары арықтайды.

4. Қанның өзгерістері: полицитемия, гематокриттің және қан тұтқырлығының жоғарлауы, плазма көлемінің ұлғаюы, гипертромбоцитоз, ЭТЖ төмендеуі.

5. Паренхимиялық ағзалардың дистрофиясы: бауырдың, бүйректің, т.б фиброзы және амилоидозы.

Созылмалы тыныс шамасыздығында гиперкапнияның болу белгілері (РаО<sub>2</sub> -49 мм с.б жоғары)

1. Гипоксия әсерінің күшеюі;

2. Веналардың (Веналық вазодилатация): ұстап қарағанда қол-аяқтар ыссы және ылғал, тері жамылғылар қызғылт цианозды, ми сауытшілік қысымның биіктеуінен бастың ауыруы, «псевдотумор» синдромы.

3. Бұлшықеттің қозғыштығы: миоклония, бұлшықеттің тартылуы, тремор, құрысулары.

4. Бүйрек функциясының бұзылыстары: НСО<sub>3</sub> және натрий реабсорбциясының күшеюі, сұйықтық іркілісі (ісінулер, пастоздық)

5. Асқазан сөлі қышқылдығының жоғарлауы: асқазанда жаралармен эрозиялардың пайда болуы.

6. Гиперкалиемия: рН-тың жоғарлауынан калий орнына тінге сутегі енеді (калий шайылып шығады).

Созылмалы тыныс шамасыздығының ауырлық дәрежесіне қарай жіктемесі.

I дәрежесі- қанның газдық құрамы бұзылмайды. Науқас күнделікті тіршілігіне қажетті үйреншікті дене

қызметімен шұғылдана алады. Бұдан ауыр қызметпен айналысқанда қиналады. Бұл замандағы кәсіптердің көбімен айналысуға шамасы келеді, қызметке жарамдылығы сақталған. Үй тіршілігінде белсенділігі шектелмейді. Тыныш жағдайда тыныс функциясының көрсеткіштері қалыпты.

II дәрежесі- организмде оттегінің жетіспеу белгілері пайда болады. Ендігуге байланысты күнделікті қызметін қиналып атқарады, немесе атқара алмайды. Дене қызметіне байланысты кәсіптермен айналысуға шамасы келмейді, қызметке жарамдылық жойылады.

III дәрежесі- организмде оттегінің жетіспеу белгілерімен бірге көмірқышқыл газының жиналу көріністері пайда болады. Ауыр ендігуден дене қимылы шектеледі, науқастар өз - өздерін шаққа күтеді немесе күтінуге шамасы келмейді.

Созылмалы тыныс шамасыздығының емдеу принциптері:

1. Негізгі кеселді емдеу.

2. Инфекциямен күресу.

3. Өкпенің желденуін жақсарту (бронхолитиктер, кортикостероидтар, муколитиктер, дене қалпымен дренаж, бронхоскопиялық санация).

4. Оксигенотерапия.

5. Өкпенің жасанды вентеляциясы.

6. Өкпетекті жүрек синдромын емдеу.

7. Хирургиялық ем (өкпенің немесе өкпе-жүрек комплексінің трансплантациясы).

#### **Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:**

1. Қалимұрзина Б.С. // Ішкі аурулар, - Алматы, 2005.

**ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК**

ГАПУРОВ Б.С.

Областная больница, г. Атырау

## Резюме

В статье дана информация о травматическом шоке.

## Summary

The article presents information on traumatic shock.

## Тўжырым

Мәтінде жаракат шок туралы ақпарат берілген.

По своему патогенезу данный вид шока является гиповолемическим и очень похож на геморрагический шок, так как в основе его развития находится, прежде всего, явная или скрытая кровопотеря, возникающая при повреждении сосудов, костей и мягких тканей организма. Необходимо помнить о том, что закрытые переломы костей без повреждения кожных покровов всегда сопровождаются скрытой кровопотерей, возникающей в результате образования внутритканевой гематомы. Известно, что объем такой кровопотери при закрытом переломе плечевой кости достигает 300-400 мл, костей голени - 400-500 мл, бедренной кости - 1000-1500 мл, костей таза - 1500-3000 мл. Таким образом, констатация вида и характера травматического повреждения позволяет судить о предполагаемом объеме кровопотери и ожидаемой стадии шока, что дает возможность начать проведение адекватной противошоковой терапии еще до развития декомпенсированной стадии. Важным фактором в патогенезе травматического шока является также мощная болевая импульсация, идущая с места травмы в ЦНС. В ответ на это организм отвечает гиперкатехоламинемией, клинически проявляющейся возбуждением пациента, неадекватной оценкой своего состояния, иногда отказом от проведения лечения. Это период называют эректильной фазой шока, данная фаза наблюдается обычно на догоспитальном этапе, а ввиду своей кратковременности на госпитальном этапе ее редко удается увидеть; в последующем у больного развивается вторая фаза - торпидная фаза шока, в основе которой лежит энергетическое голодание в результате истощения запасов эндогенной энергии, замедление капиллярного кровотока, возрастание вязкости крови и последующая ее секвестрация.

Кроме патологических процессов, характерных для любой шоковой реакции, тяжелая травма сопровождается специфическими проявлениями - синдромом жировой эмболии, синдромом острого парен-

химатозного повреждения легких, ДВС-синдромом. При наличии у больного двух и более из перечисленных факторов следует считать вероятность развития синдрома жировой эмболии высокой. Длительность полноценной профилактики синдрома жировой эмболии, включающей в себя адекватную иммобилизацию, инфузионную и реологическую терапию, использование липотропных препаратов, препятствующих дезэмульгированию жира, должна составлять не менее 3 дней как после травмы, так и после отсроченного оперативного вмешательства или транспортировки.

Помимо травматического шока и синдрома жировой эмболии при травматической болезни развивается целый комплекс патогенетических изменений, который включает в себя:

- 1) генерализованный симпатoadреналовый стрессовый ответ, запускаемый болью и приводящий к резкой активации катаболизма, отрицательному азотистому балансу, деструкции клеток;
- 2) синдром капиллярной утечки, который приводит к гиповолемии, интерстициальному отеку и нарушению доставки кислорода к тканям;
- 1) ДВС-синдром;
- 3) истощение коры надпочечников с развитием адреналового механизма шока;
- 4) активация системного воспалительного ответа с последующим развитием посттравматического сепсиса и полиорганной недостаточности.

Именно последнему фактору принадлежит наиболее значимая роль в патогенезе травматической болезни. При тяжелой травме вследствие обширности очагов повреждения, микробного загрязнения ран и эндотоксикоза развитие системной воспалительной реакции практически неизбежно в любом периоде травматической болезни, в том числе и в шоковом периоде. Причиной ее возникновения является избыток противовоспалительных цитокинов, а также высокий уровень

антигенемии из очагов первичной и вторичной альтерации тканей.

Рассматривая основные звенья патогенеза травматической болезни в контексте концепции системного воспалительного ответа, обычно исходят из того, что варианты течения и исходы данной патологии определяются стадийностью развертывания системной воспалительной реакции в условиях кооперативных эффектов таких этиологических факторов, как травма, шок и инфекция.

В течение травматической болезни организм пострадавшего последовательно испытывает воздействие различных микроорганизмов, вызывающих инфекционные осложнения. В месте травматического повреждения тканей раневая инфекция представлена «уличной» микрофлорой. Травматический шок с централизацией кровообращения, нарушением микроциркуляции и ишемией органов в зоне спланхитического бассейна приводит к появлению в портальном, а затем и системном кровотоке эндогенных микроорганизмов. Длительное пребывание пациентов в отделении интенсивной терапии приводит к появлению в организме пациента третьего инфекционного компонента - го

спитальных этиопатогенов. Таким образом, от момента травмы или ранения и в течение всего периода пребывания больного в отделении интенсивной терапии на организм пострадавшего постоянно воздействуют антигены из очагов первичной, вторичной и третичной альтерации: внутриклеточные структуры, оболочки микроорганизмов и токсины. Устранение антигенемии возможно только при участии всех звеньев противоинфекционной защиты при кооперативном функционировании факторов и механизмов врожденного и адаптивного иммунитета.

#### Список использованной литературы:

1. Сумин С.А., Богословская Е.Н., Сумин С.А. / Неотложная доврачебная помощь: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 728 с.

---

УДК 616.12-008.331

### КЛИНИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

САМАЕВА С.А.

Городская поликлиника №9, г. Алматы

#### Резюме

В статье описана клиника гипертонических кризов.

#### Summary

The article describes the clinical hypertensive emergencies.

#### Тұжырым

Мәтінде гипертониялық криздің клиникасы сипатталған.

Гипертонические кризы I типа развиваются внезапно, бурно, с ярко выраженной вегетативно-сосудистой реакцией. Ведущей является церебральная симптоматика в виде психоэмоционального возбуждения, сильных головных болей, головокружения, рвоты, мелькания мушек, появления сетки или черных точек перед глазами. Больные эйфоричны, жалуются на ощущение жара и дрожь во всем теле. При осмотре обращает на себя внимание наличие на лице, передней поверхности груди и шеи красных пятен. Кардиальные сим-

птомы проявляются ощущением тяжести за грудиной, появлением ноющих болей и сердцебиения. Характерно частое и обильное мочеиспускание. В сравнительном аспекте систолическое давление повышается больше, чем диастолическое. Продолжительность данного вида криза 1-3 ч; к моменту его завершения у больного выделяется большое количество светлой мочи низкой плотности, появляется слабость, развивается сонливое состояние. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Иногда регистрируется смещение ниже изолинии сегмента ST и уплощение зубца T.

Кризисы II типа развиваются у больных гипертонической болезнью поздних стадий. Как правило, в их основе лежит нарушение водно-электролитного баланса, поэтому криз развивается обычно в течение нескольких дней. Появляются медленно нарастающая тупая головная боль, головокружение, тошнота, рвота. Рвота не приносит облегчения. Больные при осмотре производят впечатление несколько заторможенных и безучастных к окружающей обстановке людей, однако при расспросе отмечается повышенная раздражительность, стремление свести контакты к минимуму, уединиться. Довольно часто можно отметить пастозность лица. Во время криза нередко развиваются гемодинамические осложнения в диапазоне от преходящих нарушений зрения и мозгового кровообращения до развития острого инфаркта миокарда. Продолжительность данного вида криза - до нескольких суток. На ЭКГ отмечается снижение сегмента ST, уплощенный, двухфазный или отрицательный зубец T. Тахикардия отсутствует. Наиболее частые осложнения гипертонических кризов:

- острая гипертоническая энцефалопатия;
- субарахноидальное кровоизлияние;
- внутримозговое кровоизлияние;
- острый ишемический инсульт;
- острая левожелудочковая недостаточность;
- гемодинамическая стенокардия и острый инфаркт миокарда;
- расслаивание аорты;
- острая почечная недостаточность.

Неотложная помощь при гипертонических кризах

А. Состояния, требующие снижения АД в течение первых минут и часов после возникновения гипертонического криза. Срочное снижение АД вызывается угрозой появления или усугубления симптомов поражения со стороны органов-мишеней: нестабильной стенокардии, ИМ, острой недостаточности левого желудочка, расслаивающейся аневризмы аорты, эклампсии, мозгового инсульта, отека соска зрительного не-

рва. Незамедлительное снижение АД также показано при травме ЦНС, у послеоперационных больных, при угрозе кровотечения и др.

Для экстренного снижения АД рекомендуются следующие парентеральные препараты:

1. Вазодилататоры:

— нитропруссид натрия (может повышать внутричерепное давление);

— нитроглицерин (предпочтителен при ишемии миокарда);

эналаприлат (предпочтителен при наличии ХСН).

**Принципы терапии нарушений реологических свойств крови:**

1. Инфузионная терапия с целью восполнения дефицита жидкости.

2. Увеличение скорости кровотока.

3. Использование антикоагулянтов и антиагрегантов.

**Список использованной литературы:**

1. Сумин С.А., Богословская Е.Н. Сумин С.А. /Неотложная доврачебная помощь: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство» 2008. – 728 с.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

САМАЕВА С.А.

Городская поликлиника №9, г. Алматы

### Резюме

В статье дана классификация гипертонических кризов.

### Summary

This article gives classification to the hypertensive crises.

### Тұжырым

Мәтінде гипертониялық криздердің жіктелуі берілген.

#### Криз I типа:

- характерен для ранних стадий артериальной гипертонии;
- обусловлен выбросом адреналина;
- продолжительность измеряется часами, иногда минутами;
- АД повышается преимущественно за счет систолического;
- клинические проявления в виде дрожи в теле, сердцебиения, головной боли, общего возбуждения, гиперемии и локального гипергидроза кожных покровов;
- заканчивается часто полиурией.

#### Криз II типа:

- развивается чаще на поздних стадиях артериальной гипертонии;
- обусловлен выбросом норадреналина;
- характерно длительное развитие и течение;
- повышается либо систолическое, либо диастолическое давление, либо преимущественно за счет диастолического;
- клинические проявления в виде сильной головной боли, тошноты, рвоты (центрального генеза), заторможенности, нарушений зрения;

во время криза могут развиваться переходящие нарушения мозгового кровообращения с очаговой симптоматикой или истинный мозговой инсульт, приступ стенокардии, инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность, поражения почек, проявляющиеся протеин- и/или гематурией.

При гипертоническом кризе могут наблюдаться следующие формы осложнений:

1. Церебральная форма - может протекать по типу гипертонической энцефалопатии (сильная головная боль, тошнота, рвота, несистемное головокружение, нарушения зрения (снижение остроты, пелена,

мелькание «мушек» перед глазами); при прогрессировании энцефалопатии появляются тонические и клонические судороги (судорожная форма гипертонического криза), возможны потеря сознания и летальный исход) или по типу переходящих нарушений мозгового кровообращения (расстройства чувствительности, парезы, дизартрия, нарушения статики).

2. Кардиальная (астматическая) форма - проявляется развитием сердечной астмы или отека легких.

3. Коронарная форма - ангинальные боли, инфаркт миокарда, нарушения ритма сердечной деятельности.

4. Абдоминальная форма - протеин- и/или гематурией.

**Гиперкинетический тип гипертонического криза.** Повышение уровня артериального давления происходит за счет увеличения УОС (эффект КА) при нормальном или несколько пониженном ПСС. Клинически соответствует кризу I типа по классификации Ратнера.

**Гипокинетический тип гипертонического криза.** Повышение уровня артериального давления происходит за счет резкого увеличения ПСС на фоне сниженного УОС в довольно частом сочетании с брадикардией. Данный вариант криза характерен для гипертонической болезни II-III стадии. Клинически соответствует кризу II типа по классификации Ратнера.

**Эукинетический тип гипертонического криза.** Повышение уровня артериального давления происходит на фоне нормального или несколько увеличенного УОС и умеренно повышенного ПСС.

Данная классификация позволяет произвести более точную диагностику, однако тип гемодинамики можно определить только инструментальными методами, а это не всегда бывает доступно. В таких случаях осно-

вой дифференциации кризов становятся их клинические проявления.

В.П. Журкин (1992) предложил классификацию, учитывающую гемодинамические параметры и структуру превалирующей катехоламиновой составляющей, которая предполагает пять вариантов гипертонического криза:

- 1) гипертензивный кардиальный криз;
- 2) церебральный ангиогипотонический криз;
- 3) церебральный ишемический криз;
- 4) церебральный сложный криз;
- 5) генерализованный сосудистый криз.

Гипертонический кардиальный криз характеризуется резким повышением АД (обычно больше 220/120 мм рт. ст.), беспокойство, тахикардией, появлением признаков острой левожелудочковой недостаточности.

Церебральный ангиогипотонический криз диагностируется при развитии острой гипертонической энцефалопатии. Острая гипертоническая энцефалопатия развивается в ответ на крайне резкое повышение системного АД при отсутствии физиологического ауторегуляторного сужения мозговых прекапилляров и артериол и проявляется отеком головного мозга, мелкими множественными очагами геморрагии и ишемий.

Гипертоническая энцефалопатия клинически проявляется сильной головной болью, тошнотой, рвотой, несистемным головокружением, нарушениями зрения (снижение остроты, пелена, мелькание «мушек» перед глазами). При прогрессировании энцефалопатии появляются тонические и клонические судороги

(судорожная форма гипертонического криза), возможны потеря сознания и летальный исход.

Церебральный ишемический криз обусловлен избыточной тонической реакцией мозговых артерий в ответ на повышение АД и клинически проявляется очаговыми неврологическими расстройствами (расстройства чувствительности, парезы, дизартрия, нарушения статики).

Церебральный сложный криз обусловлен появлением очаговых неврологических расстройств на фоне имеющейся острой гипертонической энцефалопатии.

Генерализованный сосудистый криз развивается в результате выраженной диастолической гипертонии и характеризуется полирегиональной ангиодистрофией с признаками нарушения кровоснабжения одновременно нескольких органов: мозга, сетчатки глаза, сердца, почек.

#### **Список использованной литературы:**

1. Сумин С.А., Богословская Е.Н. Сумин С.А. /Неотложная доврачебная помощь: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство» 2008. – 728 с.

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

БУХАРБАЕВ М.М.

Филиал АО «Железнодорожный госпиталь медицины катастроф» -  
Кызылординская железнодорожная больница, г. Кызылорда

**Резюме**

В данной статье приводится общая информация об анестезиологии и ее видах.

**Summary**

This article provides general information about anesthesiology and its forms.

**Тўжырым**

Берілген мәтінде жалпы анестезиология және оның түрлері туралы ақпарат келтірілген.

Пациент готовится к оперативному вмешательству. Поступив в клинику, он попадает под опеку хирурга, который является его ведущим лечащим доктором. Именно хирург принимает решение о необходимости проведения операции. Для успешного проведения последней встаёт вопрос об обеспечении безопасности пациента в течение всего хирургического вмешательства и создании наиболее оптимальных условий для работы хирурга. Для решения этих задач и привлекается соответствующий специалист - врач анестезиолог-реаниматолог.

Существует несколько видов обезболивания: общая анестезия может проводиться в условиях сохранённого спонтанного дыхания, когда пациент в состоянии медикаментозного сна дышит самостоятельно, и в условиях искусственной вентиляции лёгких, когда за больного дышит аппарат ИВЛ (искусственной вентиляции лёгких). Оба вида общего обезболивания имеют свои чёткие показания и преследуют определённые цели.

Наркоз с сохранённым дыханием популярен при проведении операций малой и отчасти средней травматичности (например, вправление вывихов, грыжесечение, аппендэктомия, вскрытие гнойников, удаление доброкачественных поверхностно расположенных образований, большая часть пластических операций и многое другое), когда хирургическое вмешательство не требует введения больших доз препаратов, тотального мышечного расслабления и при этом отсутствуют противопоказания со стороны больного к данному виду анестезии. Последняя может быть выполнена с использованием только ингаляционных препаратов, которые пациент вдыхает через маску (масочный наркоз), с применением только внутривенных анестетиков (тотальная внутривенная анестезия)

и их сочетания (комбинированный наркоз). Часть операций средней травматичности и практически все операции высокой травматичности (например, удаление матки, резекция желудка, реконструктивные операции на кишечнике) требуют обеспечения более глубокой анальгезии, анестезии, более сильной нейровегетативной защиты больного и полного мышечного расслабления. В этих случаях пациенту после введения анестезирующих средств, когда уже наступил сон, в трахею вводится специальная трубка, через которую аппарат ИВЛ будет осуществлять искусственное дыхание. Данный вид анестезии называется эндотрахеальным наркозом.

В ряде ситуаций хирургическое вмешательство может быть выполнено в условиях регионарного обезболивания, чаще с сохранённым сознанием пациента, когда медикаментозно блокируется болевая чувствительность на ограниченном участке тела. Для этих целей используются следующие виды регионарной анестезии:

1) инфильтрационная, которая заключается в послойном, постепенном инфильтровании тканей раствором местного анестетика. В данном случае манипуляция выполняется непосредственно хирургом и не требует участия анестезиолога.

2) проводниковая, при которой анестетик вводится в область крупных нервных стволов, сплетений, корешков спинного мозга. Это позволяет устранить болевую чувствительность в области, соответствующей зоне иннервации блокируемого нервного ствола или сплетения. Это обезболивание проводит анестезиолог. Проводниковая анестезия широко применяется при операциях на конечностях, а также имеет место быть при некоторых оперативных вмешательствах в области гинекологии, урологии и проктологии.

Но какой бы вид обезболивания не был бы выбран,

прежде всего - это безопасность пациента. Как же решаются вопросы безопасности пациента и что это значит? Оперативное вмешательство и сопутствующее ей обезболивание всегда являются риском развития осложнений. Поэтому, чтобы свести риск к минимуму, проводится предоперационная подготовка. Цель её - выявить особенности пациента, которые влияют или могут повлиять на течение операционного и послеоперационного периода и при необходимости провести коррекцию выявленных нарушений. Для этого анестезиологу для начала необходимо встретиться с пациентом, побеседовать с ним и осуществить осмотр. В зависимости от полученной информации анестезиолог определяет план обследования и при необходимости приглашает на помощь консультантов. Накануне операции доктор должен убедиться в полноте проведённого обследования и лечения (если требовалось). Только после этого он решает вопрос о степени подготовленности больного, определяет план ведения анестезии и назначает премедикацию.

Почему специальность двойная? Действительно, что особенного в том, чтобы дать наркоз потенциальному пациенту? Для чего в данном случае необходимо врачу иметь знания и умения в области реаниматологии? Начнём с того, что сама по себе операция является травмой, намеренно причинённой. Если пациента в этой ситуации правильным образом не обезболить и не поддержать на должном уровне его дыхание и кровообращение, то хирургическая агрессия может спровоцировать стресс, сопровождающийся выбросом в кровоток большого количества гормонов стресса и, как следствие, развитие системных расстройств. В ряде ситуаций пациент уже поступает с болевым синдромом (например, после автодорожной аварии или прободения язвы желудка). В этом случае задача анестезиолога-реаниматолога усложняется, так как пациент уже находится в состоянии нейроэндокринной напряжённости. И предстоящая хирургическая агрессия без проведения ряда мероприятий интенсивной терапии, наслаиваясь на исходный фон, может усугубить тяжесть состояния.

Само обезболивание - это сложный процесс. Проводя анестезиологическое пособие с помощью специальных препаратов (анестетиков) и методов обезболивания (общая анестезия - наркоз или регионарная), врач практически одновременно должен решить несколько проблем:

- а) защитить психику пациента путём выключения или угнетения сознания;
- б) заблокировать поток болевой импульсации;
- в) обеспечить достаточное для работы хирурга расслабление мускулатуры.

Иногда эти задачи выполнить нелегко. Лекарственные средства, применяемые для анестезии, небезопасны и в некоторых случаях могут оказывать отрицательное действие на организм. Врач выбирает наиболее оптимальный вариант применения этих препаратов, учитывая особенности пациента. Даже если операция и течение анестезии не имели сложностей и прошли успешно, это не значит, что работа анестезиолога-реаниматолога полностью завершена. Он продолжает быть ответственным за послеоперационный период, течение которого не предсказуемо. В этой ситуации доктор уже выполняет функции врача-реаниматолога и при появлении каких-либо осложнений помогает пациенту стабилизироваться и свести к минимуму негативные последствия возникших нарушений на организм.

В заключение необходимо отметить, что пациент вправе знать реальный риск оперативного вмешательства, тактику анестезиологического обеспечения (например, необходимость проведения искусственной вентиляции лёгких, возможный переход с масочного наркоза на эндотрахеальный или технику регионарной анестезии), преимущества общего обезболивания, если оно предлагается, или регионарного в конкретной ситуации. Пациент вправе высказать анестезиологу пожелания о методе обезболивания, а анестезиолог по возможности эти пожелания выполнить.

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

УДК 616.24-002.5-084

**АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ  
С «НОВЫМ СЛУЧАЕМ» ПО УЧАСТКУ №6 г. КОСТАНАЙ**

ДЕМЕСИНОВА С.Т.

ГУ «Костанайский областной противотуберкулезный диспансер», г. Костанай

**Резюме**

Дана характеристика впервые выявленных больных туберкулёзом и эффективности их лечения. Установлено что по участку №6 г. Костаная в последние годы отмечено снижение показателей заболеваемости и смертности туберкулёзом, улучшение качества лечения.

**Тұжырым**

Туберкулезбен алғаш рет ауырған науқастар және олардың емдеу нәтижесінің сипаттамасы берілген. Костанай қаласындағы облыстық туберкулезге қарсы диспансердегі №6 учаскесінде соңғы жылдары туберкулез сырқаты мен өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеуі, ем нәтижесінің жақсаруы байқалады.

**Summary**

The first time revealed with tuberculosis characteristic and treatment was presented. Revealed that the plot № 6 in the Kostonay in recent years, there was a decrease in morbidity and mortality of tuberculosis, improving quality of care.

Лечение больных туберкулезом направлено на достижение следующих целей:

- Излечение больных туберкулёзом
- Предупреждение смертельных исходов.
- Снижение риска рецидивов
- Предотвращение развития лекарственной устойчивости.

По завершении лечения у каждого пациента должен быть определен исход, который заносится в регистр в соответствии с одной из следующих категорий результатов лечения. Сочетание «лечение завершено» и «вылечен» считается показателем успешного лечения. Показатель благополучного исхода лечения зависит от приверженности больного к лечению, от уровня знаний больного, от качества просветительной работы медицинских работников, от поддержки местных объединений, и от уверенности больного в эффективности лечения.

**Материалы и методы.** Мною проведён сплошной анализ зарегистрированных новых случаев на участке за 2008-2010г.г. Для анализа использова

ны амбулаторные карты, ТБ01, ТБ 07, ТБ08. Население участка составляет 23 тыс. человек. Участок расположен в районе, неблагополучном по социальному статусу, т.е. 70% населения составляют безработные, количество неблагополучных семей – 124; ВИЧ инфицированных на участке составляет 9 человек, из них имеющих сочетание туберкулёза и ВИЧ- 4 больных. Состоящих на «Д» учёте у нарколога с хроническим алкоголизмом - 198 человек; наркозависимых - 27 человек.

**Источник данных.** Рассмотрено всего за 2008-2010г.г. 95 амбулаторных карт. Выявляемость среди новых случаев - ранняя, что говорит о своевременности ранней диагностики. Из 95 больных флюорографическим методом выявлено 57 больных; м-дом бактериоскопии 38 больных.

**Результаты и обсуждения:**

- В 2008 г. – лиц с новым случаем, взято 41 больных, что составляет 17,82%
- В 2009 г. – 34 случая, что составляет 14,78 %
- В 2010 г. – 20 случаев, что составляет 8,7%

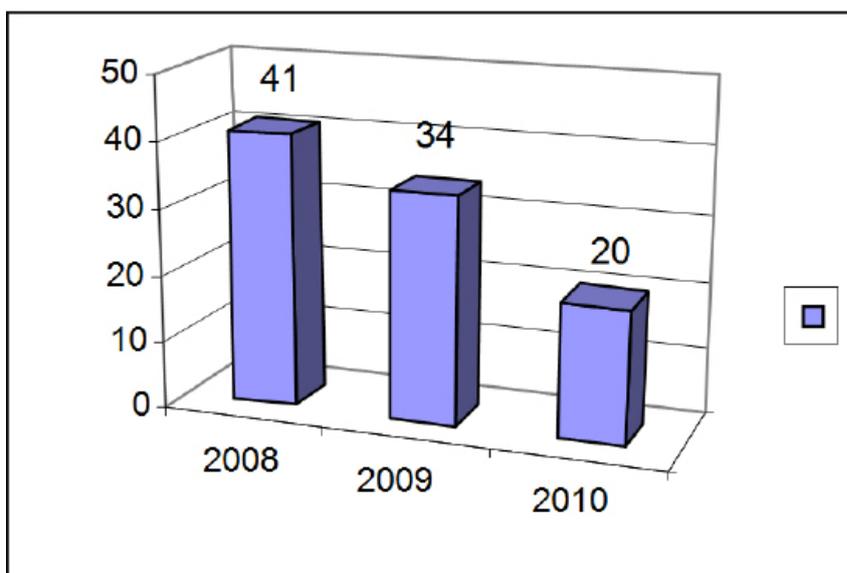


Рисунок 1. Заболеваемость по туберкулёза по участку за 2008- 2010гг.

Из рисунка №1 видно, что по участку отмечается снижение роста заболеваемости с 17,82% в 2008г. до 8,8% в 2010г., что говорит о качестве работы и ранней диагностики туберкулёза. Анализ возрастного состава впервые выявленных больных показал, что распространенность

туберкулёза среди лиц молодого возраста 26-35 лет, что составляет в 2008- 7,1%; в 2009- 5,7 %; и в 2010 – 4,2 %. При этом мужчины болеют чаще – 11,2%, чем женщины- 7,9%

Таблица 1. Возрастной состав больных

Годы	Кол-во больных	18-26 лет		26- 35 лет		36-45 лет		46-55 лет		55-65 лет		Старше 65 лет	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
2008	41	9	22,3	17	31,2	11	23,4	3	6,8	1	1,9	-	-
2009	34	4	9,7	12	24,2	5	10,3	5	10,3	-	-	-	-
2010	20	8	11,7	11	23,4	1	1,9	-	-	1	1,9	-	-

В клинической структуре (таблица № 2) среди новых случаев в 2008 году преобладала инфильтративная форма туберкулёза, 37 случая- 16,7%, что говорит о необходимости усиления работы на уровне ПМСП.

Отсутствие в структуре фиброзно-кавернозных форм свидетельствует о своевременной и ранней диагностике.

Таблица 2. Структура нозологических форм туберкулёза

Годы	2008		2009		2010	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Новые случаи	41	7,82	34	4,78	20	8,8
Исходы лечения:						
«Вылечен»	6	5,2	15	3,7	8	6,1
«Лечение завершено»	34	5,6	16	14,2	11	7,4
«Умерло»	-	-	(др.)	1,0	-	

«Неудача лечения»	-	-	1	1,0	-	
«Нарушение режима»	-	-	1	1,0	-	
«Переведён»	1(МЛС)	1,0	-	-	1(МЛС)	1,0

Таблица 3. Сроки прекращения бактериовыделения и исходы лечения среди «новых случаев» за 2008-2010 годы

	2008	2009	2010
<b>Всего новых случаев</b>	<b>41</b>	<b>34</b>	<b>20</b>
Диссеминированный туберкулёз	1	1	-
Очаговый туберкулёз	10	9	9
Инфильтративный туберкулёз	19	13	5
Фиброзно-кавернозный туберкулёз	-	-	-
Туберкулёзный плеврит	9	10	6
Внелёгочный туберкулёз	2	1	-

В этих группах были изучены результаты лечения. Основными критериями эффективности лечения считается прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада. Бактериовыделение в 2008г. было у 9 больных, при этом конверсия мазка через 2 месяца во всех случаях, что составляет 100%. Рецидивы отмечены у 3 больных: из них 2 случая рецидив (ДР) БК(-) и 1 случай БК(+), что связано с асоциальным статусом больного. Все 3 случая дали благоприятный исход лечения «завершено» и «вылечен». В 2009 г. БК(+) также у 9 больных, конверсия мазка через 2 месяца у 7 больных, через 3 месяца у 2 больных, что составляет 100%. Рецидивы БК(+) отмечены в 2-х случаях: 1- больная страдала сахарным диабетом, другой случай у больного страдающим хроническим алкоголизмом. В обоих случаях исход «вылечен». В 2010 году БК (+)- отмечено в 2 случаях, конверсия мазка через 2 месяца-100%. Из таблицы № 3 видно, что прекращение бактериовыделения достигнуто до 100%, что говорит об эффективности контролируемого лечения. Закрытие полостей распада в 2008 году составило 83,4 %, в 2009 – 83,7% и в 2010 - 92,7%. Это говорит также об улучшении качества лечения. По завершению лечения у каждого пациента должен быть определён исход, который заносится в регистр в соответствии с одной из следующих категорий результатов лечения. Сочетание «лечение завершено» и «вылечен» считается показате

лем успешного лечения. Анализ исходов лечения (таблица № 4) выявил благоприятные результаты («вылечен» и «лечение завершено»). За последние годы рост благоприятных исходов отмечается в сравнении с 2008г.- с 81,2% до 87,11% в 2010г. «Неудача лечения» отмечено у 1 больной в конце лечения, что связано с первичной лекарственной устойчивостью. HRS, последняя взята на лечение ПВР. Смертность в 1 случае в 2009 году, причина в других - из-за сопутствующего онкозаболевания.

**Выводы.** Таким образом, эффективность лечения пациентов с впервые выявленными формами туберкулёза лёгких была достаточно высокой. Лечение новых случаев туберкулеза является приоритетной задачей, как с клинической позиции, так и в эпидемиологическом отношении, чтобы предупредить передачу инфекции, формирование контингента хронических случаев и развитие лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

#### Список использованной литературы:

1. Ракишев Г.Б. Баймуханова К.Х. Хаадамова Г.Т. Актуальные вопросы фтизиатрии—Алматы 2001г с.-.68-71.
2. Муминов Т.А. Для Казахстана нужна адаптированная система DOTS Медицина 2002. -№6.
3. Коломиец В.М., Лебедев Ю.И. Фтизиопульмонология: учебное пособие, М-2005.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ИМАНОВА А.Ж.

Городская поликлиника №3, г. Караганда

### Резюме

Включение в комплексную терапию паразитов пробиотика Фертал позволяет провести лечение данной категории пациентов с максимальной эффективностью и безопасностью.

### Тұжырым

Фертал пробиотиктің арамтамақтарын комплексті емдеуге қосу тап осы категориясының емдүшілеріне емді ең әсерлі және қауіпсіз болуына мүмкіндік береді.

### Summary

Inclusion in the complex therapy of parasites Fertal probiotic allows to treat these patients with maximum efficiency and safety.

Одной из современных тенденций клинической медицины является широкое распространение паразитарных инфекций, существенное увеличение доли простейших инфекций, развитие которых возможно лишь в условиях дисбактериоза. Среди них важное место принадлежит лямблиозу и аскаридозу, заболеваемость которыми за последние годы существенно возросла.

Вследствие размножения паразитов в кишечнике, особенно при нерациональном питании, резко изменяется микробный пейзаж кишечника. Патологические изменения происходят в виде появления микроорганизмов и грибов, которых в норме не бывает в кишечнике в обычных условиях и которые в свою очередь стимулируют процесс размножения простейших. В других случаях резко снижается количество кишечной палочки, бифидумбактерий, лактобактерий, обеспечивающих нормальный процесс пищеварения и всасывания.

Очень часто при паразитозах имеет место дискинезия гепатобилиарной системы и кишечника. Так, считают, что лямблиоз является наиболее частой причиной дискинезии желчного пузыря со спазмом и атонией сфинктерно-папиллярной области и явлениями холестаза, особенно на первом году болезни.

Обычно пациенты предъявляют жалобы на периодические боли, преимущественно в околопупочной области, в правом подреберье, внизу живота, на отрыжку, вздутие и урчание в животе, ощущение переполнения желудка, чувство тяжести в подложечной области, снижение аппетита, иногда значительное. Расстройства функции кишечника чаще всего выражаются в её неустойчивости.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных в возрасте от 18 до 45 лет с паразитозом и сопутствующим диагнозом дисбактериоз. Диагноз паразитоза устанавливался, как правило, на основании кала на паразитоз, копрограммы и серологического исследования.

Комплексное лечение включало назначение антипаразитарных препаратов, гепатопротекторов, пробиотиков. Продолжительность курса лечения составляла 30 дней

Больные были разделены на 2 группы: исследуемая и контрольная, в каждой из них по 10 пациентов. Сформированные группы были равноценны между собой по возрасту, полу, клиническим диагнозам.

Исследуемая группа принимала препарат Фертал, который назначался в соответствии с рекомендациями разработчика по 1 капсуле 1 раз утром после еды в течение 30 дней всего курса антипаразитарной терапии. Контрольная группа получала хилак форте по 40-50 кап 3 раза в день во время еды.

Терапевтическая эффективность лечения оценивалась путем сравнительного анализа динамики регрессии патологических симптомов (каждые 10 дней лечения). После проведенного лечения в исследуемой группе, по сравнению с контрольной, наблюдалась быстрая положительная динамика, которая выражалась в существенном изменении клинико-лабораторных показателей, также отмечалась значительная положительная клиническая динамика – исчезновение болей в животе, нормализация стула, уменьшение диспептических проявлений.

У больных из группы контроля положительная динамика была менее выражена, которая проявлялась

в более продолжительном сохранении клинических и лабораторных показателей заболевания.

Все пациенты лечение переносили хорошо, каких-либо побочных явлений не наблюдалось. Хотелось бы отметить высокую эффективность пробиотического препарата Фертал, обусловленного входящими в его состав 2-х миллиардов живых высушенных пробиотических штаммов *Lactobacillus bulgaricus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Streptococcus thermophilus*, а также экстрактом Алоэ Вера и витаминами группы В, которые служат хорошей питательной средой для пробиотических

штаммов и способствуют их эффективной колонизации в соответствующих отделах кишечника. Кроме того, режим дозирования Фертала 1 раз в сутки позволяет пациентам не пропускать прием препарата и более четко следовать врачебным рекомендациям.

---

УДК 616.21-053.2-036.11:616-035:615.234

## ЛЕЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

АБДРАХМАНОВА Г.М.

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Уральск

### Резюме

Применение быстродействующего бронхолитика привело к уменьшению госпитализации детей с астмоидным дыханием на 21 детей и уменьшению назначения внутримышечных антибиотиков на 16 детей.

### Тұжырым

Жылдам әсер ететін бронхолитиктің қолдануы астыма тынысымен 21 баланың госпитализациясының кішірейтуіне әкеледі және 16 балаға бұлшық еттік антибиотиктердің тағайындауының кішірейтуін қамтамасыз етеді.

### Summary

The uses of fast-acting bronchodilator reduced the hospitalization of children with wheeze in 21 children and reduce the use of intramuscular antibiotics for 16 children.

Ежегодно, по данным ВОЗ, дети в среднем переносят от 5 до 8 ОРЗ, большей частью вирусной этиологии и нетяжелых. В городах заболеваемость выше, чем в сельской местности из-за высокой частоты контактов. ОРВИ могут вызывать около 150 возбудителей, специфическую защиту от которых человек приобретает в процессе болезни; уровень антител ко многим возбудителям снижается, делая человек спорадическая заболеваемость отмечена в возрасте 6 месяцев - 6 лет и составляет в среднем 4-6 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2-5 случаев в год, а среди взрослых - не превышает 2-4 заболеваний в протяжении года.

По прогнозам до 2020 года, структура причин детской смертности не изменится, останутся ведущими: ОРЗ, диарея, корь, малярия, нарушения питания (ВОЗ,

2005).

Термин ОРЗ не отражает этиопатогенетическую суть (охватывает как вирусные, так и бактериальные инфекции) и должен быть дополнен расшифровкой, указывающей на органические поражения: отит, синусит, бронхит, фарингит, пневмония и т.д.

Термин ОРВИ в качестве диагноза (даже в отсутствии вирусологического подтверждения) оправдан, т.к. указывает на небактериальную этиологию заболевания и делает ненужным антибактериальную терапию, так как до 90% ОРЗ вызывают респираторные вирусы. ОРЗ - самый частый повод для антибактериальной терапии и основной источник ятрогений.

Положительную динамику в работе при лечении детей с ОРЗ показывает программа «Интегрированного ведения болезни детского возраста». Если у

ребенка с кашлем или затрудненным дыханием, нет признаков угрожающих для ребенка (ребенок не может пить, рвота после каждой пищи, судороги на данный момент заболевания, без сознания) нет признаков втяжения грудной клетки, нет стридора в состоянии покоя и нет учащенного дыхания по программе «Интегрированного ведения болезни детского возраста» классифицируется пневмония нет, кашель или простуда. В лечении ребенок с кашлем или простудой не нуждается в антибактериальных препаратах. Антибактериальный препарат не сможет облегчить симптомы ребенка и также не предотвратит перехода простуды в пневмонию. В этих случаях дается рекомендации о том, как правильно ухаживать за ребенком на дому, учим родителя ухаживающего за ребенком, как смягчить горло ребенку и облегчить кашель таким безопасным домашним средством как теплое питье. Дается рекомендации ухаживающему лицу следить за состоянием ребенка, при появлении учащенного или затрудненного дыхания обратиться в амбулаторию при появлении одного или из этих симптомов. Ребенок с простудой обычно выздоравливает за одну - две недели.

При астмоидном дыхании это тихий музыкальный звук, который слышен, когда ребенок выдыхает или у ребенка выдох затруднен. Свист при астмоидном дыхании следует слушать, приблизив ухо ко рту ребенка, поскольку этот звук может быть слабо различим. Причиной астмоидного дыхания является сужение просвета бронхов, выдох длится дольше, чем обычный и требует больших усилий, иногда ребенок выдыхает так мало воздуха, что никакого шума не слышно, тогда необходимо обратить внимание на то, требует ли этап выдоха больших усилий, и длится ли он дольше обычного.

Поэтому ребенку у которого астмоидное дыхание и нет признаков угрожающего для жизни, дается

быстродействующий бронхолитик. Бронхолитик - лекарственный препарат который облегчает дыхание некоторым детям с астмоидным дыханием. Эффект бронхолитика наступает быстро, в основном применяется сальбутамол. Всем детям с астмой дным дыханием проводится проба быстрого действующим бронхолитиком. Препарат необходимо дать до трех раз с перерывом 15-20 минут. Если у ребенка исчезает втяжение грудной клетки или учащенное дыхание, значит ребенок не нуждается в лечении антибактериальными препаратами. Детям в возрасте до пяти лет сложно сделать глубокий вдох в момент нажатия на распылитель и распыления препарата. Чтобы преодолеть эту проблему, необходим спейсер. Спейсер в домашних условиях изготавливается из пластиковой бутылки объемом один литр, путем удаления дна и обклеивания краев образовавшегося отверстия лейкопластырем.

При применении аэрозольного сальбутамола ребенку следует закрыть отверстием спейсером рот и нос, вставить дозирующий ингалятор в горлышко бутылки и нажатием на ингалятор ввести две дозы аэрозоля. Дать ребенку дышать через спейсер в течение 2-4 минут, добиться очень плотного прилегания спейсера к лицу ребенка не обязательно. Проводится повторная оценка после каждого цикла. Ребенку которого классифицировали как пневмоний нет, астмоидное дыхание не требуется никаких антибактериальных препаратов, ребенок с астмоидным дыханием должен получать бронхолитик в течение пяти дней. За последний год работая по программе «Интегрированного ведения болезни детского возраста» детям при ОРЗ 130 детей не назначено антибактериальных препаратов 108 детям, и исход заболевания идет к выздоровлению.

УДК 616-005.6:615.032.13:612.118.221:613.83

## ВЛИЯНИЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО ТРОМБОЗА НА ФОРМЕННЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КРОВИ У НАРКОМАНОВ

ЖЕКСЕИТОВА А.С.

Городская поликлиника №3, г. Алматы

### Резюме

Постинъекционный тромбоз кровеносных сосудов у наркозависимых больных развивается в результате химического разрушения не только стенки кровеносных сосудов, но и форменных элементов крови.

### Summary

Postinjection thrombosis of blood vessels in patients with drug develops as a result of chemical destruction of not only the walls of blood vessels, but also the blood cells.

### Тұжырым

Есірткі пайдаланушылардың артерияға дәрі жібергеннен кейін тамыр ішіндегі қан ұюы тамырлардың химиялық бұзылушықтан ғана емес, сонымен қатар қанның пішін элементтерінен де пайда болады.

С целью определения влияния суррогатов наркотика и антитоксических веществ на форменные элементы крови, мы провели в лабораторных условиях экспериментальную работу с нативной кровью *in vitro*.

В состоянии абстиненции называемой «ломки» наркоманы готовы ввести в просвет сосудов любые вещества, которые якобы облегчают их самочувствие. При опросе наркозависимых больных, выяснилось, что 69(43,4%) из них использовали суррогаты наркотиков, изготовленные из опия-сырца и 78 (49%) ангиотоксические вещества типа таблеток тетралгина и пенталгина растворенные в минеральной воде, раствор поваренной соли и т.д. Выяснилось, что при обработке опия сырца наркоманы используют различные прекурсоры. Например, ряд наркоманов с этой целью использовали ангидрит уксусной кислоты и димедрол. У более 20% больных подобную информацию выяснить не удалось.

Влияние сосудистого фактора, т.е. поврежденной стенки кровеносных сосудов на процесс тромбообразования не вызывает сомнений. Однако какую роль в развитии тромбоза могут сыграть форменные элементы крови, контактируемые с данными веществами не известно, и это сторона вопроса остается не изученной. Поэтому для того, чтобы определить какие изменения могут произойти при взаимодействии ангиотоксических веществ с форменными элементами крови, мы провели эксперимент. Путем микроскопического исследования мазков крови смешанных с тетралгином, поваренной солью и уксусным ангидридом изучили цитологическую картину нативной крови.

Суррогаты наркотиков, вводимые внутрисо-

судисто, контактируют с форменными элементами крови, начиная от момента его введения до полного растворения и исчезновения концентрации вещества в паточке крови. С учетом этого, мы проводили микроскопические исследования форменных элементов крови, тут же после контакта их с ангиотоксическими веществами, т.е. без его покраски.

Исследование проводили *in vitro* на 65 препаратах крови в клинико-диагностической лаборатории ЦГКБ г. Алматы. Исследование осуществляли следующим образом. На предметное стекло наносили каплю исследуемой крови и рядом каплю тетралгина или раствор поваренной соли или 1% раствор уксусного ангидрида. На втором предметном стекле, смешав две рядом лежащие капли, провели мазок по основному предметному стеклу и без покраски мазка тут же осматривали под микроскопом. При этом мы обнаружили лизис и разрушение клетки красной крови. По данной цитологической картине, можно косвенно судить о разрушении клетки и белой крови. По сравнению с раствором поваренной соли и уксусного ангидрида, раствор тетралгина оказался более разрушительным. Если на цитограмме с раствором поваренной соли и уксусного ангидрида мы видим единичные не разрушенные клетки красной крови, то на цитограмме с тетралгином - этих клеток практически нет, они разрушены полностью.

### Список использованной литературы:

1. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы // М., «Медицина». – 1998. С. -528.

2. Алуханян О.А., Стребков В.И., Мамелов Ю.И., и др. Сосудистые и гнойно-септические осложнения у наркоманов // *Ангиол.сосуд.хир.* – 1998. -№2. – С.87.
3. Cheng S.W.K., Fok M., Wong J. Infected femoral pseudoaneurysm in intravenous drug abusers / *Br.J.Surg.* – 1992. – Vol. 79. – P.510-512.

УДК 616.036-002.1:614.253

## ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

ЕМ Ю.Ч.

Городская поликлиника №2, г. Тараз

### Резюме

Решение этих и многих других вопросов требует разработки и использования психологических подходов в ведении больных ХВГ, выработки у них мотиваций для продолжения лечения, контакта со специалистами в области клинической психологии.

### Тұжырым

Бұл шешім көптеген сұрақтардың өңдеуін талап етеді. Және де психологиялық қадам жасау барысында ХВГ ауыратын ауруларды жүргізу кезінде емдеуді жалғастыруға итермелеу және де клиникалық психологиялық мамандармен жұмыс жасау.

### Summary

These and many other issues requires the development and use of psychological approaches to CVH case management, develop patients' motivation to continue treatment, contact with experts in clinical psychology.

В настоящее время наметилась очень тревожная тенденция резкого роста заболеваний хроническими вирусными гепатитами-ХВГ (1,2,3). Эта тенденция проявляется не только в Казахстане, но и во всём мире. По данным ВОЗ, ежегодно в мире гепатитом В заболевают около 50 млн. человек, а умирают от него до 2 млн. человек. Такая же неблагоприятная ситуация и по заболеваемости гепатитом С. По прогнозам ВОЗ, в последующие 10-20 лет хронический гепатит «С» может создать серьёзнейшие проблемы для здоровья населения, так как ожидается, что в результате повсеместного распространения этого заболевания количество больных циррозом печени увеличится на 60%, а гепатокарциномой - на 68%(2). При этом смертность больных от поражений печени вследствие гепатитов может увеличиться в 2 раза (3).

Так по данным республиканского регистра за 2010 год по Жамбылской области зарегистрировано 489 больных с хроническими вирусными гепатитами: из них ХВГВ 267 больных, ХВГВ+Д-51, ХВГС-165, ХВГВ+С-6. Проблема вирусных гепатитов в детском возрасте остаётся актуальной и в настоящее время(5). Парентеральными гепатитами (В и С) дети болеют

значительно реже, но именно эти гепатиты отличаются более тяжёлым течением и склонностью к хронизации (5). В последние годы вирусными гепатитами болеют дети школьного возраста, особенно возросла подростковая заболеваемость парентеральными гепатитами. Так по результатам скрининг обследования на маркеры к вирусам гепатитов В, С, Д из 865 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет проведённый по поликлинике №2 по г. Тараз за 2011г выявлено положительных анализов методом ИФА 46 на антитела к вирусу гепатита В (аНВсorIgG, аНВctotal), 12 на HBsAg и 7 на антитела к вирусу гепатита С (аНСV, аНСVcore, аНСVNS). Все дети у которых были положительные маркеры на вирусы гепатитов В и С были обследованы на ДНК к вирусу гепатита В и РНК к вирусу гепатита С методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). По результатам обследований на наличие РНК и ДНК вирусов гепатитов В и С выявлено 15 детей с ХВГВ и 3 с ХВГС. В возрастной структуре дети старше 13 лет составили 50% (9детей с ХВГВ).

Среди факторов, способствующих инфицированию вирусами гепатитов, можно назвать следующие:

1. Лечение в стационарах, в которых часто

применяют переливание крови и в результате разных парентеральных медицинско-диагностических и лечебных мероприятий.

2. Многие больные связывают своё заболевание с посещением стоматологических кабинетов, где им проводилось хирургическое вмешательство (удаление зубов, лечение пародонтитов и т.д.)

3. Случайные половые связи.

4. Участились случаи заболеваний вирусными гепатитами медицинских работников, связанных с исполнением ими профессиональных обязанностей (хирурги, стоматологи и др.)

5. Парентеральная наркомания.

6. Перинатальное заражение новорожденных и посредством гемоперкутаных контактов в семейных очагах (порезы, садины, трещины на губах, кровоточивость дёсен и др.).

Частота обращения за помощью больных с острыми и хроническими формами гепатита различна. Если больной с острой формой вынужден сразу же обратиться за помощью к врачу и пройти обследование и лечение, то хронические больные (без наличия острой желтушной формы в анамнезе) делают это намного реже и чаще выявляются случайно или обследуются, если у кого-то из близких людей установлено заболевание гепатитом. Это объясняется тем, что симптомы ХВГ слабо выражены и неспецифичны.

Проявляются они в немотивированной слабости, утомляемости, иногда сухости или горечи во рту, в тяжести или болях в правом подреберье, неустойчивости стула и др. Все эти симптомы могут сопровождать многие другие заболевания, и поэтому постановка диагноза ХВГ происходит в ходе обследования (повышение активности АЛТ, АСТ, реже уровня билирубина и др.) в условиях пребывания больных в стационарах по поводу другой патологии. И связи с этим такие больные оказываются психологически не подготовленными к диагнозу ХВГ. Информация о диагнозе вызывает у многих стрессовое состояние, так как свои знания о гепатитах, как правило, они получали от знакомых, либо из средств массовой информации, либо по интернету, которые делают акцент на трудности лечения, а порой даже на неизлечимости данного заболевания. В настоящее время вероятность положительного исхода при адекватном лечении составляет от 25 до 60% (при использовании пегинтрона, пегасиса) (1,2). Такая непрофессиональная информация создаёт у больного установку на безысходность положения и обреченность. Нередко это просходит в результате тактических ошибок, допускаемых врачами на первичных приёмах. Не случайно больные задают вопрос: «А сколько мне осталось». Больной изначально перестаёт верить в положительный исход заболевания. Ситуация

осложнялась еще тем, что эффективные лекарства, такие как пегинтрон, пегасис, интрон А, рибавирин и другие импортные препараты, стоят весьма дорого и были недоступны большинству граждан Казахстана. Благодаря программе по улучшению организации медицинской помощи больным с вирусными гепатитами в Республике Казахстан начатое с марта 2010 года проводится диагностика и бесплатное лечение детей

с хроническими вирусными гепатитами; с целью ранней диагностики ХВГ проводится скрининговое исследование на маркеры к вирусам гепатитов методом ИФА и обнаружение вирусов методом полимеразной цепной реакции (4).

С 2011 года проводится лечение медицинских работников, исполнение служебных обязанностей которых связано с риском передачи заболеваний другим лицам, а также лицам, обучающимся в организациях технического и профессионального, послесреднего, высшего образования в рамках гарантированного объёма бесплатной помощи. А с мая 2011 года получают бесплатное лечение и взрослые больные с ХВГ. Основой всех схем лечения является интерферон-альфа. При хронических гепатитах В и С интерферонотерапия тормозит процесс размножения вируса и способствует его уничтожению, снижает активность воспаления в печени, препятствует замене печеночной ткани фиброзной, предупреждает прогрессирование заболевания в цирроз печени, снижает риск формирования рака печени (2). На сегодня в Казахстане единые подходы в лечении и ведении ХВГ согласно Международного консенсуса 2002 года. Длительность лечения больных с ХВГ составляет от 6 до 12 месяцев поэтому имеются трудности психологического плана.

Из изложенного выше следует. Что проблемы заболеваемости ХВГ разрастаются и трансформируются из чисто медицинских в социальные и психологические. Вот почему очень существенным в деятельности врача-инфекциониста, гепатолога становится осознание и освоение психологических аспектов профессионального общения с больным ХВГ. Перед ним встаёт целый комплекс вопросов психологического свойства:

1. Как наиболее тактично сообщить больному о диагнозе?
2. Как помочь больному справиться со стрессом, вызванным информацией о таком диагнозе?
3. Как помочь больному преодолеть психологическую позицию безысходности?
4. Как помочь больному поверить в позитивный исход лечения при наличии тех возможностей, которыми располагает пациент и медицина?
5. Как суметь мобилизовать больного на борьбу с болезнью?

Особенности деонтологии в педиатрии обусловлены своеобразием детской психики в зависимости от возраста ребёнка. В процессе лечения детей врачам приходится иметь дело не только с детьми, но и с их родственниками, что усложняет деонтологические задачи.

#### Список использованной литературы:

1. Куттыжанова Т.Г. «Проблемные вопросы диагностики и лечения хронических вирусных гепатитов у детей» Лекции по педиатрии, Алматы, 2002.
2. Лисукова Т.Е. «Деонтология в медицине» 2003

3. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита.-М.: «ГЭОТАР Медицина», 1999, 423
4. Приказ №148 МЗРК от 02.03.2010. «Об утверждении алгоритма организации медицинской помощи больным вирусными гепатитами «В» и «С».
5. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Писарев А.Г.//Рос. Журн. Гастрэнтерол., гепатол., колопроктол.-2000-Т10 №2-с48-53.

УДК 616.2-002-053.2-035

## ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

АКШАЛОВА А.К.

Областной Медицинский Центр. г. Караганда

#### Резюме

В статье приведен собственный эксперимент по использованию гипертонического раствора морской воды для ирригации полости в ринологии детей.

#### Тұжырым

Мәтінде бала ринологиясындағы күйстың ирригациясы үшін теңіз суының гипертониялық ерітіндісін қолдануды өзінің тәжірибесін келтіреді.

#### Summary

In the article have carry out of own experience of the use hypertonic sea solution in nasal irrigation in pediatric rhinology.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии у детей и являются одной из основных медико-социальных проблем во всем мире. По данным ВОЗ, от ОРВИ и их осложнений в мире ежегодно умирает 4 млн детей в возрасте до 5 лет, причем доля детей до 1 года среди умерших составляет более 66 %. В 75 % случаев причиной детской смертности является острая пневмония как осложнение ОРВИ. В США смертность от гриппа и его осложнений составляет ежегодно в среднем 20 тыс. человек, при этом 80–90 % летальных исходов отмечается в возрастной группе старше 64 лет [1, 2].

На сегодняшний день терапия вирусной патологии остается недостаточно разработанной, поэтому основной акцент в лечении ОРВИ делается на своевременное применение средств патогенетической и симптоматической терапии [5]. При этом наиболее

эффективной является этиотропная терапия, связанная с непосредственным воздействием на возбудителя, а также элиминационная — направленная на удаление инфекционного агента и токсинов из организма заболевшего ребенка [6]. Действие элиминационной терапии направлено на торможение или ликвидацию процессов развития основных клинических проявлений и наиболее тяжелых в субъективном отношении симптомов болезни.

Для оптимизации поиска средств фармакотерапии ОРВИ необходимо представление об их патогенезе как о сложном полипатогенетическом многозвеньевом процессе. Обладая специфической тропностью к слизистой оболочке верхних дыхательных путей, возбудители ОРВИ при проникновении в эпителиальные клетки вызывают развитие, как местной воспалительной реакции, так и общетоксических проявлений за счет попадания в системный кровоток

продуктов клеточного распада. В результате этого возникает типичный для ОРВИ клинический симптомокомплекс: насморк, кашель, заложенность носовых ходов, боль в горле, нарушение дыхания, головная боль, миалгия, общая слабость, адинамия, лихорадка. Дальнейшее развитие патологического процесса может усилить риск присоединения вторичной бактериальной инфекции, которая становится причиной возникновения наиболее серьезных осложнений — бронхита, пневмонии, миокардита, менингоэнцефалита и т.д.

У детей анатомо-физиологические особенности дыхательной системы и иммунитета зачастую способствуют увеличению продолжительности заболевания и возникновению осложнений. Так, полость носа имеет пропорции, существенно отличающиеся от пропорций у взрослых, меньшее количество структурных образований. У детей раннего возраста мягкие ткани полости носа склонны к отеку. Поскольку у детей в возрасте до 3–4 лет не развиты пещеристые венозные сплетения подслизистого слоя нижних носовых раковин, то у них вазомоторный компонент отека носовых раковин минимальный. Увеличение объема происходит в основном за счет аллергического отека самой слизистой оболочки. Склонность слизистой оболочки к аллергическим реакциям очень высокая, что связано с незрелостью гуморального иммунитета и быстрой перестройкой иммунных механизмов — от синтеза IgG и IgA к синтезу IgE [9]. Повышенному образованию IgE способствует высокая антигенная нагрузка, в том числе микробная и лекарственная. Незрелость вегетативной нервной системы обуславливает возможность возникновения патологических рино-висцеральных рефлексов. Например, при эндоназальном использовании препаратов ментола у детей до 3 лет может развиваться ларингоспазм или бронхоспазм.

Кроме того, у детей обонятельные рецепторы не имеют защитного слоя слизи и очень уязвимы перед промывными водами, поэтому агрессивное лечение ринита может безвозвратно лишить пациента обоняния.

Согласно современным представлениям [10], от уровня загрязненности вдыхаемого воздуха зависит возникновение более 30 % случаев пневмоний, около трети острых респираторных заболеваний, более 20 % случаев бронхиальной астмы. Удельный вес загрязненности воздуха как фактора, способствующего возникновению патологии органов дыхания, составляет 50 %.

Очистка и обезвреживание такого огромного объема воздуха обеспечивается барьерными качествами и мерцанием ресничек слизистой оболочки полости носа, защитными свойствами носового секрета, нейрорефлекторным механизмом защиты (слезотечение, чихание, отек носовых раковин). Активность

этого транспорта зависит от состояния носовой слизи. При снижении или повышении вязкости носовой слизи, уменьшении или увеличении ее количества синхронность колебания ресничек, подвижность поверхностного слоя слизи нарушается. Поэтому не все жидкие лекарства можно закапывать в нос. Под влиянием внешних факторов мерцательный эпителий слизистой носа утрачивает ворсинки, нередко — обширными участками. Именно поэтому в последнее время актуальной стала элиминационная терапия [11]. Ее основу составляют препараты, действие которых направлено на механическое очищение слизистых оболочек полости носа и глотки, позволяющее просто смывать возбудителя с поверхности и дать возможность применяемым лекарственным средствам оказать свое терапевтическое воздействие в полном объеме, что приводит к улучшению оттока воспалительного выпота из околоносовых пазух, восстановлению их функций, уменьшению болевого синдрома.

Элиминационную терапию используют в следующих ситуациях:

1. Лечение заболеваний носа и околоносовых пазух (аллергических и воспалительных, в том числе гнойных, аденоидиты у детей). Очищение слизистой оболочки носа позволяет освободить выводные отверстия околоносовых пазух и улучшить отток слизи из них.

2. Профилактика заболеваний носа и околоносовых пазух в период эпидемии ОРВИ и гриппа, а также у беременных и часто болеющих детей. Назальный душ проводится с целью удаления со слизистой оболочки носа аллергенов, бактерий и вирусов, мелких вредных частиц, взвешенных в воздухе рабочих помещений. В целях профилактики назальный душ необходим медицинским сотрудникам и работникам фармацевтической промышленности и аптек, лицам, работающим на производстве с вредными условиями труда.

3. Гигиеническая цель — уход за носом при неблагоприятной экологической обстановке, после работы в запыленных помещениях. Также такая процедура показана жителям крупных современных городов, лицам, страдающим профессиональным и атрофическим ринитом. В результате правильного гигиенического ухода нормализуются многочисленные функции носа.

Противопоказания к использованию назального душа:

- полная непроходимость носовых ходов;
- частые носовые кровотечения;
- доброкачественные и злокачественные новообразования в полости носа и придаточных пазухах носа;
- острые средние отиты и обострение хронических отитов.

Промывание полости носа применяют с раннего возраста, при этом нужно учитывать, что ребенок не представляет себе значимость проводимого лечения и в любую минуту может повести себя неадекватно. Лю-

бая методика назального душа должна быть прежде всего безопасной. Существующие методы промывания полости носа (по Прозтцу, водно-струйное или водно-капельное промывание, пункция пазух и прицельное промывание) эффективны и широко используются в условиях лечебного учреждения. В последние годы для промывания носа успешно применяются методики назального душа, позволяющие промывать нос не только в стационаре и поликлинике, но и в домашних условиях.

Растворы, применяемые для назального душа, должны быть безопасными, комфортными, при необходимости — лечебными. Чаще всего для элиминационной терапии используют водные растворы антисептиков (фурацилина, хлоргексидина и т.д.), обладающие лечебными свойствами, но иногда вызывающие аллергию, способствующие сухости слизистой оболочки полости носа (у некоторых пациентов возникает существенный дискомфорт). Более мягким средством является 0,9% раствор натрия хлорида. Фитопрепараты для элиминационной терапии у детей используют редко. В последнее время для назального душа применяют растворы морской воды, богатой естественными минеральными комплексами, но изотоничные назальному секрету. Эти растворы природного происхождения, гипоаллергенные, хорошо переносятся пациентами и позволяют нормализовать секреторную активность желез слизистой оболочки носа.

Одним из таких средств является препарат Синомарин, который содержит достаточные концентрации ионов Mg (1,04 г/л), K (0,42 г/л) и Ca (0,3 г/л) для процессов регенерации и нормализации функции реснитчатого эпителия, способен эффективно очищать и увлажнять слизистую, восстанавливать функцию мерцательного эпителия и стимулировать регенерацию слизистой, оказывает лечебный эффект благодаря большому набору микроэлементов меди и цинка, йода и хлора, имеющих антивирусное и антибактериальное действие.

**Целью** нашей работы было исследование эффективности препарата Синомарин при лечении риносинуситов у детей младшего возраста.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 36 детей в возрасте 1 года до 5 лет, находившихся на амбулаторном лечении лор врача ОМЦ г. Караганды. Критерии включения в исследование: наличие клинических симптомов ОРВИ; давность заболевания на момент обращения не более 3 дней; отсутствие противовирусной, деконгестивной и антигистаминной терапии до обращения; понимание родителями целей, задач и хода исследования, а также их добровольное информированное согласие. Методом случайной рандомизации дети были распределены на 2 группы, в одной из которых (основная группа,

n = 22) больные на фоне лечения основного заболевания получали препарат Синомарин трижды в день. В контрольной группе (n = 14) пациенты получали только терапию основного заболевания без использования назального орошения. Режим дозирования и способ применения препарата Синомарин соответствовал официальным рекомендациям.

#### **Результаты и их обсуждение.**

На момент начала исследования у 41,7 % пациентов был установлен диагноз «острый ринит, синусит, простой бронхит», у 27,8 % — «острый ринит, синусит, обструктивный бронхит», у 13,9 % — «острый риносинусит, стенозирующий ларинготрахеит», у 16,7 % — «острый ринит».

Во время поступления у 83,3 % детей при риноскопии выявляли выраженную гиперемию и отечность слизистой полости носа, обильное слизистое отделяемое. У остальных пациентов (16,7 %) отмечались умеренные изменения слизистой.

В 1-й день лечения разницы между наличием и интенсивностью симптомов ОРВИ в основной и контрольной группах не наблюдалось ( $p > 0,05$ ), но уже со 2-го дня у пациентов основной группы отмечалось достоверное исчезновение таких клинических симптомов, как заложенность носа, затруднение носового дыхания при сосании, ринорея, першение в горле ( $p < 0,05$ ). С 3-го дня болезни у детей основной группы переставали регистрироваться сухой кашель и температурная реакция, что было достоверно раньше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

При применении назального душа сокращалось количество используемых медикаментов у 72,7 % больных основной группы. В легких случаях ринита (18,2 %) назальный душ был использован как монотерапия. У больных группы наблюдения по сравнению с контрольной группой регистрировалась более быстрая нормализация риноскопической картины (на 5-е сутки заболевания против 8 суток в контрольной группе,  $p < 0,05$ ).

Отношение детей к лечению существенно менялось после первой процедуры. У 31,2 % детей первая реакция на назальный душ проявилась как беспокойство, испуг, остальные пациенты относились к лечению спокойно, даже проявляли интерес. К завершению курса лечения все дети спокойно относились к процедуре проведения назального душа, 45,5 % детей с желанием проводили процедуру. Затруднений при проведении назального душа зарегистрировано не было. Все родители оценили капельную форму и флакон-ирригатор как удобные, методику — как эффективную, полезную и безопасную.

**Выводы.** Таким образом, препарат Синомарин можно рекомендовать в качестве элиминационной терапии ОРВИ у детей с первых месяцев жизни. Си-

стематическое использование препарата Синомарин в комплексе с основной терапией ОРВИ позволяет быстрее достичь выздоровления и уменьшить количество медикаментов, а в ряде случаев и полностью отказаться от них.

#### Список использованной литературы:

1. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Ирригационная терапия гипертоническим раствором в педиатрической ринологии Педиатрия 3, 2009
2. Рихельман Г., Лопатин А.С. Мукоциллиарный

транспорт: экспериментальная и клиническая оценка// Российская ринология -4- 2004.

3. Рязанцев С.В. Морская вода в ринологии //Носовти оториноларингологии и логопатологии - №3. – 2002. – С. 34-36.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология.- Москва – 2002. – С.382.
5. Traissac L., Ohayon - Courtes C. et|al| Rev Laryngol Otol Rhinol.-2009/- Vol. 120: 2.-P. 133-135.

УДК 616.995.132.8

## АСКАРИДОЗ

РАИМКУЛОВА С.К.

Центральная районная больница, с. Кордай (Жамбылская область)

### Резюме

В данной статье приведены сведения об аскаридозе.

### Тұжырым

Берілген мақалада аскаридоз жайлы мәліметтер келтірілген.

### Summary

This article gives information about ascaris limdricoides.

Заболевание, вызванное аскаридами, называется - аскаридозом. Аскарида - это крупная, круглая раздельнополая червь, размером 20-40 см. самки, а самцы 15-25- см. Тело на концах заострено, покрыто плотной кутикулой беловато-розоватого цвета. На головном конце наличие трех крупных губ, окружающими ротовое отверстие, а хвостовой конец самца обычно изогнут в виде крючка в брюшную полость, а у самки прямой с коническим придатком.

Аскариды паразитируют в тонком кишечнике человека. Одна оплодотворенная самка в сутки выделяет до 200 тысяч незрелых яиц, которые с испражнениями человека попадают в окружающую среду. В почве яйца сохраняют жизнеспособность несколько лет.

Инвазированные яйца, т.е. содержащие зрелую личинку, из почвы могут попадать на руки, овощи, ягоды, с которыми они заносятся в рот. Загрязнению пищи яйцами, также способствует мухи и тараканы.

Из проглоченных яиц в кишечнике человека выходят личинки, которые проникают в толщу слизистой

оболочки и внедряются в кишечные вены, которым попадают в воротную вену, проникают в центральные вены печеночных долек, затем через крупные венозные стволы в нижнюю полую вену.

По нижней полой вене проникают в правое предсердие в правый желудочек. Через легочный ствол личинки попадают в капилляры альвеол, а затем в просвет альвеол и мигрируют по воздухоносным путям. В легких личинки меняют и увеличиваются в размере от 0,5 до 2 мм.

Из бронхиол они заносятся в бронхи, трахею, при откашливании с мокротой в глотку, кишечник, где развиваются во взрослых особей. Фаза миграции длится около 2 недель, кишечная фаза аскаридоза около 1 года. У человека может паразитировать несколько десятков аскарид.

Клинические проявления продукты обмена и распада личинок оказывают сенсibiliзирующие действие на организм ребенка, вызывая аллергические реакции. Больных беспокоят головные боли, плохой сон,

отмечается раздражительность, снижается работоспособность.

Аскариды вызывают поражение кишечника, непроходимость кишечника, поражение печени и легких, где развиваются инфильтраты, кровоизлияния, кашель, боль в груди, повышение температуры тела, снижение аппетита, тошнота, боли в животе, неустойчивый стул.

Аскаридоз осложняет течение многих болезней, вызывает послеоперационные осложнения, иногда они заползают в желчные пути, пищевод и дыхательные пути, что может вызвать смерть.

**ДИАГНОСТИКА:** R- графия легких, ОА мокроты, ОА крови, кал на яйца глист (трехкратно) и УЗИ печени.

**ПРОФИЛАКТИКА:** Почва-резервуар источник инвазии.

1. Обеззараживание почвы:

а) перепахивание почвы для перемещения яиц аскарид на поверхность, где на них окажут губительное действие прямые солнечные лучи (за счет ультрафиолетового спектра).

б) чередование посевов растениями, оказывающими губительное действие на яйца аскарид в почве (горох,

овес, чечевица, календула, клевер, бархатцы и др.).

2. Проводить мероприятия по улучшению санитарного состояния населенных мест, охрана окружающей среды от загрязнений нечистотами, не удобрять человеческими фекалиями, без обезвреживания их.

3. Личная профилактика: мытье овощей, фруктов, зелени, предохранение пищевых продуктов от мух и тараканов, соблюдение личной гигиены.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

1. Мебендазол (вермокс) 1 таблетку, 3 раза в день, 3 дня.

2. Медамин.

3. Пирантел (комбантрин, гельминтокс, немозид).

4. Левамизол (декарис).

5. Альбендазол однократно по 6мг\кг от 2-12 лет. Контрольные исследования через 2-4 недели после окончания лечения.

УДК 616.34-008.87-053.2

## ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

АСИЛЬБЕКОВА Г.А.

Городская поликлиника №1, г. Тараз

### Резюме

Данная статья рассматривает кишечный дисбактериоз у детей, его основные клинические проявления, этапы развития дисбактериоза и восстановления кишечной флоры, а также актуальные на сегодняшний день схемы коррекции дисбактериоза в амбулаторно-стационарных условиях. В статье приводится пример лечения и предупреждения развития дисбактериоза у 93 больных детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет пролеченных с 06.2010 по 06.2011 в дневном стационаре ГП №1 г. Тараз. Рассмотрены результаты лечения.

### Тұжырым

Бұл мақалада балалардағы дисбактериоз, оның негізгі клиникалық әсер етулері, ішекті флораның қалпына келтіруінің даму кезеңдері, сонымен бірге амбулатория арқылы - тұрақты шарттардағы дисбактериоздың коррекциясының схемасы қазіргі таңда көкейкесті мәселе болып табылады. Бұл мақалада Тараз қаласындағы №1 поликлиникада дисбактериозының дамуының алдын алу және емделу шаралары көрсетілген. 06.2010 жылдан 06.2011 жылға дейін 93 ауру балалар 3 айдан 14 жасқа дейінгі балалар күндізгі стационарда емделіп шыққан. Емделу нәтижелері жан-жақты қарастырылған.

### Summary

This article analyses the intestinal dysbiosis in children, its main clinical manifestations, stages of dysbiosis development and restoration of intestinal flora, as well as actual dysbiosis correction schemes in ambulatory-stationary conditions.

The article provides an example of dysbiosis treatment and prevention in 93 children aged from 3 months to 14 years old treated from June, 2010 to June, 2011 in a day hospital #1, Taraz. The results of treatment are widely showed.

Жизненно важная биологическая роль нормальной микрофлоры желудочно-кишечного тракта для здоровья человека доказано многочисленными научными исследованиями. Кишечный микробиоценоз как филогенетическая экосистема выполняет наиболее важные и известные физиологические функции:

- \* Морфокинетическая (трофическая)
- \* Обеспечение колонизационной резистентности (защитная)
- \* Участие в метаболизме пищевых волокон (клетчатки).
- \* Синтез холестерина, витаминов и других биологических активных веществ.
- \* Стимуляция синтеза Ig и продукция цитокинов.

Качественные и количественные изменения характерной для данного биотипа нормофлоры человека, влекущие за собой выраженные клинические реакции макроорганизма называется дисбактериозом. Клинические симптомы дисбактериоза кишечника могут быть разделены на кишечные и системные.

Кишечные симптомы дисбактериоза кишечника: секреторная диарея, метеоризм, дискомфорт или боли в животе, нарушения кишечного пищеварения и всасывания. Системные проявления дисбактериоза кишечника: аллергия, канцерогенез, ожирение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, артрит, оксалатурия и мочекаменная болезнь, болезнь Альцгеймера, реакция «трансплантат против хозяина», бактериемия, септицемия, сепсис.

Дисбактериоз не диагноз, поэтому необходимо выяснить причину дисбактериоза и установить точный диагноз. У детей различают два типа развития дисбактериоза: первичный и вторичный дисбактериоз кишечника. К первичному дисбактериозу кишечника относятся: дисбактериоз периода новорожденности и грудного возраста обусловленный искусственным вскармливанием и дисбактериоз при кишечных заболеваниях вызванный возбудителями кишечных инфекций.

Вторичный дисбактериоз кишечника встречается при тяжелых заболеваниях и обменных нарушениях, сопровождающихся снижением общей системы иммунитета обусловленные выраженными хроническими нарушениями питания у детей, острыми, рецидивирующими и хроническими заболеваниями в лечении которых применяются массивная химио- и антибиотикотерапия, иммунодефицитными состояниями.

Лечение дисбактериоза должно осуществляться в составе и с учетом особенностей основного заболевания, и оно включает:

- 1) устранение избыточного бактериального обсемене

ния кишечника условно-патогенной микрофлорой.

- 2) восстановления нормальной микрофлоры кишечника.

- 3) стимулирование реактивности организма.

Устранение избыточного бактериального обсеменения кишечника условно-патогенной микрофлорой. Применение антибиотиков должно быть ограничено абсолютными и относительными показаниями. Абсолютными показаниями к назначению антибиотиков служат бактериемия и угроза энтерогенного сепсиса, причиной которого является дисбактериоз. Препаратами выбора являются антибиотики широкого спектра действия, к которым чувствительны обнаруженные микробы в крови. Относительные показания к применению антибиотиков могут появиться при хронических диарейных заболеваниях с избыточным бактериальным ростом патогенной микрофлоры в просвете тонкой кишки (пострезекционный синдром короткой тонкой кишки, спаечная болезнь, целиакия с торпидным течением, общая вариабельная гипогаммаглобулинемия и др. Лечение следует начинать с кишечных антисептиков, которые оказывают менее губительное влияние на симбионтную микрофлору, чем антибиотики. К ним относятся интетрикс, эрсефурил, нитроксалин, фуразолидон и др. Антибактериальные препараты назначают в течение 10-14 дней. Применение антибиотика оправдано в качестве резервного средства. При заболеваниях сопровождающихся дисбактериозом толстой кишки антибактериальные препараты не показаны.

#### **Восстановления нормальной микрофлоры**

**кишечника.** Живые культуры нормальной микрофлоры выживают в кишечнике человека от 1 до 10% от общего количества и способны в какой то мере хотя бы временно поддерживать её физиологические функции. Наибольшее применение получили пробиотики линекс, бифидумбактерин, бифиформ, энтерол, профифор. Курс лечения должен длиться 1-2 мес. Из пребиотиков применяется Хилак форте представляющий собой стерильный концентрат продуктов обмена веществ нормальной микрофлоры кишечника. Хилак форте назначают по 40-60 капель 3 раза в день на срок до 4-х недель в сочетании с препаратами антибактериального действия или после их применения. Одним из эффективных неперевариваемых олигосахаридов (НПО) из пребиотиков является препарат Дюфалак. Дюфалак может быть использован в виде монотерапии при дисбактериозах 1-2 степени, особенно при наличии у больных задержки стула. Целесообразность назначения ферментных препаратов, стабилизаторов мембран, регуляторов моторики и других симптома-

тических средств зависят от заболевания, явившегося причиной дисбактериоза.

Доказан клинический эффект адсорбентов (смекта, белая глина, углекислый кальций), нейтрализующих органические кислоты, вяжущих и обволакивающих средств, являющихся стабилизаторами слизистого барьера, защищающих слизистую оболочку от токсинов и микроорганизмов.

**Антибиотикоассоциированный дисбактериоз.** Воздействие антибиотиков на микрофлору кишечника приводит к развитию дисбиоза. Согласно современной классификации антибиотикоассоциированная диарея (ААД) - это три эпизода или более неоформленного стула в течение двух последовательных дней или более, развившихся на фоне применения антибактериальных средств. ААД встречается у 5-25% пациентов, получающих антибиотики. Основной задачей врача, назначающего антибактериальное лечение, является предотвращение побочных эффектов от данной терапии.

При необходимости антибактериальной терапии рекомендовано совместное применение с антибиотиками про-и/или пребиотиков и очень важно, чтобы штаммы, входящие в состав пребиотика были антибиотикоустойчивые. В условиях дневного стационара ГП-1 г. Тараз за период с 06.2010г по 06.2011г антибактериальное лечение проведено 93 больным, из них с диагнозом Внебольничная пневмония пролечено 45 детей, с диагнозом бактериальный бронхит 48 детей. Всем детям с целью предупреждения нарушения нормальной микрофлоры кишечника одновременно с антибактериальной терапией назначали препарат Хилак форте в возрастных дозировках, при этом были учтены свойства препарата как совместимость с антибиотиками, натуральный состав, мягкое и быстрое действие, отсутствие противопоказаний и побочных явлений, а так же удобство применения для всех возрастов. В результате на фоне приема антибиотиков диспепсических явлений не были отмечены у 78 больных. Умеренные изменения в виде тошноты и кратковременной диареи на 2-3 день антибактериальной терапии отмечены у 10 детей, которые в дальнейшем прошли на 5-6 день лечения. Более выраженные диспепсические

изменения отмечены у 5-х детей получавшие повторные курсы антибиотиков, этим детям дополнительно назначен комбинированный препарат - Линекс в возрастных дозировках. В результате своевременной коррекции микрофлоры кишечника на фоне антибактериальной терапии все дети выписаны с выздоровлением и улучшением под наблюдение участкового врача для дальнейшего наблюдения с рекомендациями.

**Выводы.** Дисбактериоз кишечника у детей может протекать не только различными клиническими проявлениями, но также при длительном течении приводить к нежелательным последствиям, что ставит перед нами необходимость в его эффективном и рациональном лечении, а также предупреждении его развития при назначении антибиотикотерапии.

#### Список использованной литературы:

1. Бабушкин Н.В. Применение препарата (Хилак-форте) в комплексном лечении дисбактериоза кишечника. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997; 5: 96-7.
2. Запруднов А.М., Мазанкова Л.Н. Микробная флора кишечника и пробиотики. М. 1999.
3. Коровина Н.А., Вихерева В.Н., Захарова И.Н. и др. Профилактика и коррекция нарушений микробиоциноза кишечника у детей раннего возраста. М. 1996.

**ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

ЖУМАГАМБЕТОВА А.Ш.

Городская поликлиника №4, г. Тараз

**Резюме**

В статье дана информация о лечебном питании при острых кишечных инфекциях у детей.

**Summary**

This article provides information on clinical nutrition in acute intestinal infections in children.

**Тұжырым**

Мәтінде балалардың өткір ішек жұқпасында емдік тамақтану туралы ақпарат берілген.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) — это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекально-оральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно-патогенными бактериями (протеи, клебсиеллы, клостридии и др.), вирусами (рота-, астро-, адено-, калицивирусы) или простейшими (амеба дизентерийная, криптоспоридии, балантидия коли и др.).

ОКИ до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируются до 1–1,2 млрд «диарейных» заболеваний и около 5 млн детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений. Опасность кишечных инфекций в первую очередь состоит в развитии у ребенка обезвоживания из-за повторных рвот и жидкого стула. Восполнение потерь жидкости и солей может достигаться двумя способами в зависимости от тяжести состояния ребенка и степени обезвоживания. При умеренно выраженном обезвоживании проводится дробное отпаивание ребенка (оральная регидратация).

Для оральной регидратации применяются как бессолевые растворы: рисовый отвар, кипяченая вода, чай с небольшим количеством сахара, неконцентрированный изюмный отвар, так и специальные глюкозо-солевые растворы, которые желателно всегда иметь в домашней аптечке (РЕГИДРОН, ГЛЮКОСАЛАН, ЦИТРОГЛЮКОСАЛАН, ГАЛАКТИНА). Соотношение глюкозо-солевых растворов (регидрон, ОРС-200) к бессолевым растворам (чай, вода) при проведении оральной регидратации должно быть следующим: 1:1 - при выраженной потере жидкости с жидким водянистым стулом; 2:1 – при потере жидкости преимущественно со рвотными массами; 1:2 - при сочетании

потери жидкости с жидким стулом и повышенной температурой тела. Рекомендуется чередовать дачу глюкозо-солевых и бессолевых растворов, и нежелательно их смешивать. Частой ошибкой является использование для оральной регидратации только глюкозо-солевых растворов, например, когда ребенку за сутки дают выпить до 800-1000 мл раствора регидрона, что приводит только к усилению поноса, за счет увеличения концентрации солей в кишечном содержимом, что ведет к дополнительному выделению воды в просвет кишки. Оральную регидратацию принято делить на два этапа: I этап - первые 6 часов от начала лечения; необходимо ликвидировать в организме водно-солевой дефицит, возникший в результате обезвоживания, а II этап – это поддерживающая регидратация, которую проводят весь последующий период лечения с учетом суточной потребности ребенка в жидкости и солях и продолжающихся их потерь с рвотой, жидким стулом. Второй этап оральной регидратации проводят до прекращения диареи и рвоты.

Ориентировочный объем раствора для поддерживающей регидратации составляет от 80 до 100 мл/кг массы тела ребенка в сутки.

Рациональное питание или диетотерапия является важнейшей частью лечения детей, переносящих острые кишечные инфекции, так как при неадекватном питании возможно формирование длительной диареи, развитие гипотрофии (снижения массы тела), лактазной недостаточности (непереносимости углеводов молока) и т.п. Основой диетотерапии является рациональный режим питания и коррекция диеты в зависимости от фазы заболевания.

Цель диетотерапии — уменьшение воспалительных изменений в желудочно-кишечном тракте, нормализация функциональной активности и процессов пищеварения, максимальное щажение слизистой оболочки кишечника. Принципиально важным

является отказ от проведения «голодных» или «водно-чайных» пауз, так как даже при тяжелых формах ОКИ пищеварительная функция кишечника сохраняется, а «голодные диеты» значительно ослабляют защитные силы организма и замедляют процессы восстановления слизистой.

Основные требования к диете при ОКИ:

- пища должна быть механически и химически щадящей, легкоусвояемой, разнообразной по вкусу;
- кулинарная обработка: пища готовится на пару, отваривается, протирается, готовится пюре;
- ограничение в рационе жиров, углеводов, поваренной соли и калорий;
- введение достаточного количества белка;
- включение в диеты низко- и безлактозных продуктов и кисломолочных продуктов, обогащенных бифидо- и лактобактериями;
- снижение объема пищи в первые дни болезни на 15–20% (при тяжелых формах до 50%) от физиологической потребности;
- употребление пищи в теплом виде (33–38 °С) в 5–6 приемов.

Питание детей осуществляется в соответствии с режимом по возрасту, обязательно должен соблюдаться ночной перерыв в кормлении. Ребенка не следует кормить насильно. Однако принцип «свободного вскармливания» в период острой фазы заболевания не приемлем, поскольку «бессистемное и постоянное» прикладывание ребенка к груди чаще всего приводит к возникновению или усилению рвот, срыгиваний и поносов.

Необходимо увеличить кратность кормления на 1-3 раза в сутки, сократить интервал между кормлениями и соответственно уменьшить на 1/3 объем молока, высасываемый за раз по сравнению с объемом, съедаемым до болезни.

Детям с ОКИ, находящимся на искусственном вскармливании, при легком течении заболевания можно продолжать использовать детские смеси, которые ребенок получал до заболевания. Питание детей старше года при ОКИ осуществляется по тем же принципам, что и детей первого года жизни. При приготовлении пищи должен соблюдаться принцип механического и химического щажения ЖКТ: все блюда должны быть в отварном виде или приготовленные на пару, желателен вид пюре или протертых блюд (супы-пюре, протертые каши, суфле,

омлеты), благоприятный эффект оказывают кисели с использованием натуральных ягод, особенно черники, компоты из сухофруктов (за исключением чернослива). В острый период ОКИ не рекомендуются продукты питания, богатые пищевыми волокнами и приводящие к усилению работы кишечника, усиливающие секрецию желчи, приводящие к бродильным процессам в кишечнике.

К таким продуктам относятся:

- цельное молоко;
- ржаной хлеб и ржанные сухари;
- йогурты, ряженка, сливки;
- овощи и фрукты, богатые пищевыми волокнами (белокочанная капуста, квашеная капуста, свекла, огурцы, редька, репа, редис, салат, шпинат, виноград, сливы, абрикосы);
- сдобные хлебобулочные и кондитерские изделия;
- соленья, копчения, маринады, газированные напитки;
- жирные сорта мяса и птицы, жирная рыба;
- крепкие мясные и рыбные бульоны.

Максимальное механическое и химическое щажение ЖКТ должно соблюдаться только в острый период ОКИ, в первые 2-4 дня, с последующим постепенным расширением пищевого рациона. Далее уже не требуется тщательного измельчения пищи, можно давать фрикадельки, паровые котлеты, отварную рыбу, яйца, супы на нежирном бульоне, каши на молоке, разбавленном водой (1:1), свежие яблоки без кожуры, бананы. Следует постепенно расширять ассортимент хлебобулочных изделий: можно начинать давать сухари, приготовленные самостоятельно из «серых» сортов хлеба, сушки и «сухое» печенье. Через 2-3 недели эти «яства» можно постепенно заменить сдобной выпечкой. На этапе выздоровления диета должна быть обогащенной молочнокислыми продуктами (с добавками про- и пребиотиков[2]) с исключением грубой растительной клетчатки и ограничением цельного молока, бульонов, консервов, продуктов с химическими добавками (в том числе газированных напитков, чипсов, сухариков и т.д.).

**Выводы.** Соблюдение всех несложных перечисленных принципов питания и лечения при острых кишечных инфекциях поможет выздороветь вашему малышу с наименьшими последствиями для здоровья, и в дальнейшем успешно расти и развиваться.

УДК 616.21-002-053.2(574.52)

## ПРИНЦИПЫ ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ОТДЕЛЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

КАИНБАЕВ Е.М.

Жамбылская областная детская инфекционная больница, г. Тараз

### Резюме

Внедрение принципов интегрированного ведения болезней детского возраста в практическую работу улучшило навыки ведения заболеваний медицинскими работниками отделения респираторных инфекций Жамбылской областной детской инфекционной больницы, и позволяют улучшить систему здравоохранения в целом.

### Summary

The introduction of the integrated management of childhood illnesses in the practical work has improved the skills of medical workers diseases department of respiratory infections Zhambyl children's infectious hospital, and helps improve the health care system as a whole.

### Тұжырым

Жамбыл облысындағы балалар инфекциялық ауруханасындағы респираторлық инфекциясы бөлімінде бала жасындағы ауруларды жүргізуінде кірігіп бірігу принциптерді енгізгені медициналық қызметкерлердің жұмысын және денсаулық сақтау саласын толығымен жақсартуға мүмкіндік береді.

Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы направлена на совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения.

В ней отражены стратегические цели государства: увеличение ожидаемой продолжительности жизни, снижение детской смертности, снижение заболеваемости туберкулезом, снижение распространенности ВИЧ.

В соответствии с Целями развития тысячелетия, Казахстану предстоит снизить смертность детей до 5 лет с уровня 1990г. 34,0 до 11,9 на 1000 родившихся живыми к 2015г. Одним из приоритетных направлений в снижении детской смертности является внедрение стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста.

Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) – это интегрированный подход к охране здоровья детей, направленный на достижение общего удовлетворительного состояния здоровья ребенка в целом. Целью ИВБДВ является снижение смертности, заболеваемости и инвалидизации, а также улучшенное физическое и психическое развитие детей в возрасте до 5 лет. Стратегия ИВБДВ включает в себя как профилактический, так и лечебный элементы, внедряемые семьями, общинами и медицинскими учреждениями.

Стратегия ИВБДВ способствует точному

определению заболеваний детского возраста, обеспечивает надлежащее интегрированное ведение всех значительных заболеваний, способствует усилению консультативных навыков медицинского персонала, а также определяет потребность в направлении тяжелообольного ребенка в стационар и ускоряет этот процесс. Кроме того, данная стратегия способствует становлению определенных моделей поведения в семье в вопросах обращения за медицинской помощью, улучшенного питания и профилактического ухода, а также правильного выполнения назначений медицинских работников. На сегодняшний день основной задачей стратегии ИВБДВ является расширение деятельности для обеспечения надлежащего и эффективного использования принципов и клинических руководств ИВБДВ во всех типах медицинских учреждений. Стратегия ИВБДВ объединяет в себе улучшенное ведение болезней детского возраста с вопросами питания, иммунизации и другими важными факторами, влияющими на здоровье ребенка, например, здоровье матери. Целью стратегии ИВБДВ является снижение детской смертности и заболеваемости путем принятия широкого и всестороннего подхода.

На базе Жамбылской областной детской инфекционной больницы организован областной центр координации внедрения «Интегрированное ведение болезней детского возраста», целью которого является внедрение ИВБДВ в Жамбылской области.

Основные функции центра: анализ состояния мла

денческой и детской смертности в области; координация работы учебных центров области, координация взаимодействия с организациями здравоохранения области, деятельность которых связана с формированием здорового образа жизни и здорового питания в части проведения систематического информирования населения.

Управлением здравоохранения акима Жамбылской области проведены ориентационные совещания в областном и районных центрах. Произведена ревизия имеющихся ресурсов. В результате внедрения ИВБДВ произошла реорганизация основных стационаров, оказывающих помощь детям до 5 лет, были перераспределены потоки соматических больных, более 90% которых направляются в областную детскую инфекционную больницу.

Не обошлось без изменений и в самой больнице. В частности, 2 отделение смешанных инфекций было реорганизовано в отделение респираторных инфекций. Как видно из таблицы, приведенной ниже, количество выписанных всех больных за 6 месяцев 2011 года увеличилось на 32% в сравнении с аналогичным периодом 2010 года. Практически вдвое (на 40%) увеличилось количество госпитализированных с заболеваниями дыхательных путей по сравнению с прошлым годом. Характерно, что заболевают в основном дети до 5 лет: 94% в 2010 году и 91% в 2011 году. Также вдвое увеличилось количество койко-дней. Что касается больных с диареями, то в связи с реорганизацией, за 6 месяцев 2011 года госпитализация не проводилась.

Таблица 1.

	Всего поступивших в отделение	Заболевания верхних дыхательных путей		Диарейные заболевания	
		Всего	Из них до 5 лет	Всего	Из них до 5 лет
<b>6 месяцев 2010 года</b>	<b>630</b>	<b>533</b>	<b>505</b>	<b>70</b>	<b>65</b>
<b>6 месяцев 2011 года</b>	<b>923</b>	<b>890</b>	<b>810</b>	-	-

Несмотря на все изменения в отделении, количественный состав медицинских работников отделения, количество коек остается прежним. Отделение рассчитано на 45 коек. Врачей – 3, все высшей категории. Средний медицинский персонал – 18.

Согласно плану мероприятий Управления здравоохранения Жамбылской области УЗО все медицинские работники отделения респираторных инфекций обучены сортировке неотложных и приоритетных признаков. Один врач прошел компьютеризированный обучающий курс по ИВБДВ/ИКАТ. До декабря 2011 года планируется обучение специалистов отделения курсу «Интегрированное ведение болезней детского

возраста: стационарная помощь детям первых пяти лет жизни (Карманный справочник)».

Все медицинские работники отделения респираторных инфекций обучены комплексным подходам по оказанию стационарной помощи детям: заполнению стандартных форм записи больного ребенка, сортировке больных, неотложной помощи, обследованию и дифференциальной диагностике, лечению, мониторингу и поддерживающему уходу, планированию выписки и последующему врачебному наблюдению.

УДК 616.22-006.52-053.36

**ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ.  
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

ДУЙСЕНБАЕВА Р.А.

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

**Резюме**

В данной статье описан случай из практики по папилломатозу гортани у ребенка 10 месяцев.

**Тұжырым**

Бұл мәтінде тәжірибеден алынған 10 айлық нәрестенің папилломатоз көмей ауруының жағдайы сипатталған.

**Summary**

This article describes a case report on laryngeal papillomatosis in a child of 10 months.

**Папилломатоз гортани** – опухоль эпителиального характера с соединительнотканной основой, вызванная вирусом папилломы человека, располагающаяся на истинных и ложных голосовых связках. Чаще встречается у детей. Инфицирование вирусом папилломы человека происходит перинатально в родах. Нередко проявляется после перенесения детьми острых респираторных и других детских инфекций, сопровождающихся поражением верхних дыхательных путей. Выглядит папиллома гортани как розовато-красное образование в виде бородавки на ножке. Нередко папилломы гортани выглядят как цветная капуста.

**Симптомы.** Сначала возникает осиплость, иногда и афония, что зависит от расположения опухоли на истинных голосовых связках. Папилломы на надгортаннике и задней стенке гортани мешают глотанию. Вследствие разрастания папилломы и заполнения просвета гортани, стеноз гортани развивается постепенно в отличие от ложного крупа.

**Диагностика.** Основным методом диагностики папилломатоза является прямая эндоскопия гортани (осмотр гортани с помощью видеокамеры) с помощью жесткой и мягкой эндоскопической техники. Обязательно гистологическое исследование удаленных образований гортани. Для оценки распространенности процесса проводится компьютерная томография гортани.

**Дифференциальная диагностика. Врожденный стридор:** наблюдается у детей со дня рождения до 2-х лет. Голос чистый. Дыхание стридорозное с втяжением податливых мест грудной клетки. Приступ удушья наблюдается при возбуждении ребенка, а также при катарах дыхательных путей. Ребенок и родители

привыкают к такому дыханию и приступ удушья не вызывает у них тревоги. Ребенок может спокойно спать с шумным дыханием и большими втяжениями эпигастрия.

**При дифтерийном крупе** с момента заболевания до стеноза проходят 2-3 дня. Для дифтерийного крупа особенно типично постепенное, но прогрессирующее развитие всех симптомов болезни – от стадии крупозного кашля до стенотического периода. Диагностика дифтерийного крупа облегчается в тех случаях, когда обнаруживаются характерные налеты на миндалинах или в носу, при папилломатозе – длительное время (полгода, год). Стеноз при этом длительный, ребенок спокоен, приспосабливается к нему, может ходить, играть.

**Круп при бронхоадените.** При увеличении бронхиальных лимфатических вследствие их специфического поражения происходит сдавление трахеи и бронхов, а также возвратной ветви блуждающего нерва, иннервирующей гортань, в результате появляется осиплость голоса, лающий кашель, шумное дыхание и инспираторная одышка.

**Ларингоспазм:** чаще наблюдается у детей от 2мес до 2х лет, страдающих повышенной возбудимостью нервной системы, спазмофилией, рахитом, эпилепсией. Приступы ларингоспазма наблюдаются от одного раза до 20 и более раз в сутки течение 7-10 дней раза и более раз в сутки. Обычно приступ начинается после волнения, плача. Ребенок внезапно бледнеет, затем лицо становится синюшным, голова запрокидывается, останавливается дыхание. Через несколько секунд появляется свистящий вдох с последующим восстановлением дыхания. Приступ длится от

нескольких секунд до минуты. Диагностическое значение имеет анамнез, отсутствие изменений при ларингоскопии, приступообразное течение болезни.

#### **Инородное тело верхних дыхательных путей:**

характер стеноза в течение нескольких дней не имеет динамики, отмечается болезненность при пальпации в области гортани, ребенок из-за болей в гортани отказывается от еды, голос его становится афоничным или сиплым. Такая картина обычно развивается при застревании колющих инородных тел в голосовой щели, фиксации их в подвязочном пространстве. Отек и воспалительные изменения в гортани являются причиной повышения температуры (через несколько дней от начала удушья). Мелкие инородные тела с гладкой поверхностью, попадающие в бронхи перемещаются при кашле, различном положении тела, поэтому возникают периодические приступы затрудненного дыхания.

**Лечение.** При папилломатозе гортани лечение комбинированное. Проводится внутригортанное удаление папиллом гортани в сочетании с длительными курсами противовирусной и иммуномодулирующей терапии. При этом при папилломе гортани нередко возникает необходимость в проведении повторных операций.

**Клинический случай:** Приводим случай папилломатоза гортани у ребенка 10 мес.

Больной Б. Адильхан, казах (г. Алматы) от 1-ой нормально протекавшей беременности и родов, роды при сроке беременности 39-40 нед. Родился с весом 3500, рост-52см. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании. Прививки получал по календарю. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

В детскую городскую клиническую инфекционную больницу ребенок поступает впервые в 9 месячном возрасте с диагнозом: Энтеровирусная инфекция: герпетическая ангина; острый ларинготрахеобронхит стеноз гортани 1ст. Ребенок лечился в течение 7 дней, получал ингаляции минеральной водой, муколитики, коротким курсом гормоны (преднизолон в\м), но эффекта от проводимой терапии не было. Осиплость голоса, явления стеноза сохранялись, выписан был по настоянию родителей. Лечение продолжено в частной клинике г. Алматы, где ребенку проводится в течение недели гормональная терапия преднизолоном через рот, щелочные ингаляции, муколитики, выписывается с улучшением (купирован стеноз), с рекомендациями продолжить дома терапию преднизолоном через рот в течение 10 дней. Но через 2 дня после выписки ребе-

нок повторно поступает в ДГКИБ с жалобами на грубый, лающий кашель, осиплость голоса, затрудненное дыхание, беспокойство при нормальной температуре тела.

Состояние при поступлении ребенка расценивалось тяжелым за счет синдрома крупа: осиплость голоса, грубый, лающий кашель, одышка инспираторного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, периоральный цианоз, втяжение яремной ямки, нижней части грудной клетки. В ротоглотке отмечалась умеренная гиперемия дужек, зернистость задней стенки глотки. В легких коробочный звук, дыхание жесткое, хрипы сухие. Тоны сердца приглушены. Живот доступен пальпации, печень и селезенка не увеличены, стул и диурез в норме.

При обследовании: в ОАК гипохромная анемия 1 степени- эр-3,5, гем-105г\л, цп-0,8, лимфоцитоз-71%, СОЭ 12мм\ч. ОАМ - без патологии. Учитывая, что у ребенка в течение месяца сохранялась осиплость голоса, грубый, лающий кашель, одышка инспираторного характера возникло подозрение на инородное тело верхних дыхательных путей, папилломатоз гортани. Ребенку в плановом порядке проведена ларингоскопия, где выявлен папилломатоз гортани и для проведения удаления папиллом был переведен в Республиканскую детскую больницу Аксай.

**Заключение:** при рецидивирующем ларинготрахеите со стенозом для исключения папилломатоза гортани и инородного тела верхних дыхательных путей в обязательном порядке показано прямая ларингоскопия, эндовидеоскопия, консультация отоларинголога, обзорная рентгенография органов грудной для исключения инородного тела верхних дыхательных путей.

#### **Список использованной литературы:**

1. Иванченко Г.Ф.; Каримова Ф.С.»Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении папилломатоза гортани». // Вестник оториноларингологии 2000г. № 1. С. 44-49
2. Н.И. Нисевич; В.Ф. Учайкин. Москва. «Медицина» 1990 год. Инфекционные болезни у детей.
3. Педиатрия. Новейший справочник. Москва. ЭКС-МО 2007 год.

УДК 616.831-009.11-053.2+618.3

**ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

САРКЫТОВА Ж.Т.

Городская поликлиника № 10, г. Алматы

**Резюме**

В данной статье представлены материалы анализа литературных данных о факторах возникновения ДЦП, что до настоящего времени этиология этого заболевания до конца не изучена и нет ясности в вопросе, какие патогенные факторы и при каких условиях приводят к развитию ДЦП.

**Тұжырым**

Берілген мақалада балалардағы церебралдық салдану мәселелеріне қатысты әдебиеттік мәліметтерге ақпараттық шолу жүргізілген. Қандай патогендік факторлар және қандай жағдайларда балалар осы дертке шалдығатыны жайлы сауалдар әлі күнге дейін анық емес, ал пайда болу себептері ақырына дейін зерттелмей отыр.

**Summary**

The article presents the materials analysis of published data on the factors of cerebral palsy. Up to date, the etiology of this disease is not fully understood and there is no clarity concerned pathogens and under what conditions the cerebral palsy is developing.

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Определение ДЦП исключает прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, в том числе различные метаболические дефекты, поражения спинного мозга и периферических нервов. В настоящее время известно, что термин «церебральный паралич» не отражает многообразия и сущности, имеющихся при этом заболевании неврологических нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, поскольку другого термина, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено. Их объединение в нозологическую группу позволяет планировать организационные мероприятия, направленные на раннюю диагностику и лечение ДЦП, так как данная проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Популяционно-эпидемиологические исследования показывают, что в индустриально развитых странах частота церебрального паралича составляет 2-2,5 на 1000 населения. Данные о распространенности церебрального паралича по мере развития медицинской науки меняются. Некоторые авторы отмечают в последние годы тенденцию к снижению заболеваемости церебральным параличом за счет улучшения акушерской техники, профилактики и лечебных ме-

роприятий. Другие, наоборот, считают, что на протяжении ряда лет, частота церебрального паралича в индустриально развитых странах остается стабильной, что, вероятно, связано с поражением нервной системы преимущественно не во время родов, а в пренатальном периоде. Однако большинство авторов утверждают, что заболевание стало встречаться значительно чаще и объясняют это снижением смертности среди недоношенных и новорожденных с низкой массой тела, у которых риск развития ДЦП весьма значителен.

Об этиологии ДЦП существует много различных мнений, и заболевание рассматривается как полиэтиологическое. Анализ причин, приводящих к возникновению ДЦП, показал, что в большинстве случаев выделить одну из них не представляется возможным, так как часто отмечается сочетание нескольких неблагоприятных факторов как в периоде беременности, так и в родах.

Соотношение пренатальных и перинатальных факторов поражения мозга при ДЦП, по мнению различных авторов, колеблется: родовые формы церебрального паралича варьируют от 35 до 60%, интранатальные – от 27 до 54%, постнатальные – от 27 до 54%, постнатальные от 6 до 25%. Согласно данным ряда авторов, в 80% наблюдений поражение мозга, вызывающее церебральный паралич, происходит в периоде внутриутробного развития плода, а в последующем внутриутробная патология отягощается интранатальной. Тем не менее в каждом третьем случае причину церебрального паралича установить не удается.

Описано более 400 факторов, влияющих на

ход нормального внутриутробного развития, причиной же возникновения церебральной патологии в 70-80% случаев является воздействие на мозг комплекса вредных факторов. Эпидемиологическое исследование И.М. Волкова выявило зависимость возникновения церебрального паралича от возраста матери: наибольшее число рожениц (60,8%) были в возрасте от 19 до 30 лет, 29,2%-от 30 до 39 лет, 3,1%-старше 40 лет, 6,9% матерей были моложе 18 лет.

К внутриутробным вредностям прежде всего острые или хронические экстрагенитальные заболевания матери, в первую очередь гипертоническую болезнь, пороки сердца, анемию, ожирение, сахарный диабет и другие, имеющие место при церебральном параличе в 40% наблюдений. Другими материнскими факторами перинатально риска являются прием лекарств во время беременности (10%), профессиональные вредности (1-2%), алкоголизм родителей (4%), стрессы психологический дискомфорт (2-6%), физические травмы во время беременности в (1-3,88%). В последние годы большое значение в этиологии ДЦП придается влиянию на плод различных инфекционных агентов, особенно вирусного происхождения. Согласно данным Potasman у 22% больных церебральным параличом (в контрольной группе-у 9%) в сыворотке крови были обнаружены антитела к токсоплазме гонди.

Определенная роль в возникновении ДЦП отводится нарушением нормального течения беременности на различных ее сроках. В исследованиях И.М. Волкова у 29,5% матерей, имеющих ребенка с ДЦП, беременность протекала с осложнениями: неукротимая рвота была у 15,5%, нефропатия – у 6,75%, угроза прерывания – у 6,45%. Токсикозы беременности наблюдались в анамнезе у 41-75% матерей. Среди других факторов риска, связанных с неблагоприятным течением беременности, выделяют маточные кровотечения, нарушения плацентарного кровообращения, предлежание плаценты или ее отслойка. Подобные осложнения беременности имели место в 2-13% наблюдений. Согласно исследованию A. Spiniollo у 17,5% выживших детей, родившихся у женщин, чья беременность осложнилась преждевременной отслойкой плаценты, была диагностирована внутрижелудочковая геморрагия, а у 11,1% – церебральный паралич.

По данным ряда авторов, иммунологическая несовместимость матери и плода (ABO-и резус-несовместимость) являлась причиной развития ДЦП в 2,0-8,7% наблюдений. Большинство указанных неблагоприятных факторов пренатального периода ведет к внутриутробной гипоксии плода и нарушению маточно-плацентарного кровообращения. Кислородная недостаточность угнетает синтез нуклеиновых кислот и белков, что приводит к структурным нарушениям эм-

брионального развития. Развитие эмбриона в условиях гипоксии может быть основной причиной возникновения уродств и патологии развития плода.

Важным патогенетическим механизмом, определяющим внутриутробное повреждение мозга является, вероятно, аутоиммунный процесс. В результате воздействия целого ряда этиологических факторов пренатального периода, вызывающих внутриутробное поражение плода, наступает разрушение клеточных структур мозга. Фрагменты деструкции могут попасть в систему кровообращения уже в качестве инородных для организма веществ-мозговых антигенов. Они приводят к образованию антител. Таким образом развивается аутоиммунный процесс с последующей альтерацией мозговой ткани, который может продолжаться в течение нескольких месяцев и даже лет.

К факторам высокого риска развития ДЦП относятся различные осложнения в родах, частота которых превышает 40,2%: это слабость сократительной деятельности матки во время родов (23,6%), стремительный роды (4%), кесарево сечение (11,36%), затяжные роды (24%), длительный безводный период (5%), ягодичное предлежание плода (5-6,25%), длительный период состояния головки в родовых путях (5%), инструментальное родовспоможение (5-14%). При этом следует учитывать, что при наличии расстройств внутриутробного развития ребенка роды очень часто имеют тяжелое и затяжное течение. Таким образом, создаются условия для возникновения механической травмы головы и асфиксии, являющихся по существу вторичными факторами, вызывающими дополнительное расстройство первичного пораженного мозга.

К одним из наиболее предрасполагающих факторов к развитию церебрального паралича большинство отечественных и зарубежных авторов относят преждевременные роды. Недоношенность имеет большой удельный вес в анамнезе больных ДЦП и составляет, по данным разных авторов от 19 до 33,2%, в то время как среди всех новорожденных этот показатель равен 4-8%. Эпидемиологическое исследование В. Hagberg и соавт. показало, что в популяции здоровых детей, доношенные и недоношенные соотносятся как 16:1, а в группе больных ДЦП – как 2:1. Церебральный паралич развивается у 8,7% недоношенных детей, причем его частота снижается пропорционально увеличению гестационного возраста и массы тела.

Роды при тазовых предлежаниях плода приводят к асфиксии и родовой травме в 3 раза чаще, чем обычные роды, и в 1% случаев ведут к церебральному параличу. ДЦП коррелируется и с низкой массой тела плода. Исследования показали, что у 12,1% детей с небольшой массой тела при рождении в дальнейшем развивается церебральный паралич. Его частота выше в 36,7 раза у детей с массой тела от 500 до 1499 г и в

11,3 раза у детей с массой тела от 1500 до 2499 г, чем у детей с массой тела более 2500г.

По данным ряда авторов, многоплодная беременность имеет место в анамнезе у 4% лиц, страдающих церебральным параличом. Заболеваемость им при многоплодной беременности в 6-7 раз выше, чем при нормальной, и составляет 7,1-8,8 на 1000 новорожденных. Частота ДЦП в тройнях составляет 28 на 1000 живорожденных, а в двойнях-7,3 на 1000 живорожденных. При многоплодной беременности риск церебрального паралича для маловесных младенцев такой же, как у детей с низкой массой тела, родившихся в результате беременности одним плодом и, наоборот, для детей с нормальной массой тела, родившихся при обычной беременности (4,2 на 1000 живорожденных). До недавнего времени родовая асфиксия считалась ведущей причиной поражения мозга у детей. По данным разных авторов, она отмечена в анамнезе у 14-65% детей с ДЦП, в то время как среди здоровых -3,2%.

По данным эпидемиологического исследования, проведенного P.L. Yudkin и соавт.случай заболевания церебральным параличом, связанные с родовой асфиксией, составили 1:3700 для доношенных живорожденных, или 10% в структуре причин, приводящих к ДЦП. Изучение анамнеза детей, перенесших родовую асфиксию, показало, что у большинства из них (75%) был крайне неблагоприятный фон внутриутробного развития, отягощенный факторами риска хронической гипоксии. Исходя из этого, вероятно, что доминирующее значение в патологии плода и новорожденного имеет не столько острое воздействие на мозг в процессе родов, сколько предшествующее внутриутробное изменение структур мозга под влиянием многочисленных неблагоприятных факторов.

H.Scheider считает, что лишь у 10 % доношенных новорожденных возможной причиной развившегося у них в дальнейшем церебрального паралича была родовая асфиксия. Прогнозировать церебральный паралич можно только при тяжелых родах с асфиксией, ведущей к тканевому повреждению мозга, при наличии клинической симптоматики, выявляемой с первых дней жизни. Однако даже при наличии тяжелой родовой асфиксии причинная связь с развившимся впоследствии психомоторным дефицитом не является абсолютно доказуемой, так как повреждение мозга может произойти до самих родов и вызывать родовую асфиксию.

Существенное место в генезе ДЦП занимает внутрочерепная родовая травма-местное повреждение плода в ходе родов в результате механических влияний (сдавление мозга, разможнение и некроз мезгового вещества, разрывы тканей, кровоизлияния в оболочку и вещество мозга, нарушения динамического кровообращения мозга), которое может нарушить дальней

шее развитие мозга и привести к возникновению многих церебральных симптомов. Однако нельзя не учитывать, что родовая травма чаще всего происходит на фоне предшествующего дефекта развития плода, при патологических, а иногда даже при физиологических родах. По данным различных авторов, частота родовой травмы при ДЦП снизилась за последние несколько десятилетий с 21,6% до 4-5%, что связано с улучшением родовспоможения.

В периоде новорожденности факторами поражения головного мозга с развитием детского церебрального паралича обычно считаются инфекционные, реже травматические. Среди множества отечественных и зарубежных публикации, посвященных проблеме ДЦП, лишь в отдельных работах упоминается о наследственной компоненте в их этиологии. Так, С.И Козлова рассматривает ДЦП как заболевание с наследственной предрасположенностью, степень генетического риска при котором составляет 2,3%. П.Харпер высказывает мнение, что слишком часто диагнозом ДЦП прикрывают незнание многих, часто генетически детерминированных заболеваний. Автор приводит данные исследования проведенного в Великобритании, свидетельствующие о том, что общий повторный риск при церебральном параличе составляет около 1%. Однако отмечено, что некоторые нозологические подгруппы связаны с более высоким риском (особенно врожденная и симметричная тетраплегия), когда риск для сибсов составляет 10-12%. Атеоидный тип, который ранее строго связывали с ядерной желтухой, при отсутствии влияния факторов внешней среды также может иметь существенную генетическую основу.

Генеалогическое исследование в семьях, имеющих больных с дискинетической (гиперкинетической) формой ДЦП, выполненное N.A.Fletcher, выявило наличие больных родственников с определенной пропорцией пораженных родителей и сибсов. Автор обращает внимание, что у большинства больных заболевание прогрессировало во взрослом периоде жизни, что наводит на мысль о генетической гетерогенности заболевания с аутосомно-рецессивным и доминантным типами наследования. При этом не исключается существование X-сцепленной формы, а поздний возраст родителей в большинстве sporadических случаев заболевания предполагает доминантные генные мутации.

В работе P.Curatolo изучалось сочетание церебрального паралича с эпилепсией и психическими нарушениями. В генеалогическом анамнезе больных церебральным параличом были удивительно частыми случаи эпилепсии среди родственников первой степени родства, что, по мнению автора, указывает на важную роль генетических факторов в развитии ДЦП. В литературе описаны случаи, когда клинические прояв

ления некоторых наследственных заболеваний протекали в форме синдрома церебрального паралича - это хромосомные аберрации типа синдрома Патау и частичная трисомия по 18 паре хромосом, X-сцепленная хромосомная гидроцефалия, Допа-зависимая дистония.

Интерес представляет тот факт, что при церебральном параличе имеет место поражение преимущественно лиц мужского пола. ДЦП у мальчиков у мальчиков встречается в 1,3 чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек. По данным N.A. Fletcher, три четверти случаев умеренной и тяжелой тетраплегии при церебральном параличе встречаются среди лиц мужского пола и имеют при этом тенденцию к более тяжелым двигательным нарушениям, чем у женщин.

Таким образом, анализ литературных данных о факторах возникновения ДЦП показывает, что их достаточно много. Тем не менее до настоящего времени этиология этого заболевания до конца не изучена и нет ясности в вопросе, какие патогенные факторы и при каких условиях приводят к развитию ДЦП. Следовательно, можно констатировать только полиэтиологичность ДЦП и необходимость большего внимания к изучению как биологических, так и средовых факторов, оказывающих свое воздействие на организм плода и новорожденного.

В заключение уместно привести слова M.D.Hensleih: «Профилактическая программа будет безуспешной до тех пор, пока причина церебрального неизвестна». Наиболее ощутимые результаты профилактической работы могут быть получены только при раннем выявлении факторов риска с целью предупреждения рождения больного ребенка.

#### Список использованной литературы:

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В //Журн. невропатол. и психиатр.- 1987.-№ 10- С. 1445-1448
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи.-Киев, 1988.
3. Барашнев Ю.И., Руссу Т.С., Казанцева Л.З Диффе

ренциальный диагноз врожденных и наследственных заболеваний у детей.-Кишинев,1984.

4. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирюшенков А.Н. Акушерство.-М.,1986.
5. Братанов Бр. Клиническая педиатрия.-София:Медицина и физкультура.-1983-Т.2.
6. Ватолина М.И. О роли различных шперинатальных факторов в развитии детских церебральных параличей. /Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов психиатров.-М., 1969.-Т.2.- С.394.
7. Волков И.М. //Здравоохранение (Кишинев)-1974.-№ 5.-С.58- 62.
8. Кимдиярова Р.Р., Столович М.Н., Колосникова М.Б. //Журн невропатол. и психиатр.-1988.-№10.- С.1452.
9. Козлова С.И., Семанова Е., Демикова Н.С., Блиникова О.Б. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. /Справочник.-Л.,1987.
10. Крышова Н.А., Крутинова Э.Г.//Журн.невропатол. и психиатр.-1968.-№ 10.-С.1433.
11. Харпер П. Практическое медико-генетическое консультирование./ Пер. с англ.-М., 1984.
12. Fletcher N.A., Foley J. //Comment in: Dev Med Child Neurol. -1996.-Vol.38.-P.871-872.
13. Haverkamp F., Kramer A., Fahnenstich H., Zerres K. // Kiln.Padiatr-1996.-Vol.208.-P.93-96.
14. Praff R.T.C. Genetics of Neurological Disorders.-London, 1971.
15. Spinillo A., Fazzi E. Stronati M., Ometto A., Iasci A., Guaschino S.// Early Hum.Dev.-1993.-Vol. 35.-P. 45-54.
16. Suzuki J., Ito M., Tomiwa K.// No.To-Hattatsu.-1996.-Vol. 28/-P. 740-742.
17. Veelken N., Schopf M., Dammann O., Schulte F.J. // Neuropediatrics.-1993.-Vol.24.-P.74-76.
18. Yamada K.// No-To-Hattatsu.-1994.-Vol.26.-P.411-417.

УДК 616.24-008.4

**ӨКПЕ ЭМФИЗЕМАСЫ**

СПАРИШ Т.И., АСИМОВ Р.А., БОНДАРЕНКО А.И.,  
 ГАПУРОВ Б.С., САМАЕВА С.А., БЕССОНОВА Г.Ж., САРСЕНБАЕВ Д.К.,  
 НУРМУХАМБЕТОВ А.Н., ОМАРБЕК Н.Т.

Медициналық жедел жәрдем станциясы, №9 Қалалық емхана, ПД Емханасы, Алматы қаласы,  
 Облыстық аурухана, Атырау қаласы

**Резюме**

В статье описана эмфизема легких.

**Тұжырым**

Мақалада өкпе эмфиземасы сипатталған.

**Summary**

This article describes the emphysema of lungs.

Өкпе эмфиземасы – альвеолалар қуысының кеңеюімен және альвеолалар мен респирациялық бронхиолалар қабырғаларының деструкциялық бұзылыстарымен сипатталатын патологиялық процесс.

Басты бронх 23-28 буынға тармақтанады, ал оның терминальды бронхиоладан кейінгі жіктеуі өкпенің респираторлық бөлікшесін құрайды. өкпенің ең ұсақ морфологиялық құрылымы – бөлікшелер. Бөлікшелерді құрайтын – терминальді бронхиолалардың тармақтары. Респираторлық бронхиолалар қабырғаларының біршамасы альвеолалармен құралған. Олардың 3 қатарын айырады: 1-қатардағылардың – 1/3, 2-қатардағылардың – 2/3, 3-қатардағылардың – 2/3 альвеолалардан тұрады. Үшінші қатардағы респирациялық бронхиолалар әрі қарай 7-8 альвеолалық тармақтарға айырылады, ал оның әр қайсысы 1-4 рет тармақтанып, альвеолалық қапшықтармен аяқталады; әр альвеолалық тармақтың бойындағы альвеолалардың саны 80-ге жуық. Сонымен, бір терминальды бронхиолалардың тармақтары ациносты немесе өкпе бөлшегін құрайды.

Өкпе эмфиземасында болатын өзгерістер:

- Альвеолалар мен альвеолалық тармақтар көлемдерінің ұлғаюы; қалыптыда диаметрі 250 мкм болса, ол 1000-4000 мкм дейін, яғни 16 есе ұлғаяды.
- Аса керілуінен альвеолааралық қалқалар тесіліп жыртылады, альвеолалар бір-біріне қосылады, осыдан ауалы қуыстар түзіледі. Диаметрі 1 см ірі қуыстар булла аталады. Беткей орналасқан буллалардың тесілуі пневмотораксқа әкеледі.
- Альвеолааралық қалқаларда капиллярлық арналардың жойылуы.

Аталған өзгерістердің барлығы өкпенің тыныс

бетін азайтады, акырында тыныс шамасыздығына әкеледі, ал гемоперфузияның төмендеуі - өкпе артериясында қан қысымын жоғарылатады.

**Этиологиясы және патогенезі.****Эмфизема дамуының негізгі себептері:**

1. Альвеолалардың және альвеолааралық тармақтардың ішінде қысымның биіктеуі – «ауаның қамалу феномені». Бұл кірген және шығатын ауаның арақатынасының бұзылысынан болады. Мұндай жағдай созылмалы обструкциялық бронхитте, бронхтық астмада және ұзақ жөтелде, шыны үрлейтіндерде, үрлеу аспаптарын қолданатын музыканттарда кездеседі.

2. Альвеолалар мен альвеолалық тармақтар қабырғасының осалдануы. Эмфиземада, ферменттермен бұзылуынан, өкпе тінінде эластиннің мөлшері 2,5 есе азаюы анықталған. Өкпе тінінің осалдығына әкелетін протеаза-антипротеаза, оксидант-антиоксидант жүйелерінде тепе-теңдіктің бұзылысы,  $\alpha$  - антитрипсиннің гендік кемістігінен тапшылығы.  $\alpha$  - антитрипсин протеазалардың негізгі ингибиторы болып табылады.

3. Шылым шегу. Шылым шегетіндерде өкпе эмфиземасы 15 есе жиі. Темекінің түтіні терминальды бронхиолалардың, альвеолалардың айналасына макрофагтардың жиналуына әкеледі. Жиналған макрофагтар нейтрофилдердің келуіне септігін тигізеді. Бұлардан бөлінетін ферменттер (эластаза) деструкциялық әсер етеді. Сонымен қатар, темекі түтіні липидтердің асқан тотығу заттарын көбейтеді. Темекіні 15-20 жыл шеккеннен соң бронхиттік және эмфиземалық өзгерістер туындайды. Темекіні шегетіндердің орта жасы 10-15 жасқа қысқарады.

4. Өзге агрессиялық факторлар – поллютанттар, күкірт диоксиді, азот диоксиді, қара түгін, озон, тұрмыстық

аэрозольдер, аэрозольдік дәрмектер.

**Клиникалық көрінісі.** Эмфиземаның жеке көрінісін негізгі аурудың белгілерінен айыру қиын. Негізгі белгілері – ентікпе, пысылдап дем алу. Эмфиземасы бар науқастардың тынысы ерекше өзгереді – дем алуы қысқарып, дем шығару ұзарады және демін томпайтқан еріндерінің арасынан үрлеп шығарады. Мұндай адамдар шырақты үрлеп сөндіре алмайды. Біріншілік эмфиземада ентікпе жөтелсіз, ал екіншілік түрінде бронхитке байланысты жөтелдің болуы міндетті.

Біріншілік эмфизема басталған шақта науқастардың тері жамылғылары қалыпты немесе қызғылт. Өйткені, бұл кезде гипервентиляцияға байланысты қан оттегіге қаныққан немесе перфузия айтарлықтай бұзылмаған. Жүре бара, резервтік мүмкіндіктерінің төмендеуінен, науқас альвеолалық гиповентиляция күйіне түседі, сондықтан бұл кезде қанның артериализациясы төмендейді, гиперкапния және цианоз пайда болады.

Екіншілік эмфиземаға диффузды цианоз тән. Басында цианоз қол-аяқтың дистальді бөліктерінде байқалады. Гипоксия мен гиперкапния күшейе келе беттің, еріннің, тілдің цианозы пайда болады. Энергияның тыныс бұлшықеттеріне көп жұмсалыуынан науқастардың бірқатары жүдей бастайды.

Дене бітіміне бір қарағанан эмфиземаның белгілері көзге түседі: күбі тәрізді кеуде, қысқа мойын, көтерілген иық, қабырғалар мен бұғаналардың горизонтальды орналасуы, қабырғааралықтардың кеңеюі, эпигастрий бұрышының доғалануы. Перкуссия арқылы өкпе ұштарының биіктеуі, Керниг кеңістігінің кеңеюі, төменгі шектерінің төмендеуі анықталады. Жүректің шала тұйық шектері айқын анықталмайды, нағыз тұйықтығы жойылады. Тыңдағанда, қалың киімнің үстінен тыңдағандай, әлсіз тыныс естіледі.

Рентгенография және КТГ жасағанда диафрагманың төмендеуі, және тамыр өрнегінің жұпыны болуынан, өкпенің айрықша мөлдірленуі анықталады. Вертикальді орналасқан жүрек «тамшыға» ұқсайды.

#### **Эмфиземаға тән функциялық өзгерістер**

Эмфиземаға өкпенің қалдық көлемінің аса ұлғаюы, тездетіп тыныс шығару көлемінің, Тиффно индексінің және максимальді вентиляция көлемінің төмендеуі тән. Қанның газдық құрамы басында қалыпты, кейін  $PaO_2$  төмендейді,  $PaCO_2$  жоғарылайды.

**Емі.** өкпедегі анатомиялық және функциялық бұзылыстардың қайтымсыздығынан емнің мүмкіндігі шамалы. Екіншілік эмфиземада негізгі ауруды емдейді, көбіне созылмалы бронхитті, тыныс шамасыздығын.

Емнің негізгі бағыттары:

1. бронхолитиктік ем, басым қолданылатындар: теofilлин (теофар, теодур) және антихолинергиялық дәрмектер – атровент, т.б.
2. біріншілік эмфиземада,  $\alpha$  - антитрипсин тапшылығы анықталса, протеолиз ингибиторларын қолданып көреді – контрикал 20 000 Б, гордокс 100 000 Б, натрий хлориді изотониялық ерітіндісінің 200 мл қосып вена ішіне тамшылатады; осы мақсатта 5% аминакапрон қышқылы ерітіндісінің 100 мл, жаңа тоңазытылған плазманың трансфузиясын жасайды;
3. тыныс қимылында диафрагманың қатысуын арттыратын тыныс жаттығулары;
4. аса ірі булгалар болғанда – операциялық ем;

#### **Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:**

1. Қалимұрзина Б.С. //Ішкі аурулар, - Алматы, 2005.

УДК 616.72-002.78-035

## ПОДАГРА

АБУЗЯРОВА Р.Р., ЯГМИРБАЕВА М.Н.

Городская поликлиника, г. Сатпаев,  
Городская поликлиника, г. Мангыстау

### Резюме

При поражении почек диуретики не назначают. Противопоказаниями к назначению аллопуринола являются поражение печени, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, кожные заболевания.

### Тұжырым

Бүйрек зақымдануында диуретиктерді тағайындамайды. Аллопуринол тағайындауға қарсы көрсетілімдер бүйректің зақымдануы, асқазан, ұлтабар ішектің ойықжарасы және тері аурулар.

### Summary

At kidney disease medications that blocks uric acid production are not appointed. Contraindications to allopurinol are liver damage, stomach ulcer and duodenal ulcer, also skin diseases.

**Подагра** (греч. podos—нога, agra—захват, дословно «нога в капкане») известна с древнейших времен, но классическое ее описание связывают с именем английского клинициста XVII века Т. Сиденгама. Это третья по частоте (после РА и ДОО) артропатия, встречающаяся как в острой (подострой), так и в хронической форме. Обычно заболевают мужчины (80—98 %) 35—50 лет.

Подагра относится к болезням «ошибок метаболизма» и микрокристаллическим артропатиям, связана с повышением содержания в сыворотке крови мочевой кислоты (более 0,25—0,32 м моль/л) и выпадением микрокристаллов мочевой кислоты в ткани сустава, почки, сосудистую стенку, реже — сердце, глаза и т.д.

Различают первичную (наследственную) подагру, связанную с гиперпродукцией мочевой кислоты в организме (метаболическая форма), либо нарушение ее экскреции почками (почечная форма), либо имеет место и то и другое (смешанная форма). Подагра нередко входит в состав наследуемого так называемого метаболического синдрома, включающего также ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемию и повышение артериального давления. Значительно реже встречаются так называемая вторичная подагра, связанная с приобретенной, значительной и длительной гиперурикемией (лейкозы в период их лечения цитостатиками, что приводит к массивному распаду клеток крови с высвобождением из них ядерных пуриновых оснований; поражение почек с нарушением их азотовыделительной функции; хроническая свинцовая интоксикация, некоторые синюшные врожденные пороки сердца). Общепризнанными факторами риска для развития подагры считаются

повышенное употребление с пищей продуктов, содержащих избыточное количество пуринов (мясо, особенно мозги, печень, язык, почки, рыба, грибы, бобовые, арахис, шпинат, шоколад), жиров, углеводов, употребление алкоголя, чая, кофе, переедание вообще, и малая физическая активность.

Классическим проявлением подагры считается острейший моно (олиго) – артрит, развивающийся за несколько часов, обычно ночью, в первом плюснефаланговом суставе стопы. Артрит этот сопровождается острейшей болью («нога в капкане»), быстро развивается багровая, а затем синюшная, горячая на ощупь опухоль мягких тканей; температура тела повышается до 38—40 °С. В клиническом анализе крови обнаруживают лейкоцитоз (10—20 · ЮУл); СОЭ 30—50 мм/ч.

Волна острого артрита длится 6—7 дней и постепенно стихает. Первые годы подагра протекает приступообразно: 2—3 раза в год без видимых причин; возникает описанный выше острый артрит, при этом в патологический процесс могут вовлекаться все новые и новые суставы, обычно конечностей. На 4—8-й год течения подагры в области пораженных суставов или регионарных сухожилий, а также в области ушных раковин, апоневрозов черепных мышц образуются безболезненные, средней плотности подкожные бугристые образования. Кожа над ними не изменена, слегка желтовато просвечивает. Это подагрические узлы, или тофусы (греч. tophus — пористый камень, туф), отложение микрокристаллов мочевой кислоты в плотной соединительной ткани. Тофусы имеют тенденцию вскрываться, и тогда из них выделяется крошковатая масса белесого цвета. Именно в

этой тофусной стадии заболевание уже начинает расцениваться как подагра, т. е. нередко на 4—8—12-й год течения подагры.

Диагноз подагры обосновывается наличием соответствующих факторов риска, включающих и наследственность, характерным развитием артропатии, ранним присоединением нефропатии, наличием гиперурикемии (концентрированной мочевой кислоты в крови более 9 мг после трех дней беспуриновой диеты — с исключением мяса, рыбы, ливера, бобовых, шпината, шоколада) и гиперурикурии (в суточной моче содержание мочевой кислоты более 700 мг), характерными рентгенологическими изменениями, наконец, проведением мурексидной пробы с содержимым тофусов на предметном стекле. В синовиальной жидкости под микроскопом обнаруживают характерные кристаллы мочевой кислоты.

Всем больным подагрой показаны диетические ограничения, снижение общей калорийности пищи, резкое ограничение продуктов, богатых пуринами (см. выше), обильное питье (до 2 л в день), исключение алкоголя, молочно-растительная пища. При остром приступе подагры применяют НПВП: бутадиион по 0,15 г 4 раза в сутки в первые три дня, затем по 0,15 г 3 раза в течение недели. Вместо бутадииона может быть назначен реопирин, индометацин, а при отсутствии эффекта — преднизолон (25—30 мг/сут). Ацетилсалициловую кислоту давать не следует, так как она эффективна лишь в больших, часто токсических дозах (не менее 4 г/сут). При прогрессирующем

течении подагры необходимо длительное лечение противовоспалительными базисными препаратами либо уменьшающими синтез мочевой кислоты в организме [урикоста-тики — аллопуринол (милурит) в суточной дозе 0,3—0,4 г в течение не менее 12 мес], либо увеличивающими выделение мочевой кислоты с мочой (урико-зурики — антуран, бенемид, этамид; антуран по 0,1 г 3—4 раза в день). Одновременно с последними препаратами назначают обильное питье и гидрокарбонат натрия до 3 г в день.

#### Список использованной литературы:

1. Астахова Л.Н. О патогенезе, клинике, диагностике и лечении синдрома Леша — Нихана / Л.Н. Астахова, Ю.И. Усов. - Педиатрия, 1977. - № 3. - 86 с.
2. Кинев К.Г. Подагра / К.Г. Кинев. - М., 1980.
3. Харта Ф.Д. Лечение ревматических заболеваний / Ф.Д. Харта. - М., 1986. - 168 с.

**РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ**

ЯГМИРБАЕВА М.Н.

Городская поликлиника, г. Жана-Озен (Мангистауская область)

**Резюме**

В данной статье приведены сведения о реактивном артрите.

**Тўжырым**

Бул мақалада реактивті буын қабынуы туралы мәліметтер келтірілген.

**Summary**

This article gives information about reactive arthritis.

**Реактивные артриты** - негнойные «стерильные» воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, индуцированные инфекциями внесуставной локализации, прежде всего мочеполового и кишечного тракта. Термин «реактивный артрит», как нозологическая форма, впервые была предложена в 1969 году финскими исследователями Р. Ahvonen, К. Sievers и К. Aho, описавшими артрит при энтероколите иерсиниозной этиологии. При этом подразумевалось, что реактивные артриты (ReA) – это «стерильные» воспалительные заболевания суставов, при которых в синовиальной жидкости и синовиальной оболочке больных отсутствуют инфекционные агенты и их антигены.

Вместе с тем уже в 70–80-х годах XX века в биоптатах синовиальной оболочки методами световой и электронной микроскопии с применением иммуноцитохимии были обнаружены микроскопические внутриклеточные включения *Chlamidia trachomatis*, впоследствии признанной наиболее значимым артритогенным микроорганизмом при ReA. С внедрением в клиническую практику в начале 90-х годов метода обратной транскриптазо-полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) в полости сустава были обнаружены небольшие количества ДНК и РНК *Ch.trachomatis*. Наличие этих нуклеиновых кислот, которые имеют очень непродолжительное время жизни в тканях (несколько минут), свидетельствовало о возможности транскрипции и, следовательно, активного размножения бактерий в полости сустава.

Позднее было обнаружено, что сустав и в норме не является стерильной средой. Так, ДНК различных микроорганизмов была обнаружена в биоптатах синовиальной оболочки здоровых людей и больных остеоартрозом. Активно изучаются генетические факторы в патогенезе ReA. В частности, доказана тесная ассоциация заболевания с антигеном HLA-B27. Для

некоторых бактерий (*Yersinia*, *Salmonella*) наличие HLA-B27 является фактором, существенно облегчающим их инвазию в клетки синовиальной оболочки.

**Клиника.** Реактивный артрит развивается у 1–3% больных, перенесших хламидийную инфекцию, и у 1,5–4% больных после кишечных инфекций. Клинически заболевание проявляется поражением суставов, преимущественно нижних конечностей, возможно развитие энтезопатий и болей в нижних отделах спины. Характерно асимметричное поражение крупных (реже мелких) суставов в виде моно- или олигоартрита, «лестничный» тип поражения суставов, «сисскообразная» деформация пальцев стоп.

У некоторых больных наряду с артритом развивается конъюнктивит и уретрит (триада Рейтера), в более редких случаях могут развиваться и другие системные проявления, такие как ирит, изъязвления слизистой оболочки полости рта, иногда – кольцевидный баланит, кератодермия, гиперкератоз ногтей, ахиллобурсит и подошвенный фасциит, поражения сердца и нервной системы.

Продолжительность первичных случаев реактивного артрита составляет в среднем 3–6 месяцев, однако часто клинические симптомы заболевания сохраняются до 12 месяцев и более. При урогенитальном ReA, особенно у пациентов с синдромом Рейтера, отмечается склонность к более частому рецидивированию заболевания, что объясняется как возможностью реинфицирования, так и персистирующей хламидийной инфекцией. Рецидивы, как правило, протекают с суставным синдромом, поражением глаз, кожи, слизистых оболочек и уретритом. Характер течения заболевания отличается большим разнообразием, у многих пациентов развивается стойкая ремиссия, вместе с тем в 12–15% случаев реактивный артрит приобретает хроническое течение.

**Лечение.** Комплексная терапия ReA включает

применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), глюкокортикоидов (в некоторых случаях), медленно действующих болезнь-модифицирующих препаратов (базисных средств) при затяжных и хронических вариантах течения заболевания, а также биологических агентов. Отдельное место в лечении занимает антибактериальная терапия. Основными средствами «актуальной» терапии реактивных артритов являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые применяются для купирования суставного синдрома (артрита, синовита, энтезита и др.). Широко назначаются «стандартные» НПВП – диклофенак, ацеклофенак, кетопрофен, напроксен и др., обладающие высоким терапевтическим индексом.

При высокой активности реактивного артрита, а также недостаточной эффективности НПВП больным показано назначение пероральных глюкокортикоидов. Доза преднизолона зависит от активности заболевания и составляет 30–60 мг/сут. После достижения терапевтического эффекта доза препарата постепенно снижается до полной отмены. Для достижения иммуносупрессии при высокой активности РеА применяется «пульс-терапия» – 1000 мг метилпреднизолона внутривенно капельно на 150 мл изотонического раствора хлорида натрия, 3 введения на курс. По показаниям (рецидивирующий артрит, энтезит) глюкокортикоиды вводят внутрисуставно, периартикулярно или в область энтезиса (0,5–1 мл бетаметазона).

При рефрактерности к проводимому лечению, развитии системных поражений (лихорадки, снижения массы тела, лимфаденопатии, анемии и др.), а также при хронических формах в комплексную терапию включают базисные средства – сульфасалазин 2–3 г/сут., азатиоприн 150 мг/сут., метотрексат 10–15 мг в неделю. Терапевтический эффект базисных препаратов развивается медленно и достигает максимума через 4–6 месяцев непрерывной терапии [2].

В настоящее время антибактериальная терапия назначается больным РеА с доказанной хламидийной инфекцией с учетом чувствительности причинных микроорганизмов. Применяются антибиотики тетрациклинового ряда – доксицилин по 0,3 г/сут., фторхинолоны – ципрофлоксацин – 0,5 г/сут., ломефлоксацин – 0,8 г/сут., из группы макролидов эффективен кларитромицин – 0,5 г/сут. При лечении урогенитальных реактивных артритов отдают предпочтение длительной антибактериальной терапии (до 28 дней и более).

#### **Список использованной литературы:**

1. Гучев И.А. Хламидийные инфекции. Возможности антибактериальной терапии // РМЖ. – 2004. – Т. 13. – № 8. – С. 57-63.
2. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. – Минск: Тивали, 1993. – 321 с.
3. Мерта Дж. Справочник врача общей практики: Пер. с англ. – М.: «Практика»-McGraw-Hill, 1999. – 459 с.
4. Коровина Н.А. и соавт. Антибактериальная терапия при артритах, ассоциированных с хламидийной инфекцией // там же – с.93
5. Мазуров В.И. и соавт. Новые подходы к лечению реактивных артритов хламидийной этиологии // там же.- с.115-116
6. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология / М.: Медицина, 1989.- С.97-107.

УДК 616.12-005.4

**ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА**

АХМЕТОВА Г.У.

Городская поликлиника №7, г. Тараз

**Резюме**

Профилактические осмотры у кардиолога – самый верный способ перехватить возможную проблему с сердцем в самом начале.

**Тұжырым**

Жүректің болатын проблемаларын жолдан ұстап алудың ең дұрыс тәсілі - кардиолог маманында алдын ала байқау өту.

**Summary**

Preventive checkups by a cardiologist - the surest way to catch a potential problem with the heart in the beginning.

Среди болезней сердечно – сосудистой системы одной из самых распространенных является ишемическая болезнь сердца. Ишемическая болезнь распространена во всех экономически развитых странах, можно сказать, что весь мир стоит перед угрозой ее эпидемии.

Что же такое ишемическая болезнь сердца? Этим термином называют группу сердечно-сосудистых заболеваний, в основе которых лежит нарушение кровообращения в артериях, обеспечивающих кровью сердечную мышцу (миокард). Ишемическая болезнь сердца может протекать в острой и хронической формах.

Острая форма ИБС проявляется в таких заболеваниях, как острый инфаркт миокарда, внезапная коронарная (или сердечная) смерть.

Хроническая форма ИБС проявляется стенокардией, различными видами аритмий и сердечной недостаточностью.

Свое название ишемическая болезнь сердца получила по обуславливающему ее процессу, который носит название ишемии. Ишемия – это малокровие, недостаточный доступ крови и органу, который вызван сужением или полным закрытием просвета в артерии. Так называемая преходящая ишемия может возникнуть и у здорового человека как результат физиологической регуляции кровоснабжения.

Ишемии сердца чаще всего вызывает атеросклероз, при котором и при сходит сужение артерий за счет накопления в их стенках холестериновых отложений, так называемых атеросклеротических бляшек.

Основным симптомом ИБС считается стенокардия, то есть приступообразные боли в области сердца. На начальной стадии ИБС приступы стенокардии возникают при физической или психологической нагрузке. Дальнейшее течение заболевания обычно

длительное. В типичных случаях через некоторое время приступы стенокардии возникают не только при нагрузке, но и в состоянии покоя.

В периоды обострения болезни на ее поздних стадиях реальна угроза развития инфаркта миокарда. В основном ишемическая болезнь возникает у людей старше 30 лет, причем мужчины болеют чаще женщин. Половина смертей в результате сердечно-сосудистых заболеваний приходится на долю ишемической болезни. Среди больных ишемической болезнью очень часты случаи инвалидности и частичной или полной потери трудоспособности.

Поводом для обращения к кардиологу должно быть любое неприятное ощущение в области сердца, особенно если оно незнакомо больному и прежде не испытывалось им. Подозрение на ИБС должно возникнуть у больного и в том случае, если боли в загрудинной области возникают при физической или эмоциональной нагрузке. Обычно ИБС протекает волнообразно, периоды спокойствия без проявления и симптомы.

Симптомы формы ИБС как внезапная сердечная смерть, то о них можно сказать немного, за несколько дней до приступа у человека появляются приступообразные неприятные ощущения в загрудинной области. Наиболее типичным и распространенным проявлением ИБС является стенокардия. Основным симптомом этой формы ишемической болезни сердца является боль. Боль может распространяться в плечо, руку, шею, иногда в спину. Средняя продолжительность приступа стенокардии, редко превышает 10 минут.

Большинство сердечно – сосудистых заболеваний, ишемическая болезнь развивается у больного в течение многих лет, и чем раньше постав-

лен правильный диагноз и начато соответствующее лечение, тем больше у больного шансов на полноценную жизнь в дальнейшем.

Лечение ИБС и ее диагностика, предполагает совместную работу кардиолога и пациента сразу по нескольким направлениям. Прежде всего, необходимо позаботиться об изменении стиля жизни и воздействии на факторы риска ИБС. Кроме того, назначается медикаментозное лечение, а при необходимости используются методы эндоваскулярного и хирургического лечения.

Непременным условием для успешного лечения ИБС является предварительное лечение от гипертонической болезни или сахарного диабета, если развитие ИБС происходит на фоне этих заболеваний. Медикаментозное лечение ИБС направлено по большей части на устранение признаков стенокардии. Цели лечения ишемической болезни сердца определяются как улучшение качества жизни больного, то есть уменьшение выраженности симптомов, предотвращение развития таких форм ИБС, как инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, внезапная сердечная смерть, а также увеличение продолжительности жизни

ни пациента.

Самым перспективным методом лечения ИБС на настоящий момент считается эндоваскулярная хирургия (рентгенохирургия, интервенционная радиология). Все вмешательства проводятся без разрезов, через проколы в коже, под рентгеновским наблюдением, для проведения операции достаточно местной анестезии.

Грамотно проводимые меры профилактики развития ИБС помогают таким людям избежать осложнений, часто тяжелых или даже смертельных. Главные моменты профилактики ИБС – это повышение физической активности, отказ от табака, переход на систему здорового питания и улучшение эмоционального фона. Кроме того, разумеется, важны регулярные профилактические визиты к кардиологу и своевременно лечение заболеваний, которые могут спровоцировать развитие ИБС.

---

УДК 615.21:616.8-009-053.2

## ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

АСИЛЬБЕКОВА Г.А.

Городская поликлиника №1, г. Тараз

### Резюме

Данная статья рассматривает применение кортексина в условиях дневного стационара при различных детских неврологических заболеваниях. Описываются основные структурные и клинические свойства препарата. Исследовательской частью статьи является мониторинг лечения 57 неврологических больных в возрасте от 3 месяцев до 14 лет пролеченных за текущие полугодие. Рассмотрены результаты лечения и подведены выводы относительно эффективности и актуальности применения препарата в детской неврологии.

### Тұжырым

Бұл мақалада күндізгі стационар шарттарындағы кортексина қолдану әр түрлі бала неврологиялық ауруларында қарастырылған. Препараттың негізгі құрылымдық және клиникалық қасиеттері суреттеледі. Зерттеуші баптың бір бөліктерін емдеп уақыт өткізілген ағымдағы жарты жылда 3 айлық балалардан бастап 14 жас аралығындағы 57 неврологиялық ауруларының емдеуін барлауы болып табылады. Емдеудің нәтижелері қарап шыққан және бала неврологиясындағы препараттың қолдануы әсерлі және өзектілігі туралы қорытындылар жасалынды.

### Summary

This article examines the use of Cortexin in our day hospital for children with various neurological diseases. The basic structural and clinical features of the drug is described. Research part of the article shows the monitoring of treatment of

57 neurological patients aged from 3 months to 14 years old treated for the current half-year. The results of treatment and conclusions on the effectiveness and relevance of the drug in pediatric neurology are presented.

Кортексин - новый нейропептидный препарат для парентерального (внутримышечного) применения, обладает выраженным дифференцированным воздействием на клетки нервной системы, оказывает церебропротекторное, ноотропное, антистрессорное, антиоксидантное, противосудорожное и иммунорегуляторное действие.

Препарат представляет собой комплекс низкомолекулярных пептидов, выделенных из коры головного мозга крупного рогатого скота путем экстракции. Полученный экстракт подвергается многоступенчатой очистке, обеспечивая инфекционную и антигенную безопасность препарата.

В состав кортексина входят три группы веществ; аминокислоты, витамины и минеральные вещества. Положительные эффекты препарата объясняются не только действием полипептидов аминокислотного состава но и нейрохимической активностью макро и микроэлементов содержащихся в препарате, а также витаминов А, Е, В и РР. Кортексин как ноотроп отличается от других ноотропов тем, что оказывает мягкий стимулирующий эффект на психические функции, а в ряде случаев – положительный (корректирующий) эффект на аномальную биоэлектрическую активность мозга, чем объясняется его противосудорожное действие. Препарат кортексина также отличается не только отсутствием побочных эффектов (кроме редких случаев индивидуальной непереносимости), но и исключительно хорошей переносимостью пациентами любого возраста.

Благодаря выраженному тканеспецифическому действию на клетки коры головного мозга и высокой биодоступности кортексин нашел широкое применение в педиатрической практике. Спектр показаний к применению кортексина довольно широк: черепно-мозговая травма, нарушения мозгового кровообращения (острые и хронические), нейроинфекции (вирусные и бактериальные), астенические состояния, энцефалопатии различного генеза, энцефалит (острый и хронический) и энцефаломиелит, эпилепсия, различные формы детского церебрального паралича (ДЦП), критические состояния новорожденных с перинатальными повреждениями нервной системы, нарушения психомоторного и речевого развития, нарушения (снижение) памяти, мышления, сниженная способность к обучению, нарушения других когнитивных функций, головные боли различного генеза и т. д.

В условиях дневного стационара ГП-1 г. Тараз препарат Кортексин применялся по назначению невролога курсами 5-10 дней в стандартной дозировке 57 неврологическим больным в возрасте от 3-х месяцев до 14 лет.

Среди пролеченных дети с диагнозами: ППЦНС-17, РОПЦНС-3, последствия нейроинфекции-4, последствия ОНМК-3, микроцефалия с внутренней гидроцефалией-1, ДЦП-9, РЦН гипертензионным, гидроцефальным синдромом -18, судорожным синдромом-2.

Учитывая высокий удельный вес ППЦНС в структуре неврологической заболеваемости у детей проблема выбора препаратов при лечении гипоксически-ишемических энцефалопатии остается актуальной, крайне нежелательно полипрагмазия, поскольку каждый из назначаемых препаратов нередко вызывает побочные эффекты, а кроме того трудно прогнозировать взаимодействие применяемых препаратов в детском организме. Использование кортексина в этом случае, как комплексного препарата является наиболее перспективным и успешным.

В нашем случае из 17 пролеченных детей с ППЦНС у 11- преобладали проявления гипертензионно-гидроцефального синдрома, у 3-х задержка психомоторного развития, у 2-х фебрильные судороги, у 1-го синдром мышечной дистонии. У всех детей на НСГ выявлены гипоксически - ишемические изменения головного мозга. На фоне лечения кортексином начиная с 4-5 дня отмечались уменьшение церебральных симптомов, нормализация сна, уменьшение беспокойства, улучшение двигательных функции и психоэмоциональной сферы, отмечались уменьшение выраженности вегетососудистых нарушений, что доказывает эффективность применения кортексина в лечении и реабилитации для достижения благоприятных исходов перинатальных поражений нервной системы и приобретенных позднее поражений ЦНС.

Лечение препаратом кортексин успешно проведено 2- больным с диагнозом: РЦН гипертензионный, судорожный синдром. В период лечения кортексином отсутствия судорог и значительное улучшения эмоционального фона, нормализация сна у больных доказывает противосудорожную активность препарата, связанные с мягким стимулирующим эффектом на психические функции, а так же корректирующим эффектом на аномальную биоэлектрическую активность мозга. По данным Н.Г. Звонковой (2005,2006) рассматривается применение кортексина в качестве одного из альтернативных методов терапии фармакорезистентных форм эпилепсии.

Применение кортексина с реабилитационной целью у больных с последствиями нейроинфекции и ОНМК. Всего пролечено в дневном стационаре с вышеуказанными диагнозами за 6 месяцев 6-больных. У всех больных отмечались частые головные боли, раздражительность, утомляемость, снижение памяти. В результате проведенного стандартного кур-

са лечения кортексином отмечено улучшение психоэмоционального состояния и когнитивных функции у детей, уменьшение по интенсивности и частоте головных болей, улучшение памяти.

Применения кортексина при различных формах ДЦП стандартным курсом 10 дней показали умеренные изменения эмоционального фона, незначительные увеличения двигательной активности и координации у больных, что указывает на необходимость повторных курсов лечения кортексином. По литературным данным значительные улучшения двигательной активности, зрительно-моторной координации, уменьшения нарушения со стороны артикуляционного аппарата достигается на фоне применения кортексина курсами (5 курсов по 10 инъекций с интервалами по 3 месяца). Выявлен кумулятивный эффект препарата: при повторных курсах терапии его положительное влияние сохранялось на протяжении от 6 до 18 месяцев.

Высокая эффективность при лечении кортексином (в стандартной дозировке) отмечено у детей с диагнозом РЦН гипертензионный, гидроцефальный синдром. К концу курса лечения у всех больных отмечены значительные изменения в психоэмоциональной сфере, улучшения активности и настроения, снижение импульсивности, купирования головной боли, улучшение памяти.

**Выводы.** Таким образом, кортексин благодаря комплексному действию (препарат оказывает це-

ребропротекторное, ноотропное, нейротрофное, нейрометаболическое, стимулирующее, антистрессорное, антиоксидантное, противосудорожное и иммунорегуляторное действие) и высокой биодоступности эффективно может применяться в детской неврологии.

#### Список использованной литературы:

1. Громада Н.Е. Пятилетний опыт применения кортексина при лечении отдельных последствий перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза. *Terra medica nova*. 2004; 2: 48–50.
2. Чутко Л.С., Кротов Ю.Д., Рыжак Г.А. Применение кортексина в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. *Методические рекомендации*. СПб., 2003; с. 38.
3. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковлева Ю.Д., Кропотов Ю.Д. Кортексин – основа терапии нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. В кн.: «Кортексин». Пятилетний опыт отечественной неврологии. СПб., 2005; с. 43–50.
4. Онопрейчук Е.И., Треймут Ю.А., Иванова Н.В. Специфические расстройства речи у детей, эффективность кортексина. В кн.: «Кортексин». Пятилетний опыт отечественной неврологии. СПб., 2005.
5. Онопрайчик Е.И., Треймут Ю.А., Иванова Н.В. Специфические расстройства развития у детей дошкольного возраста. Эффективность кортексина. *Terra medica nova*. 2004; 3: 35–8.

УДК 616.33-002:579.835.12-035.1

### МАСТРИХТ-3. ЧТО НОВОГО?

САХОВА Ж.У.

Зерендинская центральная районная больница, Акмолинская область

#### Резюме

В данной статье описана стратегия лечения больных язвенной болезнью и хроническим гастритом.

#### Тўжырым

Мақалада созылмалы гастрит және ойықжара ауруларын емдеу стратегиясы сипатталған.

#### Summary

This article describes a treatment strategy for patients with peptic ulcer and chronic gastritis.

Сегодня хорошо известно, что эрадикация (истребление) *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью и хроническим гастритом ведет к быстрому исчезновению клинических симптомов, устранению

хронического воспалительного процесса и заживлению язв.

Эффективная антигеликобактерная терапия является очень сложной задачей, т.к. *Helicobacter pylori*

занимают нишу (слой желудочной слизи) малодоступный для антимикробных средств.

В 2005 году во Флоренции (Италия) состоялась очередное совещание Европейской рабочей группы по изучению *Helicobacter pylori* (EHPSG), на котором выработан «Консенсус Маастрихт-3», позднее утвержденный Всемирным конгрессом гастроэнтерологов (Монреаль) и Европейской гастроэнтерологической недели (Копенгаген). Обязательные показания к эрадикации Нр (strongly recommended) остались прежние (в соответствии с Консенсусом Маастрихт-2):

- Язвенная болезнь желудка и ДНК независимо от стадии ее течения, включая осложненные формы;
- MALT-ома;
- Атрофический гастрит;
- Состояние после резекции желудка по поводу рака;
- Кровные родственники больных раком желудка первой степени родства.

Целесообразные показания к эрадикационной терапии (advisable recommended) претерпели определенные изменения:

- При функциональной неязвенной диспепсии и наличия Нр определена стратегия «установить и лечить» (test and treat), которая признана необходимой, особенно в регионах с высокой инфицированностью населения Нр:
- Эрадикация Нр у лиц, изъявивших желание ее провести признана целесообразной после подробной

консультации с лечащим врачом.

Определены и уточнены взаимоотношения заболеваниями и патологическими состояниями, связанными с инфицированием Нр:

### 1. Взаимоотношения между Нр и ГЭРБ:

- Признано, что инфекция Нр не является фактором, способствующим возникновению ГЭРБ;
- Не получено убедительных подтверждений провоцирующего влияния эрадикации Нр на развитие или прогрессирование ГЭРБ;
- Эрадикация Нр не оказывает влияния на эффективность антисекреторной терапии, назначаемой при ГЭРБ;
- У Нр – позитивных больных ГЭРБ длительное применение ИПП способствует развитию атрофического гастрита;
- Эрадикация Нр способствует снижению риска раз-

вития атрофии слизистой оболочки /СО/ фундального отдела желудка у пациентов с ГЭРБ.

### 2. Взаимоотношения между Нр и НПВП-гастропатиями.

- установлено, что риск развития эрозивно-язвенных поражений желудка и ДНК при приеме НПВП у Нр – позитивных больных выше, чем у Нр – негативных;
- доказано, что эрадикация Нр снижает риск возникновения эрозий и язв желудка и ДПК у больных, принимающих НПВП;
- определено, что перед назначением НПВП необходимо проведение исследований на наличие инфицированности Нр и в случае ее подтверждения следует провести эрадикационную терапию;
- т.к. эрадикации Нр недостаточно для предупреждения НПВП-гастропатии, то больным с высоким риском ее возникновения показано назначение ИИП (терапия прикрытия).

### 3. Взаимоотношения между Нр и не гастроэнтерологическими заболеваниями

- а) рекомендовано проведение эрадикационной терапии у больных с аутоиммунной тромбоцитопенией;
- б) рекомендовано проведение эрадикационной терапии у больных с ЖДА при отсутствии других причин ее развития;
- в) нет убедительных доказательств связи Нр – инфекции с другими заболеваниями и, в частности с ИБС.

**ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НР - АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

САХОВА Ж.У.

Зерендинская центральная районная больница, Акмолинская область

**Резюме**

В данной статье описана эрадикационная терапия при НР – ассоциированных заболеваниях.

**Тұжырым**

Бұл мәтінде бір-біріне ұқсас ауруларда - НР кезінде эрадикациялық емдеу сипатталған.

**Summary**

This article describes the triple therapy at НР - associated diseases.

Гистологическими исследованиями установлено, что успешная эрадикация *Helicobacter pylori* при Нр – ассоциированных заболеваниях /Нр- АЗ/ приводит к постановлению ультраструктуры клеток слизистой оболочки /СО/ желудка. Прежде всего, эрадикация *Helicobacter pylori* подавляет активность воспалительного процесса, что характеризуется исчезновением инфильтрации эпителия и собственной пластинки СО желудка полиморфноядерными лейкоцитами. Эти явления наблюдаются через 4-6 недель после проведенного антибактериального лечения.

Примерно в такие же сроки отмечается снижение лимфоплазмозитарной инфильтрации собственной пластинки СО желудка, которая и в дальнейшем прогрессивно уменьшается, но полностью не исчезает даже через год после лечения и полная регрессия геликобактерного гастрита наступает не ранее, чем через 2 года после успешной эрадикации. По видимому, специфические антигеликобактерные антитела (класса LgG) продолжают длительно циркулировать в крови после эрадикаций и вызывать перекрестную реакцию с мишенями – эпитопами на специализированных клетках, инфильтрирующих СО желудка в течение указанного периода.

Очень важным является вопрос о важной обратимости атрофического гастрита после успешной эрадикаций *Helicobacter pylori*. Имеются наблюдения, свидетельствующие об обратимости атрофии. Однако,

при атрофическом гастрите имеет место нарушение регуляции апоптоза – в эпителиоцитах накапливаются повреждения ДНК и эти клетки, по существу, приобретают другой фенотип, следовательно они приобретают и другие темпы пролиферации апоптоза. Т.е. механизмы, препятствующие обратному развитию атрофии обусловлены изменениями фенотипа эпителиальных желудочных клеток, следовательно, атрофический процесс, вызванный *Helicobacter pylori*, по-видимому, имеет не физиологический характер.

Применение специфической терапии, направленной на уничтожение *H. Pylori*, вызывает не только более быстрое заживление язв и снижение числа рецидивов заболевания, но при этом устранение *H. Pylori* сопровождается активной репаративной регенирацией с нормализацией структуры слизистой оболочки.

Основными аргументами, свидетельствующими в пользу необходимости эрадикации *H. Pylori* являются следующие:

Антисекреторная терапия в сочетании с эрадикацией *H. Pylori* приводит к значительно более быстрому заживлению язв, нежели только назначение антисекреторных препаратов;

- Эрадикация *H. Pylori* сопровождается более быстрым заживлением язв сравнительно с плацебо;
- Эрадикация *H. Pylori* приводит к существенному снижению частоты рецидивов.

**ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

ЮЛДАШЕВА И.Э.

Городская детская больница №1, г. Тараз

**Резюме**

В данной статье описаны основные, наиболее часто встречающиеся причины острых отравлений у детей, актуальность проблемы, дано определение острого отравления, видов токсических веществ, описаны клинические стадии и фазы отравлений, методы попадания ядов в организм; приведены этиология, эпидемиология, клиника, лабораторные и инструментальные обследования, методы интенсивной терапии в условиях реанимации пациентов с острым отравлением препаратами железа и ведение такого ребенка после выписки из стационара.

**Тұжырым**

Тап осы мақалада балаларға өткір улаулардың негізгі, ең жиі кездесуші себептері, мәселе өзектілігін суреттелген, өткір улаулар, улағыш заттардың түрлерінің анықтама тап осы, аурухана сатылар және улаулардың фазалары, тию әдістері суреттелген организмға; күндізгі бөлімнен жазып алудан кейін без және сондай бала басқару дәрілермен өткір улаумен этиология, эпидемиология, аурухана, лабораториялық және аспаптық тексерулер, пациенттердің реанимация шарттарында қарқынды емдеу әдістері келтірілген.

**Summary**

In given article is described main, most often meeting reasons of the sharp poisoning beside childreus, urgency of the problem, is given determination of the sharp poisoning, type toxic material, is described clinical stages and phases of the poisoning, methods of the hit poison in organism; they are brought aetyology, epydemiology, clinic, laboratory and instrumental examinations, methods intensive терапия in condition of the reanimations patient with sharp poisoning preparation ferric and conduct such child after extract from permanent establishment.

Особую актуальность проблема острых отравлений приобрела в последние десятилетия из-за появления на рынке большого количества химических препаратов, как лекарственных, так и препаратов бытовой химии. По статистическим данным России количество смертельных случаев от отравлений в детском возрасте уступает только травме, ожогам и утоплениям. Число случайных и преднамеренных отравлений растет с каждым годом.

Отравление – патологическое состояние, развивающееся вследствие взаимодействия яда с организмом. Острые отравления возникают при одномоментном поступлении токсической дозы вещества, характеризуются быстрым началом и специфическими симптомами.

Из всей классификации причин отравлений у детей чаще бывают следующие:

**1. Случайные отравления:**

- неправильное хранение медикаментов и химических препаратов в домашних условиях, в результате чего ребенок, чаще 1-3 лет, оставшийся без присмотра, съедает или выпивает их;
- самолечение и передозировка лекарств;
- прием яда вместо знакомых витаминов или других сладостей (чаще таблеток в ярких и сладких оболоч

ках);

- несчастные случаи (взрывы, утечка газа, пожары, неисправность печного отопления);

- любознательность ребенка.

**2. Преднамеренные отравления:**

- суицидальные попытки у подростков 12-14 лет в основном из-за конфликта в семье или школе;
- криминальные отравления с целью ввести жертву в беспомощное состояние.

Ядом может быть любое вещество, поступившее в токсической дозе. Пути попадания яда в организм: через рот, через слизистые, с дыханием, через кожу, инъекционно, укусы насекомых или змеи, через грудное молоко.

Клинически различают две основные стадии острых отравлений: токсигенную и соматогенную. В токсигенную стадию мы видим развернутую клиническую картину отравления. В соматогенной стадии, наступающей после удаления или разрушения яда, преобладают «следовые» поражения структуры и функции органов и систем до их восстановления или гибели.

Клинические фазы отравлений идентичны для всех видов ядов:

1. Скрытая (с момента поступления яда до первых

симптомов).

2. Период нарастания резорбтивного действия (от начальных симптомов до отчетливой клиники).
3. Период максимального резорбтивного действия (клиника отравления и клиника осложнений).
4. Восстановительный период (снижение симптомов резорбтивного действия).

Быстрота и сила развития клинических проявлений зависит от многих факторов: возраст ребенка, его вес, наличие или отсутствие фоновой патологии, состояние организма непосредственно перед отравлением, каким способом принят яд, наполнение желудка во время приема яда и т.д. Это является очень важным фактором для клинической оценки пациента, и должно быть обязательно учтено при сборании анамнеза. Видимое мнимое благополучие, при должном по времени развитии яркой клинической картины, может быть обусловлено всего лишь плотным обедом перед приемом яда. Недооценка тяжести при острых отравлениях, особенно если неизвестно количество и время приема химического вещества, чреваты большими осложнениями и трудностями по спасению детей.

В клинической практике в подавляющем большинстве случаев причинами острых отравлений являются суицидальные попытки и случайное употребление маленькими детьми химических веществ. Обе эти причины предусматривают позднее обращение в стационар, неизвестность дозы и времени принятия яда (первые скрывают или уже не в состоянии, а вторые не могут сказать в силу своего возраста). Это предусматривает быстроту, четкость и скорость проведения интенсивной терапии.

В нашей больнице за последние 2 года резко увеличилось количество пациентов с отравлением препаратами железа. Имеются 2 летальных случая.

#### **Острое отравление препаратами железа.**

Эпидемиология: случайные отравления у детей 1-3 года. Чаще от 5 до 20 таблеток. Обращаются в фазу развернувшейся клинической картины с клиникой острой диспепсии и неукротимой рвоты, иногда уже с нарушенным сознанием и нарушением гемодинамики. Клиническая картина имеет 5 стадий:

1 стадия – в первые 6 часов после проглатывания таблеток: тошнота, рвота и понос с примесью крови, эксикоз, тахикардия, артериальная гипотензия, бледность кожи, акроцианоз, боли в животе, нарушение сознания. В анализах: лейкоцитоз, гипергликемия, гиперкоагуляция, реже гипокоагуляция, уровень железа в начале повышен, а затем норма.

2 стадия – через 6-12-48 часов, стадия мнимого благополучия, характеризуется стабильным состоянием ребенка. Лабораторные данные чаще всего в пределах нормы.

3 стадия – через 12-48 часов. Вновь появляются рвота,

понос, гипотензия, кровоточивость из мест инъекций и слизистых, сосудистый коллапс, отек мозга и легких, судороги и смерть. Лабораторно: железо в пределах нормы (в тканях), метаболический ацидоз, выраженная гипокоагуляция и фибринолиз, снижение эритроцитов и гемоглобина, повышение трансаминаз.

4 стадия – 2-4 день. Проявляется клинической картиной печеночной и почечной (редко) недостаточности: трудно купируемая кровоточивость, желтушность кожи, печеночная энцефалопатия, олигурия, анурия. Лабораторно: характерно для печеночной недостаточности.

5 стадия – 2-8 недели. Развитие осложнений и последствий интоксикации железом – обструкция антрального и пилорического отделов желудка, стриктур кишечника, алиментарных нарушений, цирроз печени, неврологические нарушения.

Инструментальные обследования: ЭФГДС, рентгенограмма желудка, УЗИ брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭЭГ, SpO<sub>2</sub>. Лабораторные обследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, калий, натрий, глюкоза, билирубин, остаточный азот, креатинин, сывороточное железо), КЩР, коагулограмма.

#### **Интенсивная терапия.**

1. Промывание желудка. Производится обычной водой в объеме соответствующем возрасту ребенка. Если ребенок в сознании и позволяет возраст, надо попробовать промыть подачей через рот большого количества воды и нажатием на корень языка. Преимущество этого способа в том, что крупные таблетки и твердая пища легко выйдут, что проблематично при промывании через ограниченный диаметр зонда. Если ребенок активно сопротивляется или сонлив, применяется зондовое промывание желудка по установленным правилам. Если ребенок находится в бессознательном состоянии и защитные рефлексы угнетены, перед промыванием необходимо интубировать трахею и раздуть манжету в целях профилактики аспирации рвотными массами. Промывные воды внимательно осмотреть на наличие таблеток и часть сохранить при подозрении на криминальное отравление.

2. Активированный уголь не показан, так как он не связывает сульфатные группы. Можно дать «Смекту» или «Сорбене» в возрастной дозировке ежедневно в первые часы.

3. Очистительная клизма. Очень эффективный метод по удалению невсосавшихся таблеток, усилению естественной перистальтики и снижению раздражающего действия лекарства на слизистую ЖКТ. Моему коллеге таким способом удалось вымыть 8 таблеток, мне – 5.

4. Антидотом является дефероксамин 15 мг/кг/час, не более 80-90 мг/кг за 8 часов. Затем 0,5 мг/кг каждые 4 часа в/м. Суточная доза не должна превышать 6,0 гр.

Но ввиду ограничения по возрасту (старше 15 лет), этот препарат не нашел у нас применения.

5. Гепатопротекторы в возрастной дозировке.
6. Инфузионная терапия направлена на поддержание электролитного баланса, восполнение патологических потерь, купирования артериальной гипотензии и улучшения периферической гемодинамики. Применяются глюкоза 10% с калий хлором 4% (доза определяется в зависимости от б/хим показателей), солевые растворы, физиологический раствор, при гипотензии – декстраны (реополиглюкин, рефортан 10-15 мл/кг).
7. При явлениях гипокоагуляции – СЗП 15-20 мл/кг, дицинон, контрикал 5 тыс АТЕ/кг.
8. При сохраняющейся гипотензии преднизолон 5 мг/кг, дофамин 5-10-20 мкг/кг/мин.
9. Сода 4% по показателям КЩР.
10. Комбинированные препараты, содержащие гидроксид алюминия.

Наблюдение в реанимации не менее 48 часов. После выписки из стационара - наблюдение педиатра и гастроэнтеролога 3-6 месяцев, иногда до 1 года, с повторным контролем трансаминаз, ЭФГДС, УЗИ печени и почек.

Предупреждение отравлений является неотъемлемой частью нашей работы. Необходима постоянная работа с населением в виде лекций, бесед, активного участия врачей в СМИ.

#### Список использованной литературы:

1. В.А. Михельсон, В.А. Гребенникова «Детская анестезиология и реаниматология», 2001.
2. Е.А. Лужников, Л.Г. Костомарова «Острые отравления», 1989.
3. И.В. Маркова, В.В. Афанасьев «Клиническая токсикология детей и подростков», 1999.
4. Б.А. Курляндский, В.А. Филатов «Общая токсикология», 2002.
5. Е.А. Лужников «Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов», 2001.
6. Клинические протоколы, рекомендуемые врачам, 2006.

**РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ**

ЯГМИРБАЕВА М.Н.

ГККП «Городская поликлиника», г. Жанаозен (Мангистауская область)

**Резюме**

В статье приведены сведения о ревматоидном артрите.

**Тўжырым**

Бул мәтінде ревмотологиялык буын кабынуу туралы мәліметтер келтірілген.

**Summary**

This article gives information about rheumatoid arthritis.

Ревматические заболевания характеризуются широкой распространенностью, поражением людей различных возрастов, прогрессирующим течением со склонностью к хронизации, ранней потерей трудоспособности и инвалидизации больных. Среди ревматических заболеваний наибольшее медико-социальное значение имеет ревматоидный артрит.

**Ревматоидный артрит** – это хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся прогрессирующим поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита.

**Этиология и патогенез.** Причины, приводящие к развитию РА, неизвестны. Установлено, что в основе этого заболевания лежит аутоиммунный процесс, т.е. поражение соединительной ткани является следствием развивающихся иммунопатологических нарушений (аутоагрессии). Отмечена роль генетических факторов (у больных РА установлена наследственная предрасположенность к нарушению иммунологической реактивности), инфекционных агентов (вирус Эпштейна-Барра, ретровирусы, вирусы краснухи, герпеса, цитомегаловирусы и т.д.). В последние годы обсуждается роль микобактерий в развитии РА.

Факторами риска РА являются: женский пол, возраст 45 лет и старше, наследственная предрасположенность, сопутствующие заболевания (носоглоточная инфекция, врожденные дефекты костно-суставной системы). Основой патогенеза является развитие генетически детерминированных иммунопатологических реакций, причиной которых является нарушение регуляции иммунного ответа (дисбаланс функции Т- и В-лимфоцитов), что приводит к неконтролируемому синтезу антител В-лимфоцитами. В результате этого возникает местная иммунная реакция с образованием агрегированных (измененных) IgG, обладающих аутореактивностью. Воспринимая измененный IgG как

чужеродный антиген, плазматические клетки синовиальной оболочки и лимфоциты вырабатывают к фрагменту Ig антитела- ревматоидный фактор (РФ). При взаимодействии агрегированного Ig с ревматоидным фактором образуются иммунные комплексы, которые фагоцитируются нейтрофилами и макрофагами синовиальной оболочки. Этот процесс сопровождается развитием воспалительных, деструктивных и пролиферативных изменений синови и хряща.

**Клиника.** РА чаще болеют женщины, чем мужчины. Провоцирующим фактором для развития болезни могут быть инфекция, охлаждение, травма, физическое или нервное перенапряжение. Продромальные явления могут появиться за несколько недель или месяцев до развития болезни. Наиболее ранним и важным из них является чувство утренней скованности во всем теле, особенно суставах конечностей, боли в суставах, снижение аппетита, похудание, иногда субфебрильная температура. Начало заболевания чаще всего подострое. Постепенно появляется стойкая полиартралгия или артрит мелких суставов кистей и стоп, сопровождающиеся в ряде случаев субфебрильной температурой. Возникает симптом «тугих перчаток» или симптом «корсета», затрудняется самостоятельное движение больных. Интенсивность и длительность скованности соответствуют активности процесса.

Как правило, заболевание протекает как полиартрит, реже по типу моно или олигоартрита. Характерным является поражение второго и третьего пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, затем коленных, голеностопных суставов. Чаще всего отмечается симметричность поражения суставов, а также местные воспалительные явления (отек, гиперемия). Иногда артрит может сопровождаться теносиновитом- поражением сухожильных влагалищ. Развитие фиброзных изменений в суставных тканях приводит к постепенному сморщиванию

капсулы, связок, сухожилий, разрушению суставных поверхностей, появлению выраженных деформаций суставов, подвывихов и мышечных контрактур и атрофии близлежащих мышц и трофическим изменениям кожи.

Суставной процесс носит рецидивирующий и прогрессирующий характер. С каждым последующим обострением в процесс вовлекаются новые суставы, движения в суставах становятся все более ограниченными, а терминальной стадии вследствие образования анкилозов, наступает полная неподвижность суставов. При РА могут наблюдаться и внесуставные проявления ревматоидного процесса - прежде всего в мышцах (амиотрофия), коже (трофические изменения, подкожные ревматоидные узелки), в лимфатических узлах (лимфоаденопатия).

#### Диагностика.

##### Лабораторные данные:

1. ОАК: признаки умеренной нормохромной анемии (уровень гемоглобина в крови не ниже 90 г/л), при высокой активности и большой длительности заболевания анемия более выражена. Количество лейкоцитов и величина СОЭ зависят от степени активности процесса. При длительном течении РА возможна лейкопения. Наиболее важный и закономерно изменяющийся показатель - повышение СОЭ.

2. Наличие в крови ревматоидного фактора (РФ), который определяется с помощью реакции Волера-Роуза, латекс-теста, дерматоловой пробы. Хотя он не является специфическим для РА, в определенных случаях он имеет прогностическое значение.

3. Биохимические исследования неспецифичны и используются для установления степени активности процесса. Выявляются диспротеинемия, повышение уровня фибриногена крови, серомукоида, гаптоглобина, сиаловых кислот и др. Важным прогностическим показателем является определение С-реактивного белка, который быстро появляется при наличии острого воспалительного процесса.

##### Инструментальные исследования:

1. Рентгенография суставов. Ведущие признаки: околоуставной эпифизарный остеопороз ( диффузный, или пятнистый) сужение суставной щели, краевые эрозии (узур)

2. Радиоизотопное исследование суставов проводится с применением изотопа - технеция. Этот метод облегчает диагностику воспалительного процесса.

3. Исследование синовиальной жидкости: определяют количество, цвет, прозрачность, плотность, муцинового сгустка, вязкость, цитоз, клеточный состав, наличие и вид кристаллов, общий белок, глюкозу, проводят микробиологические исследования.

4. Биопсия синовиальной оболочки. Для РА характерно: гипертрофия и увеличение ворсинок, пролифера-

ция синовиальных клеток, пролиферация лимфоидных и плазматических клеток, отложение фибрина, возможно очаги некроза.

#### Лечение.

Основными целями при лечении РА является:

- Подавление симптомов артрита и внесуставных проявлений.
- Предотвращение деструкции, нарушений функций и деформаций суставов.
- Сохранение (улучшение) качества жизни пациентов.
- Достижение ремиссии заболевания.
- Снижение риска развития коморбидных заболеваний.
- Увеличение продолжительности жизни.

#### Для лечения РА используют следующие группы лекарственных средств:

- НПВС (селективные, неселективные)

- ГК

- БПВП

- Синтетические препараты

- Биологические препараты

**НПВП.** Целью назначения НПВС при РА является купирование болевого синдрома. Они не влияют на активность воспаления, на течение заболевания и прогрессирование деструкции суставов. Лечение НПВП ( к ним относятся такие препараты как диклофенак, нимесулид, кетопрофен и др.) обязательно нужно сочетать с назначением БПВП, так как при этом снижается частота развития ремиссии на фоне монотерапии НПВП ниже, чем на фоне лечения любым БПВП

**Глюкокортикостероиды.** Применение ГК в низких дозах позволяет эффективно контролировать клинические проявления РА, связанные с воспалением суставов. ГК могут усиливать действие БПВП по замедлению прогрессирования деструкции суставов при раннем РА.

**Базисные противовоспалительные препараты** – БПВП (метотрексат, лефлуномид, гидроксихлорохин, сульфасалазин, соли золота, пеницилламин, циклоспорины др). Раннее начало лечения базисными противовоспалительными препаратами способствует улучшению состояния пациента и замедляет прогрессирование деструкции суставов. Позднее назначение этих препаратов снижает эффективность монотерапии. Применение БПВП следует продолжать даже при снижении активности заболевания и достижения ремиссии, так как его отмена приводит к обострению и прогрессированию деструктивных изменений в суставах.

**Биологические препараты.** Наиболее существенным достижением ревматологии последнего десятилетия является внедрение в клиническую практику препаратов, объединенных общим термином - биологические

агенты или биологические модификаторы иммунного ответа. В отличие от БПВПи ГК, они оказывают более селективное действие на гуморальные и клеточные компоненты воспалительного каскада. К ним относятся ингибиторы ФНО (инфликсимаб, адалимумаб), и ингибитор активации В-клеток (ритуксимаб).

**Прогноз:** современное активное лечение, особенно на ранней стадии РА, позволяет улучшить результаты по сохранению трудоспособности, достичь клинической ремиссии у 40-50% пациентов, довести ожидаемую продолжительность жизни до популяционного уровня.

#### Список использованной литературы:

1. Ревматология: национальное руководство под редакцией Насонова Е.Л. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Диагностика болезней внутренних органов Окорочков А.Н, М. 2003 год
3. Астапенко М.Г. Ревматоидный артрит. В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Клиническая ревматология. М.: Медицина, 1989.
4. Barnes C.G. Ревматоидный артрит. Клиническая ревматология: Пер. с англ. / под ред. Н.Л.Ф. Currey. М.: Медицина, 1990.

УДК 616.72-002.77

### ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

ЯГМИРБАЕВА М.Н.

Городская поликлиника,  
г. Жана-озен (Мангистауская область)

#### Резюме

В данной статье приведены сведения о деформирующем остеоартрозе.

#### Тұжырым

Бұл мақалада деформациялайтын буынның қабынбай зақымдануы туралы айтылған.

#### Summary

This article presents data on arthropathy deformans.

Деформирующий остеоартроз коленного сустава – это заболевание, от которого чаще всего страдают пожилые люди. Провоцирующими факторами болезни являются патологические изменения суставного хряща, которые приводят к деформации сустава, а со временем и к полной потере его функций. Причинами разрушения суставных хрящей могут стать: нарушение обмена веществ и гормонального фона, ухудшение кровоснабжения сустава, наследственная предрасположенность к заболеваниям хрящевой ткани, пожилой возраст, травмы, и т.д. Однако самая распространенная причина артроза является несоответствие между нагрузкой на суставы и способностью хрящей сопротивляться ей. Причинами такого состояния могут стать: избыточный вес, “стоячая” работа, нарушение осанки, занятия спортом (прыжки, бег или поднятие тяжестей).

При остеоартрозе происходит быстрое “постарение” суставного хряща. Он теряет свою эластичность, суставные поверхности становятся шерохова-

тыми, на них появляются трещины. В некоторых местах хрящ может стираться настолько, что обнажается кость. Это приводит к снижению упругости хряща и, соответственно, к нарушению работы суставов. Позднее к артрозу присоединяется воспаление, в ответ на которое происходит разрастание костной ткани. Суставы начинают болеть и деформироваться.

Деформирующий остеоартроз проявляет себя по-разному в зависимости от места локализации. Наиболее часто встречается деформирующий остеоартроз коленного сустава (гонартроз). Симптомами гонартроза являются: скованность по утрам, боли при ходьбе, неприятный хруст в колене во время движений, усиление болевых ощущений в холодную или сырую погоду.

В начальных стадиях заболевания боль носит механический характер, т.е. возникает при движениях и проходит в покое. При далеко зашедших стадиях боль носит постоянный характер. Кроме болей, при остеоартрозе отмечают небольшую крепитацию

в пораженном суставе, возникающую при активном движении в суставе. При прогрессировании заболевания, в связи с болью и появлением рефлексорного спазма мышц, может возникнуть ограничение движений в пораженном суставе.

Диагностика заболевания обычно не представляет трудностей и начинается с осмотра пораженного сустава, его пальпации, измерения объема движений в нем. Больному проводятся лабораторные и инструментальные методы обследования. К инструментальным методам диагностики остеоартроза относятся: рентгенография, сонография (УЗИ), магниторезонансная томография и артроскопия. При рентгенологическом исследовании суставов пораженных остеоартрозом отмечают сужение суставных щелей, наличие краевых остеофитов и признаки остеоартроза. Для лабораторной диагностики деформирующего остеоартроза проводят анализ крови и синовиальной жидкости. Синовиальную жидкость для исследования получают при пункции или артроскопии пораженного сустава.

**Лечение.** Пациенту назначается медикаментозная терапия, направленная на замедление течения болезни, улучшение обменных процессов в суставе и, как следствие, ликвидацию его дисфункции. Лечение деформирующего остеоартроза требует длительного приема хондопротекторов – препаратов, относящихся к базисной терапии. Они препятствуют видоизменению хрящевой ткани, стимулируют ее рост, устраняют функциональные нарушения подвижности. При обо-

стрениях заболевания врачи рекомендуют использовать нестероидные противовоспалительные средства, которые значительно снижают интенсивность болевых ощущений.

Высокую эффективность в лечении деформирующего остеоартроза показывают обезболивающие местные средства – кремы, мази, гели. Основным их компонентом являются препараты, относящиеся к нестероидным анальгетикам.

Кроме медикаментозной терапии, больным назначаются общеукрепляющие процедуры, лечебная физкультура, физиотерапия. Во время обострений желательно полностью отказаться от значительных нагрузок на суставы и дать им максимально возможный покой. Особенно касается это полных людей, избыточный вес которых является фактором, провоцирующим усиление болей.

#### **Список использованной литературы:**

1. В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Клиническая ревматология. М. - Медицина, 1989.
2. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: Пер.с нем. М, -Медицина, 1990.
3. Шумада И.В., Сулова О.Я.Стецула В.И. и соавт. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов. Киев,1990.

**ҚҰЯҢ**

ЯГМИРБАЕВА М.Н.

МКҚК «Жаңаөзен қалалық емхана», Жана-өзен қаласы (Маңғыстау облысы)

**Резюме**

В данной статье приведены сведения о подагре.

**Тұжырым**

Бұл мәтінде құяң туралы мәліметтер келтірілген.

**Summary**

This article presents data on gout.

Құяң пуриндік зат алмасу бұзылысымен байқалатын созылмалы ауру. Құяң кезінде әйелдерге карағанда ер адамдар 20 есе жиі ауырады.

Аурудың 3 кезеңі бар:

- Бірінші басапқы кезеңі (ауруға бейімделу кезеңі) бұл кезеңде клиникалық бергілері жоқ, ерекшелігі – қанда несеп қышқылының жоғарылауы.
- Екінші – құяң ұстамасы.
- Үшінші – ұстама аралық кезеңі

Құяң ұстамасы кенеттен басталады: жиі түнгі мезгілде. Қабылдаған тағамға пуриге бай майлы тағамның болуы, ішімдік ішу, механикалық жаракат, көңіл күйзелісі, дәрі-дәрмектерді көп қолдау (Вит.в1, инсулин, т.б.) ұстаманың болуына себепші болады.

Ұстаманың алғашқы белгісі – буында кенеттен ауырсыну, ісіну, терісінің қызуы. Қабыну процесі тез дамып, ауырсыну күшейе түседі. Дене қызуы қалыпты немесе субфебрильді. Қанда – лейкоцитоз, алғашында аяқ-бас буындары, кейін басқа да буындарының (омыртқа жотасы, төс бұғана т.б.) зақымдануы болады. Ұстама кезінде алғашқы күнінде-ол дамып, кейін қабыну үдей түседі. Орташа 10 күнге созылады, зақымдаған буын аймағында ісіну, қызару азаяды, тері ылғалданып, қышиды және қабыршақтанады. Егерде, қол-басы буындары зақымдалса ұстама ұзаққа созылады. Алғашқы ұстамадан кейін буынның қызметі толық қалыптасады, қолдың өзгерістері қалмайды. Ұстаманың қайталауы мүмкін, 1 жыл мен 20 жыл арасында бір кезде болуы мүмкін. Созылмалы құяңда буындардың зақымдалуы біртіндеп басталып, барлық буындарды қамтиды.

Негізгі белгілері:

- Жедел құяңда рентгенологиялық тексеру белгісі – остеопороз.
- Ұстама кезінде қанда несеп қышқылының мөлшерінің жоғарлауы (ерлерде-416 мкмоль/л, әйелдерде-357 мкмоль/л, ауыр жағдайларда 595/892

мкмоль/л дейін жоғарлайды). Ұстамадан кейін зәр ақылы несеп қышқылының бөлінуі анықталады -1,0 грамм тәулігіне.

- Құяң түйіншектері (тофус) – бірнеше жылдан кейін анықталады, орташа 50% наукастарды кездеседі. Оның мөлшері – ұсақ тарыдан апельсин мөлшеріне дейін болуы мүмкін. Жиі –құлақ қалқанында, кабакта, мұрында, бронхтарда, миокадта, аортада, жүрек қақпақшаларында болуы мүмкін. Процесстің өршуінде түйіншектер некрозданып, іріңденуі мүмкін. Құяң тофусын –Геберден түйіншектерінен ажырата білу керек.

- 65% жағдайда бүйректің зақымдалуы болады. 10% жағдайда –бүйректе тас дамиды.

Клиникалық түрлері:

- Жалған-флегманозды; жергілікті қабыну процесі тез дамып, іріңдеу процесіне ұқсас болады, нәтижесінде хирургиялық ем қолданылуы мүмкін.
- Тері – ревматикалық түрі қол-басы буындары, иық буындары зақымдалуы, сүйек аралық бұлшық еттердің семуі анықталады, нәтижесінде ревматоидты артрит кезіндегідей буындардың қозғалысның шектелуіне әкеледі.

- Буыннан тыс қия- клиникасы флебит, көздің зақымдалуы (конъюнктивит, ирит), асқазан- ішек трактісінің зақымдалуы (жедео гастрит, жедел коллит), жүрек, жүйке жүйесінің зақымдалуы түрінде байқалады. Диагноз қою- колхицинге жедел нәтиже беруі арқылы қойылады.

**Диагностикалау белгілері (Нью-Йорк, 1966 жыл):**

- Аяқ басы буындарының бас бармағыдағы құяң ұстамасы (плюсно-фаланговый)
  - Басқа буындардағы 2 құяң ұстамасының болуы.
  - Құяң түйіншектерінің болуы.
  - 48 сағат ішінде колхицинмен емнің оң нәтиже беруі.
- Құяң диагнозын қоюға тән – жоғарыда аталғандардың 2 белгісінің болуы және тіндерде

немесе синовиальды сұйықтарда несеп қышқылы кристалдарының болуы. Созылмалы қиянда рентгенологиялық тексеруде екі жүлделер (узур) – «альбарды, киста, түйіншектер болады.

#### Емдеу принциптері:

1. Жедел кризді емдеу. Науқас тыныш жағдайда болу керек. Ауырған буын тұсына мұз қойып, ауырсыну басылғанда жылы компреспен алмастыру. Сонымен қатар, колхицин, индометацин, бутадион қолдану керек. Криздің алғаышнда колхицин мөлшері 1-0,5 мг және 1-2 сағаттан кейін 0,5 мг ауырсыну басылғанға дейін тағайындалады.

2. Ұстаманың алдын алу. Жиі ұстама болғанда (жылына 2 реттен көп) колхициннің тәуліктік мөлшері 0,5 -2 мг. Орташа тәуліктік мөлшері -0,6 мг.

3. Гиперурикемияны емдеу.

Негізі:

- ағзаға пуриннің түсуін азайту.
- несеп қышқылының синтезін азайту.

- несеп қышқылының алмасуын өзгерту.

- несеп қышқылын бұзу.

4. Бальнеотерапия. Сілтілі минералды су 25-30мл/кг. Аш қарынға мөлшері 600-14000 мл. Буындар зақымдалған жағдайда иод, күкірт, радиоактивті заттар қосылған минералды сумен ванналар пайдалану тағайындалады.

#### Список использованной литературы:

1. Ревматология: национальное руководство под ред.Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой.-М.ГЭОТАР-Медиа,2010.

2. НасоноваВ.А.,Халтаев Н.Г. Международное десятилетие болезней костей и суставов.Терапевтический архив,2001, №5.

3. А.Н.Окороков Диагностика болезней внутренних органов.М, Медицина,2003.

УДК 616-053/-055-07-084

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ИЛИЙСКОГО РАЙОНА НА 2011 ГОД

КУРМАНБАЕВА Н.

ГКП Центральная районная больница, пос. Утеген батыр (Илийский район)

### Резюме

В статье дана информация о профилактических медицинских осмотрах целевых групп населения Илийского района на 2011 год.

### Summary

This article provides information about preventive medical examinations of target populations of Ili region in 2011.

В соответствии с государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» по республике проводятся профилактические осмотры населения.

По Илийскому району на 2011 год по выявлению болезней системы кровообращения при проведении профилактических медицинских осмотров путем скрининговых обследований целевых групп населения, мужчин и женщин в соответствии с указанными в директивных документах возрастными категориями запланировано по району 36907 человек, за 9 месяцев 2011 года прошли профилактические скрининговые осмотры 26825 человек, т.е. 72,6%. Выявлено 4464 больных, из осмотренных состоит на Д-учете 1859 больных. Всего подлежит осмотру 36907

человек. 2605 больных направлены для оздоровления в Школы здоровья, молодежные центры здоровья, антитабачный центр.

Выявленные в ходе скрининговых осмотров лица (их 959) с хроническими заболеваниями или перенесшие отдельные острые заболевания, подлежат диспансерному учету с последующим оздоровлением и проведением комплекса медицинских, социальных, физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление и укрепление здоровья.

По проведению профилактических медицинских осмотров на сахарный диабет тоже запланировано 36907 мужчин и женщин, за 9 месяцев так же осмотрено 26825 мужчин и женщин, т.е. 72,6%,

выявлено больных 120 человек, имеющих факторы риска, указанные лица направлены в Школы здоровья для проведения профилактической работы в виде бесед, лекций, тренингов.

По проведению профилактических медицинских осмотров путем скрининговых обследований целевых групп, мужчин и женщин на выявление глаукомы запланированы 27951, осмотрены за 9 месяцев 18770, т.е. 67,1%, выявлено 111 больных, имеющих повышенное внутриглазное давление, они направлены к офтальмологу для лечебно-консультативной помощи.

По проведению скрининговых обследований женщин в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет на выявление рака и предопухолевых состояний шейки матки по району запланированы 6538, осмотрено – 5690, т.е. 87%, при этом выявлено 141 больных, они направлены на дообследование, лечение и динамическое наблюдение к врачу гинекологу.

По проведению скрининговых обследований

женщин в возрасте 50, 52, 54, 58, 60 лет на выявление рака и предопухолевых состояний молочной железы по району запланировано 3964 женщины, осмотрено за 9 месяцев 3631 женщина, т.е. 91, 5%, при этом выявлено 75 больных, которые направлены к онкологу, маммологу для уточнения диагноза.

По проведению скрининговых обследований мужчин и женщин в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет на выявление предопухолевых состояний и рака толстой и прямой кишки запланировано 11233, осмотрено 6210, т.е. 55,2% при этом выявленных больных нет.

По проведению профилактических осмотров детей в возрасте 0-17 лет по району запланировано 37210, за 9 месяцев осмотрено 28151, т.е. 75,6%, при этом выявлено больных 8448, оздоровлено 6331, т.е. 74,9%.

УДК 614.2:613(574)

## БЕСЦЕННЫЙ ДАР ПРИРОДЫ

ЕРМЕККАЛИЕВА С.Б.

Западно-Казахстанский областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Уральск

### Резюме

В статье дано описание особенностей здорового образа жизни.

### Тұжырым

Мақалада салауатты өмір салтының ерекшеліктері сипатталған.

### Summary

The article describes the characteristics of a healthy lifestyle.

Здоровье – бесценное богатство каждого в отдельности и всего общества в целом. При встречах и расставаниях с близкими нам людьми мы всегда желаем им хорошего здоровья, потому что это главное условие полноценной и счастливой жизни.

Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан», рассчитанная на 2011 – 2015 годы, утверждена президентом РК 29 ноября 2010 года. Новая программа ставит цель достижения качества позитивных сдвигов

в показателях личного и общественного здоровья казахстанцев. «Саламатты Қазақстан» - это новый шаг в развитии отечественной медицины, которая позволит комплексно решить вопросы улучшения здоровья казахстанцев. Особое внимание уделяется повышению эффективности оказания экстренной помощи при чрезвычайных ситуациях.

Достичь качественного сдвига в показателях здоровья невозможно без усиления солидарной ответственности граждан за собственное здоровье. В

этой связи активно привлекается гражданский сектор. Впервые в 2011 году выделены средства в размере 141 млн. тенге на размещение государственного социального заказа среди НПО по приоритетным вопросам отрасли, проведению информационно-пропагандистской работы по пропаганде ЗОЖ. В рамках реализации Послания Главы государства в новой госпрограмме сделан акцент на усиление профилактической направленности медицины. С начала года стартовал проект Национальной скрининговой программы. В настоящее время подготовлена необходимая нормативная правовая база, регламентирующая порядок проведения скрининговых осмотров и перечислены средства для реализации данного проекта. Значительно расширен перечень заболеваний, по которым проводятся исследования населения на раннее выявление болезней. Так, помимо осмотров на раннее выявление онкопатологии и болезней системы кровообращения с 1 января 2011 года проводятся скрининговые осмотры на раннее выявление заболеваний слуха и гепатитов В и С среди детей, сахарного диабета и глаукомы среди взрослого населения. Особенностью программы «Саламаты Қазақстан» является акцент на здоровье семьи. В этой связи начата работа по созданию центров семейного здоровья с отделениями профилактики и социально-психологической помощи: утверждены положения о функционировании указанных центров. Кроме того, продолжается работа по созданию молодежных центров, клубов пожилых людей.

Учитывая, что более 40% населения проживают в сельской местности, особое внимание уделено повышению доступности медицинской помощи.

Передвижной медицинский комплекс, сформированный из специалистов областной клинической больницы, побывал в селах области, где проводил профилактические и лечебно-диагностические мероприятия среди сельского населения.

В нашей стране от ОРВИ и гриппа страдает более 30 млн. человек ежегодно. Причиной этому является то, что более, чем у 80% населения слабый иммунитет. Чтобы иммунная система работала как часы, ее надо поддерживать ежедневно, а не только в период эпидемии гриппа. Как же зарядить свой иммунитет? Ответ прост: вести здоровый образ жизни.

Иммунная система защищает нас от влияния внешних отрицательных факторов: это своего рода линия обороны против негативного действия бактерий, грибов, вирусов. Без здоровой и эффективной иммунной системы организм становится слабым и гораздо чаще страдает от различных инфекций.

Есть немало хорошо известных способов

зарядить свой иммунитет, чтобы всегда оставаться здоровым. Это, в первую очередь, физическая нагрузка, которая улучшает общее состояние организма и работу лимфатической системы, выводящей токсины из организма. Согласно исследованиям, люди, регулярно занимающиеся спортом, болеют простудой реже, чем те, кто не ведет здоровый образ жизни. Вашим помощником в ведении здорового образа жизни может стать закаливание организма. Самые простые способы закаливания – воздушные ванны и водные процедуры. Водные процедуры укрепляют нервную систему, благоприятно влияя на сердце и сосуды, нормализуя АД и обмен веществ. Из белка строятся защитные факторы иммунитета – иммуноглобулины. Если вы будете употреблять в пищу мало мяса рыбы, яиц, молочных блюд, орехов, то они просто не смогут образовываться. Согласно исследованиям, люди, имеющие положительный эмоциональный стиль – счастливы, невозмутимы и полны энтузиазма, а также менее подвержены простудам.

Согласно многочисленным исследованиям алкоголь приостанавливает работу лейкоцитов, определяющих и уничтожающих инфекционные клетки и сами вирусы. Помните, что алкоголь и здоровый образ жизни несовместимы.

Здоровье человека – бесценный дар природы, который дается ему в подарок к первому дню рождения. Но этот же самый человек удивительно устроен: он не ценит того, что дается ему даром. Он беспечно транжирит доставшееся ему в наследство здоровье и спохватывается лишь тогда, когда нечем расплатиться за удовольствие жить дальше.

Тогда человек в отчаянии задает вопросы: «Как вернуть исчезнувшее здоровье? Как сохранить то здоровье, которое еще осталось?» К счастью, в большинстве случаев это разрешимая задача. Хотя мудрее было бы не упираться в стену, а предвидеть беду и не допустить ее, но на такое способны немногие, так как в молодости беспечно относятся к природному здоровью. Страшно подумать, что в обмен на здоровье человек приобретает вредные привычки: курит, пьет, переедает, часами лежит на диване перед телевизором. А ведь из этого замкнутого круга есть выход и он для всех один и он универсален. «Жизнь – это движение» - то, что не движется, не работает, не напрягается – отмирает. И если мы осознаем то, что здоровье человеку надо сберечь, постараться найти способ сохранить его на долгие годы, возможно, мы захотим изменить наш образ жизни. Во-первых, будем больше двигаться, во-вторых, думать, что мы едим и что пьем, в-третьих, позитивно будем относиться к окружающему миру.

К сожалению, сегодня человек должен бороться за свое здоровье. В связи с тем, что мы нарушили связи

с окружающим миром, очень остро на нашей планете встают экологические проблемы, пища не способна наполнить организм человека всеми питательными веществами, в ней много вредных для здоровья компонентов, поэтому, ослабление иммунитета, рождение больных людей – закономерный результат разрушения окружающей среды.

---

УДК 616.34-035:615.243.4

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИПП И ПРОКИНЕТИКОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ХАЙРОШЕВА Н.М.

ТОО «Медицинский центр», г. Уральск

### Резюме

При терапии париетом и мотилиумом при ГЭРБ через неделю наступало клиническое улучшение у 46 больных (97%) больных, через 4 недели у всех пациентов. Через 2 недели лечения эндоскопическая ремиссия была достигнута у 10 больных, через 6 недель-у 95%, через 8 недель у 100%. Таким образом, комбинированное применение париета и мотилиума является в настоящее время методом выбора в лечении ГЭРБ, позволяющим в короткие сроки достичь клинико-эндоскопической ремиссии. У исследуемых пациентов получавших париета в комбинации с мотилиумом побочных эффектов не наблюдалось.

### Тұжырым

Гастроэзофагеалды- рефлюксті ауруды емдеу жолдарында ИПП тобының париет препараты мен прокинетики мотилиум препараты қолданылды. Осы екі препаратты қолдану барысында аз уақыт ішінде клиникалық және эндоскопиялық жақсы нәтижеге қол жеткізілді. Препараттардың кері әсері байқалмады. Сондықтан гастроэзофагеалды- рефлюксті ауруды емдеудің тиімді жолдарының бірі париет пен мотилиумді бірге қолдану боп табылады.

### Summary

In the treatment of motilium and parieta 46 patients (97%) have clinical improvement, after 4 weeks all patients have improvement. After 2 weeks of treatment, endoscopic remission was achieved in 10 patients, 6 weeks - 95%, after 8 weeks - 100%. Thus, the combined use of motilium and parieta is currently the most chosen method of treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD), which allow a short period of time to achieve clinical and endoscopic remission. We studied patients treated in combination with parieta and motilium, side effects were not observed.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)- представляет актуальную проблему современной гастроэнтерологии, т.к. прослеживается увеличение заболеваемости ГЭРБ по сравнению с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

ГЭРБ - заболевание с развитием характерных симптомов и воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного-дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и функциональных нарушений.

Изжога является основным проявлением ГЭРБ. Поэтому распространение ГЭРБ изучен на основании оценки частоты изжоги. ГЭРБ, скорее всего имеется, если изжога возникает 2 раза и более в неделю. Такая частота возникновения симптомов нарушает качество жизни.

Патогенез ГЭРБ определяется действием многих факторов, в том числе и нарушением моторики пищевода и желудка, но все же ГЭРБ в большей степени является кислотозависимым заболеванием.

Лечение больных ГЭРБ проводится для достижения следующих целей:

-избавить больных от изжоги и других симптомов ГЭРБ и таким образом восстановить качество жизни;  
-вылечить рефлюкс-эзофагит;  
-предотвратить рецидив болезни;  
-предотвратить или вылечить осложнения.

**Цель исследования** заключалась в оценке эффективности комбинации нового ингибитора протонной помпы (ИПП)- париет в комбинации с мотилиумом при ГЭРБ.

#### **Задачи исследования.**

Определение частоты достижения клинической и эндоскопической ремиссии после 2,4,6, и 8 недель комбинированной терапии ГЭРБ париетом и мотилиумом.

С учетом вышеизложенного из медикаментозной терапии ГЭРБ (антациды, прокинетики, H<sub>2</sub> блокаторы рецепторов гистамина и ИПП париетальных клеток, алгинаты) наиболее всего интерес представляет использование препаратов из группы ингибиторы протонной помпы и прокинетики.

Одним из препаратов ИПП париетальных клеток является париет. Препарат воздействующий на моторную функцию желудка и кишечника является мотилиум (домперидон). Сочетание этих двух препаратов обладает способностью устранять интенсивность болей и диспептических расстройств.

**Материал и методы.** В исследование были включены материалы, полученные при обследовании и лечении 48 больных с различными заболеваниями органов пищеварительного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатоперстной кишки, рефлюкс-эзофагит, хронический гастрит, недостаточность кардии). Возраст больных составлял от 20 до 65 лет.

В первую очередь доказана эффективность париета при лечении больных с эрозивно-язвенными формами рефлюкс-эзофагита. Париет назначали по 20 мг 1 раз в сутки за 30 мин до еды. Заживление эрозии было достигнуто за 2 недели. При лечении пациентов с неэрозивными формами ГЭРБ в первый же день исчезала изжога.

В связи с этим на сегодняшний день препаратами выбора в лечении ГЭРБ, эффективно подавляющими кислотную секрецию в желудке, являются ИПП. При эрозивных формах они являются обязательным компонентом.

Но даже самые эффективные на сегодняшний день ИПП не влияют на нарушение функции моторики пищевода и желудка, двенадцатоперстной кишки, поэтому после прекращения их приема у большинство пациентов может возникнуть рецидив. В таких случаях при лечении больных ГЭРБ дополнительно показано использование прокинетиков.

При лечении использован препарат мотилиум. Препарат назначали по 10 мг 3 раза в сутки за 30 мин до

еды. Активное вещество препарата –домперидон, который является антагонистом дофамина. Главное действие мотилиума основано на блокаде рецепторов дофамина, влияющих на моторную функцию желудочно-кишечного тракта. Усиливая перистальтику пищевода, повышая тонус его нижнего сфинктера и регулируя моторную функцию желудка, он так же усиливает перистальтику двенадцатоперстной кишки. Мотилиум ускоряет опорожнение желудка. Мотилиум как препарат для монотерапии был использован при лечении больных с неэрозивными формами ГЭРБ. На фоне монотерапии мотилиумом изжога полностью купирована к концу первой недели.

При комплексном применении париет 20мг 1 р\сут и мотилиума 10 мг 3р\сут болевой синдром купирован на 3-5 сутки от начала назначения препаратов отмечались значительное уменьшение болевого синдрома. При контрольном эндоскопическом исследовании к концу 4 недели отмечено полное исчезновение эрозий у более 90% пациентов.

**Результаты и обсуждение.** В настоящее время существуют два отличающихся друг от друга подхода к выбору терапии при ГЭРБ в зависимости от характера поражения слизистой оболочки пищевода:

- 1) При ЭНГЭРБ (с эндоскопически негативной ГЭРБ) в режиме «step up», применяя блокаторы H<sub>2</sub>рецепторов гистамина или прокинетические препараты, а при ЭПГЭРБ (с эндоскопически позитивной ГЭРБ)- в режиме «step down», назначая ИПП;
- 2) Всех больных с симптомами ГЭРБ независимо от характера поражения слизистой оболочки пищевода рекомендуется лечить в режиме «step down».

Исследования показали, что эффективность комбинированной терапии париетом и мотилиумом выше, чем при монотерапии. Она оказалась особенно выраженной после 1 недели терапии. Это согласуется с данными о фармакокинетических преимуществах париета над другими известными ИПП, связанных с более быстрым началом его антисекреторного действия.

#### **Список использованной литературы:**

1. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. «Болезни пищевода». Москва» Триада-Х». 2000, с179
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Ивашкина Н.Ю. Эффективность нового ингибитора протонной помпы Париета при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000.- N5.- С.47-51.
3. Шептулин А.А., Трухманов А.С. Новое в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ахалазии кардии. // Клиническая медицина.- 1998.-N5.-С.15-19.
4. Российский журнал Гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии №6, 2000, с.43-46.

УДК 616.314-002-08-039

## ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР: ПОКАЗАНИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВА

НУСИПЖАНОВА Р.Е.

ГККП «Городская детская стоматологическая поликлиника», г. Алматы

### Резюме

Герметизация фиссур – это клинически простой и эффективный метод профилактики кариеса зубов, обладающий также такими преимуществами, как небольшая стоимость и безболезненность. Запечатывание фиссур заключается в нанесении тонкого слоя пленки герметика на жевательные поверхности моляров и премоляров. В результате герметизации зубы получают защиту от кариеса на многие годы.

### Тұжырым

Фиссурларды герметизациялау бұл тіс жегінің алдын алуының арзан, ауырмайтын, оңай және тиімді әдісі. Фиссурларды мөрлеу ол азу мен кіші азу тістерінің шайнау беттерің жұқа кабат герметикпен салу болып саналады. Герметизациялау нәтижесінде тістер тіс жегінен көп жылға қорғау алады.

### Summary

Fissure sealing – is a clinically simple and efficient method of tooth cavity prophylaxes. This method has such advantages like small cost and painlessness. Fissure sealing implies infliction of the thin layer of the sealant on the chewing surfaces of premolars and molars. By sealing teeth get resistance to caries for a long time.

На сегодняшний день герметизация фиссур является одним из самых эффективных методов профилактики развития кариеса зубов. Однако на практике врачи-стоматологи редко используют данную процедуру, забывая, что герметизация фиссур может быть проведена как детям, так и взрослым. Кариес фиссур развивается впервые через несколько лет после прорезывания зубов. Первые постоянные моляры прорезываются в 6-8 лет, вторые - в 12-14 лет. Поэтому герметизация фиссур в этом возрасте наиболее эффективна, поскольку зубы еще не поражены кариесом. Как действенная профилактическая мера эта процедура позволяет существенно сэкономить на будущем лечении кариеса или его осложнений, являясь намного более дешевой и не нанося травму зубу.

Тактика при герметизации фиссур на стадии созревания эмали основывается на данных об исходном уровне минерализации (ИУМ)(1):

- Высокий ИУМ – эмаль фиссур плотная, блестящая, зонд скользит по ее поверхности. Такие фиссуры кариесорезистентны в течение длительного периода времени.
- Средний ИУМ – единичные фиссуры имеют меловидный цвет, иногда отмечается задержка зонда в наиболее глубокой фиссуре. Распространенность кариеса к концу периода созревания 80%.

➤ Низкий ИУМ – эмаль лишена блеска, цвет всех фиссур меловидный имеется возможность извлечь зондом размягченную эмаль. К году после прорезывания 100% распространенность кариеса.

При высоком ИУМ герметизацию не проводят, достаточно проведения общих гигиенических мероприятий. При среднем ИУМ сразу после прорезывания рекомендуется провести месячный курс местного применения кальция и фтор содержащими препаратами с последующий герметизацией композитным герметиком. При низком ИУМ – не рекомендуют использовать композитные герметики и протравливание 38% ортофосфорной кислотой, применяют СИЦ, либо инвазивную герметизацию с компомерным герметиком, либо метод профилактического пломбирования. Начальный кариес является показанием к инвазии с помощью композитных герметиков.

Необходимо отметить противопоказания герметизации:

1. Наличие интактных, широких, хорошо сообщающихся фиссур
2. Зубы со здоровыми фиссурами, но имеющие кариес на контактных поверхностях
3. Фиссуры оставшиеся здоровыми в течение 4-х и более лет после прорезывания

Применяемые в настоящее время герметики не об

ладают способностью химически связываться с твердыми тканями зуба, поэтому существенную роль в удержании герметика на поверхности эмали играет механическая ретенция. В связи с этим получает обоснование метод предварительной подготовки поверхности эмали перед нанесением покрытия – метод протравливания верхнего слоя эмали растворами кислот. Протравливание приводит к образованию в эмали пор, в которые затекает неотвержденный полимерный материал с образованием после полимеризации тяжёлых, обеспечивающих механическое сцепление герметика с эмалью зуба.

Для герметизации фиссур применяют следующие материалы: СИЦ и компомеры. Они выделяют фтор, благодаря содержанию микроэлементов (алюминий, цинк, кальций), обладают выраженным кариесстатическим эффектом. К свойствам герметиков необходимо отнести высокую текучесть, устойчивость к истиранию, содержание фтора.

Все герметики делятся на замутненные или окрашенные, имеющие молочно-белый цвет, они удобны для врача, так как позволяют контролировать его нанесение; и прозрачные – используются для наблюдения за течением кариозного процесса под ними легче распознать прогрессирование кариеса. Их труднее обнаружить на поверхности зуба. Очень эстетичны, абсолютно не видны.

Композитные герметики можно разделить по ряду признаков.

1. По типу отвердевания:
  - самоотвердевающие (химического отвердения),
  - светоотверждаемые.
2. По химическому составу:
  - на основе BisGMA (бисфенолглицидилметакрилата)
  - с добавлением UDMA (уретандиметакрилата) и других полимеров.
3. По наполненности:
  - ненаполненные (содержащие менее 26-28 % наполнителя)
  - наполненные (содержащие более 29-30 % наполнителя).
4. По цвету и прозрачности:
  - прозрачные
  - непрозрачные
  - окрашенные.
5. По содержанию минерализующих компонентов, в частности фтора:
  - содержащие минерализующие компоненты,
  - не содержащие минерализующих компонентов.

Запечатывание фиссур заключается в нанесении тонкого слоя пленки герметика на жевательные поверхности моляров и премоляров. В результате герметизации зубы получают защиту от кариеса на многие годы. При неинвазивной герметизации для начала

проводится обучение гигиене пациента, затем тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба стенок и дна фиссуры, удаление мягкого зубного налета, остатков пищи. Обязательно использование детектора кариеса. При изоляции зубов подлежащих герметизации коффердамом или ватными валиками, проходит протравливание эмали. Следующим этапом наносят герметик на подготовленную поверхность. Герметик распределяют тонким слоем по всей поверхности фиссуры без пустот, повторяя контуры фиссуры зондом или кисточкой. Герметик наносится на середину фиссуры и распределяется к периферии. Проверяют окклюзионные контакты, при наличии супер-контакта необходимо его устранить.

Герметизация закрытой фиссуры отличается от выше описанной методики добавлением еще одного этапа - раскрытие фиссуры, состоящего из расширения входа в фиссуру при помощи алмазного фиссурного бора, до полной доступности для визуального осмотра и последующего проведения вышеперечисленных этапов. В этом случае необходимо выполнить инвазивную герметизацию. Первым этапом остается обучение гигиене пациента, затем проводят очистку окклюзионной поверхности зуба, стенок и дна фиссуры. Раскрытие фиссуры осуществляют при помощи алмазного бора игловидной формы. Затем идет протравливание эмали. В полости размещается бондинговая система. На обработанную поверхность наносят герметик, создают контур.

Эффективность метода герметизации фиссур зависит от целого ряда факторов – прежде всего, от качества герметика, методики выполнения герметизации и от времени, прошедшего с момента прорезывания зуба до запечатывания фиссур. Правильно проведенная процедура герметизации исключает риск заболевания зуба до тех пор, пока герметик остаётся на месте. Согласно статистике в течение первых лет 80% герметизаций остаётся на месте, через 5 лет – 70%, через 10 лет – 30%.

Клинические наблюдения в отдаленном периоде показали, что потеря герметика через 2 года составляет 27-30%, а после 5-ти лет — 40-85% (2). Это обусловлено методикой герметизации. В долгосрочном клиническом исследовании эффективности герметизации первых постоянных моляров с пораженной и здоровой эмалью фиссур у школьников было обнаружено, что через 5 лет среди первоначально кариозных зубов кариесом были поражены 10,8% герметизированных поверхностей и 51,8% негерметизированных поверхностей, среди здоровых зубов 8,1% герметизированных поверхностей и 12,5% для негерметизированных поверхностей (3).

В заключение хотелось бы отметить преимущества герметизации фиссур: небольшая сто

имость, простота применения методики, безболезненность, максимальная эффективность, снижает прирост кариеса в области фиссур и ямок.

#### Список использованной литературы:

1. Аврамова О.Г., Муравьева С.С. «Фиссурный кариес: проблемы и пути их решения». // Стоматологический Вестник, 2007, №11.

2. Кисельникова Л.П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии. // Маэстро стоматологии, 2007.- №2 (26).- С. 18-22.

3. Курякина Н.В. «Терапевтическая стоматология детского возраста» / Изд-во НГМА, 2001.

УДК 616.31-002.152-053.5

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

НУСИПЖАНОВА Р.Е.

ГККП «Городская детская стоматологическая поликлиника», г. Алматы

#### Резюме

На сегодняшний день герпетическая инфекция полости рта одна из наиболее часто встречаемых в практике врача-стоматолога. Проявления данной инфекции в детском возрасте сопряжено с некоторыми особенностями: более выраженными клиническими симптомами, ухудшением общего состояния. Лечение герпетического стоматита у детей должно быть местное и общее в совокупности.

#### Тұжырым

Бүгінгі күнде тіс дәрігер тәжіребесіндегі ауыз қуысындағы герпетикалық инфекциясы ең жиі кездесетін бірі. Балалар жасында осы инфекциясының көріністері осы ерекшеліктеріне байланысты: клиникалық белгілерінің артуына, жалпы жағдайының нашарлауына. Балалар кезіндегі герпетикалық стоматиттің емдеуі жергілікті және жалпы тиісті болу қажет.

#### Summary

Today herpes infection is common in dentistry practice. In childhood manifestation of this infection has several features, like pronounced clinical symptoms, deterioration of general condition. Treatment of herpetic stomatitis in childhood must be in total local and general.

Статистические данные свидетельствуют, что заболевания слизистой оболочки полости рта составляют 3-5% от общего числа стоматологических больных, а воспалительные процессы покровных тканей примерно равномерно встречаются во всех возрастных группах. Однако в детской практике заболевания слизистой оболочки полости рта встречаются относительно редко. На сегодняшний день наиболее часто отмечается поражение слизистой полости рта герпетической инфекцией, составляющей около 80% всей патологии.

По некоторым данным на 10 000 детей острый герпетический стоматит (ОГС) возникает у 250 человек. Острый герпетический стоматит — одно из самых частых детских инфекционных заболеваний, встречающееся лишь реже, чем ветряная оспа [1].

В раннем детском возрасте особенности строения слизистой оболочки полости рта характеризуются повышением ее проницаемости [2]. Такие явления способствуют проникновению патогенных микроорганизмов, а следовательно и частому возникновению вирусных заболеваний, особенно острого герпетического стоматита. Перестройка слизистой оболочки полости рта у детей в первичном детском возрасте проходит со значительной сенсбилизацией организма и формированием защитных механизмов. В этот период реже всего возникает острый герпетический стоматит, складываются условия для затяжного хронического течения патологического процесса. В последнее время острый герпетический стоматит рассматривают как проявление первичной герпетической инфекции вирусом простого герпеса в полости

рта. Первые элементы поражения при остром герпетическом стоматите напоминают афты, которые возникают на фоне отечной, гиперемированной, воспаленной слизистой оболочки полости рта. Заболевание контактно для лиц, ранее не инфицированных вирусом простого герпеса. В основном стоматитом, а это 70%, болеют дети в возрасте от 1 года до 3 лет и дети школьного возраста.

Острый герпетический стоматит может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Развитие болезни проходит 5 периодов: инкубационный, продромальный, период развития болезни, угасания и клинического выздоровления. Тяжесть болезни и периоды ее развития отражают выраженность нарушений защитных барьеров организма. Среднетяжелая и тяжелая формы стоматита приводят к резкому угнетению естественного иммунитета, который восстанавливался через 7–14 дней после клинического выздоровления ребенка.

Герпетический стоматит у детей начинается с подъема температуры выше 38 градусов, нарушения общего состояния организма, ребенок становится капризным, раздражительным, но заподозрить у него стоматит становится возможным только лишь после выявления высыпаний в полости рта, которые обычно появляются на 2–3 день болезни. До появления высыпаний помимо симптомов интоксикации организма важными диагностическими критериями являются увеличенные лимфоузлы и наличие гингивита в полости рта ребенка, десны становятся припухшими, кровоточат. Объективно у ребенка приоткрыт рот и из него постоянно стекает слюна. В полости рта образуются мелкие сгруппированные пузырьки, которые довольно быстро вскрываются и вызывают очень болезненные ощущения у ребенка, из-за которых он отказывается принимать пищу, постоянно плачет, плохо спит. Эрозии в полости рта покрываются белым налетом, а через несколько дней постепенно очищаются и эпителизируются.

В зависимости от течения герпетического стоматита выделяют 3 степени тяжести болезни: легкую, среднюю и тяжелую. И если при легкой форме высыпания располагаются, только лишь в полости рта и лечить её можно амбулаторно. То при средней и тяжелой степени течения герпетического стоматита ребенка необходимо госпитализировать.

Подход к лечению герпеса у взрослых и детей различный. Лечение герпетического стоматита у детей должно быть местное и общее в совокупности. Общее лечение включает в себя приём противовирусных препаратов внутрь, мероприятия, направленные на повышение иммунитета, витаминотерапия, дезинтоксикационная терапия, в зависимости от степени тяжести болезни и общего состояния ребенка. Все препараты

должны приниматься по назначению врача-стоматолога, с наблюдением картины общего анализа крови до лечения, в процессе и после него. Самолечение должно быть исключено.

В комплексе лечебных мероприятий важное место занимают рациональное питание. Пища должна быть полноценной, т.е. содержать все необходимые питательные вещества, а также витамины. Поэтому необходимо включать в диету свежие овощи, фрукты, ягоды, соки. Перед кормлением следует обезболить слизистую оболочку полости рта 2–5% масляным раствором анестезина. Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку рта. Большое внимание необходимо уделять введению достаточного количества жидкости, особенно при интоксикации.

Местное лечение герпетического стоматита у детей проводится с целью снятия болезненных ощущений, антисептической и противовирусной обработки полости рта и других мест, где есть высыпания. При появлении первых симптомов герпеса у взрослых необходимо начать использовать противовирусные мази. С этой целью рекомендуется применять 0,25% оксолиновую, 0,5% теброфеновую мази, ацикловир. Противовирусными средствами рекомендуется воздействовать и на пораженные участки слизистой оболочки полости рта, и на области без элементов поражения, т.к. эти препараты в большей степени дают профилактический эффект, чем лечебный. В стадии заживления можно использовать средства ускоряющие регенерацию – облепиховое масло, масляные растворы витаминов А и Е. Помимо лекарственных препаратов в лечении герпетического стоматита у детей используется и физиолечение: гелий-неоновый лазер, озонотерапия, биоптронотерапия. Для повышения факторов местного иммунитета целесообразно назначение интерфероновой мази. В состав данного средства входит интерферон, который принято считать одним из лучших иммуномодулирующих, противоопухолевых, а также противовирусных лекарственных препаратов. Воздействуя на организм больного, это препарат активирует человеческие клетки для борьбы с воздействующим на них вирусом. Анестезин, также входящий в состав мази, обезболивает слизистую оболочку.

У многих детей острый герпетический стоматит переходит в хроническую форму, поэтому выявлять детей группы риска необходимо своевременно и обязательно вести за ними диспансерное наблюдение. По данным литературы, примерно у каждого 7–8 ребенка заболевание переходит в рецидивирующий герпетический стоматит [3]. Это встречается преимущественно у детей недоношенных, находящихся на искусственном вскармливании, с диатезом, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями или имеющими хронические заболевания ЛОР-органов. Прово-

каторами рецидивов выступают микротравмы слизистой оболочки полости рта вследствие дурных привычек (когда ребенок берет в рот игрушки, жует и кусает щеки, губы и т. д.), а также больные зубы, инсоляция и переохлаждение.

Профилактикой герпетического стоматита служат мероприятия по оздоровлению ребенка, устранение хронических воспалительных очагов в организме, своевременная санация полости рта, борьба с вредными привычками, закаливание.

#### Список использованной литературы:

1. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. Рецидивирующий герпетический стоматит. - М.: Гэотар-Медиа. 2005.-64 с.
2. Нестеренко В.Г., Бежало В.А., Ловенецкий А.Н. «Клиника, лечение и лабораторная диагностика герпесвирусных заболеваний человека» // Руководство для врачей. М., 1998. - 46 с.
3. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. «Влияние иммуномодулирующей терапии на иммунный статус и течение заболевания у больных с рецидивирующим герпетическим стоматитом» // Стоматология. - 2004, № 5 с. 19 – 23.

УДК 616.31-002.152

## ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ

ТОЛУБАЕВА Г.Ж.

Городская детская поликлиника № 3, г. Алматы

#### Резюме

В данной статье приведен краткий литературный обзор по острому герпетическому стоматиту (признаки заболевания, патогенез, лечение, пути передачи и способы профилактики).

#### Тұжырым

Бұл мақалада жедел герпетік стоматит ауруы жайында қысқаша әдеби шолу (аурудың көріністері, патогенезі, емі, таралу жолдары, асқынулары мен алдын алу шаралары жайында) келтірілген.

#### Summary

This article provides a short literature review of the acute herpetic stomatitis (manifestations of the disease, pathogenesis, transmission way, treatment, complications and prevention).

Стоматит - воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта. Наиболее частым возбудителем является вирус простого герпеса. Развитие герпетической инфекции, в основном у детей до 3 лет, объясняется тем, что в этом возрасте исчезают антитела, полученные от матери через плаценту и отсутствием зрелых систем специфического иммунитета. Среди детей старшего возраста заболеваемость меньше вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в различных формах. В развитии герпетической инфекции, проявляющейся преимущественно в полости рта, большое значение имеет структура слизистой оболочки рта и активность местного тканевого иммунитета. Наибольшая распространенность заболевания у детей до 3 лет обусловлена высокой проницаемостью гистогематических барьеров, низким уровнем реакции клеточного иммунитета, вследствие тонкости эпителиального покрова

с невысоким уровнем гликогена и обильным кровоснабжением.

Большое значение в патогенезе имеют лимфатические узлы и элементы ретикулоэндотелиальной системы. Появлению элементов поражения на слизистой оболочке предшествует лимфаденит, чаще двусторонний, сопутствует всему течению болезни и сохраняется 7-10 дней после полной эпителизации слизистой. Пути передачи вируса различны: воздушно-капельный, контактный, через личные предметы больного.

Стоматит может протекать в легкой, средней и тяжелой формах. Также может переходить в хроническую форму с частыми рецидивами. При легкой форме острый герпетический стоматит протекает без симптомов интоксикации. Поражение ротовой полости характеризуется развитием катарального гингивита, единичными элементами во рту, высыпания однократные. Через 2-3

дня происходит эпителизации слизистой.

Среднетяжелая форма характеризуется умеренно выраженной интоксикацией, отмечается подъем температуры (38-39), бледностью кожи, на пике повышения температуры усиленная гиперемия, появляются элементы поражения в полости рта и на коже около ротовой области, количеством от 10 до 20 штук. В крови отмечается лимфоцитоз, плазмацитоз. Тяжелая форма характеризуется выраженной интоксикацией, нередки бради или тахикардия, приглушение тонов сердца. Слизистая ротовой полости ярко-красная, высыпания во рту рецидивируют, катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. В секрете из носа и гортани обнаруживаются прожилки крови. В крови лейкопения, токсическая зернистость нейтрофилов.

Терапия включает в себя общее и местное лечение. Нужно обязательно выделить больному отдельную посуду, предметы личной гигиены. Очень важно обеспечить правильное питание и уход. Пища должна быть теплой, слабосоленой, не раздражающей слизистую рта. Рекомендуются разваренные овощи, каши, мясо, дважды пропущенное через мясорубку. Кормить 4-5 раз в день. После приема пищи обязательно прополоскать рот раствором марганцовки или фурацилина концентрацией 1:5000, после обработки смазать слизистую рта противовирусными мазями («Ацикловир», «Бонафтон»). В качестве противовирусной терапии необходим прием таких препаратов как «Арбидол», «Виусид», «Ацикlostад» - перорально, согласно возрастной дозировке, строго по предписанию лечащего врача. В период угасания инфекции, для восстановления слизистой оболочки ротовой полости возможно использование масла облепихи, геля «Солкосерил», метилурациловой мази.

#### **Выводы:**

- Герпетическим стоматитом чаще болеют дети раннего возраста.
- Для успешного лечения необходимо раннее назначение противовирусных препаратов.
- Соблюдение гигиенических мероприятий.
- Ограничение контакта с больным и вирусоносителями.

#### **Список использованной литературы:**

1. Н.П. Глинский. Герпес-вирусы человека. М. 2001.
1. В.М. Елизарова, Л. Н. Дроботько, СЮ. Страхова. Клинико-иммунологическое обоснование применения иммудона в терапии стоматита, М., 2000.
2. Р.И.Ершов, Н.П. Чижов. Лечение вирусных инфекций. // Клиническая фармакология и терапия. М., 2000. №4.

