

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің негізі қаланғандығының 55-жылдығына арналған «Медициналық білім, ғылым және тәжірибе, дәстүрлері, инновациялары, басымдылықтары» атты Республикалық ғылыми-тәжірибелік конференция

**МАТЕРИАЛЫ
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА: ТРАДИЦИИ, ИННОВАЦИИ, ПРИОРИТЕТЫ»,
посвященной 55-летию со дня основания Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова**

Ақтөбе 17-18 қазан 2012 ж
Ақтөбе 17-18 октября 2012 г

Бас редактор

БЕКМҰХАМБЕТОВ ЕРБОЛ ЖАСҰЛАНҰЛЫ

Бас редактор орынбасары
ДЖАРКЕНОВ ТИМУР АҒАТАЙҰЛЫ

Жауапты хатшы
ЧУКАНОВА ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА

Главный редактор

БЕКМҰХАМБЕТОВ ЕРБОЛ ЖАСУЛАНОВИЧ

Зам. главного редактора
ДЖАРКЕНОВ ТИМУР АГАТАЕВИЧ

Ответственный секретарь
ЧУКАНОВА ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА

Баспаға ұсынылған баяндамалардың тезистері
авторлық жазбада сақталған.
Енгізілген түзетулер негізінен бекітілген қалыптағы
тезистерге қатысты

Представленные к печати тезисы докладов
сохранены в авторской редакции.
Внесенные исправления в основном касаются
приведения тезисов к установленной форме

Техникалық хатшылар

ДІЛМАҒАМБЕТОВ ДАНИЯР СӘРУАРУҰЛЫ
КОНОНЕНКО АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ
ҚАДЫРОВА ГҮЛСАРА БАҚЫТҚАЛИҚЫЗЫ
ТЕМИРОВА МАРИЯ САНҒАЛИҚЫЗЫ
ЖАЙЛЯУОВА ГҮЛНАР ТӨЛЕГЕНҚЫЗЫ

Технические секретари

ДИЛЬМАГАМБЕТОВ ДАНИЯР САРУАРОВИЧ
КОНОНЕНКО АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНРОВИЧ
КАДИРОВА ГУЛЬСАРА БАКИТКАЛИЕВНА
ТЕМИРОВА МАРИЯ САНГАЛИЕВНА
ЖАЙЛЯУОВА ГУЛЬНАР ТЮЛЮГЕНОВНА

ҚҰРМЕТТІ ӘРІПТЕСТЕР!

Сіздерді, 2012 жылдың 17-18 қазанында Қазақстан, Ақтөбе қаласында өтетін Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің негізі қаланғандығының 55 жылдығына арналған «Медициналық білім, ғылым және тәжірибе, дәстүрлері, инновациялары, басымдылықтары» атты Республикалық ғылыми-тәжірибелік конференцияның жұмысына қатысуға шақырамыз. Конференция 2012 жылдың 28 ақпанында ҚР ДСМ №125 бұйрығымен бекітілген, 2012 жылға ғылыми-тәжірибелік конференциялардың тізіміне енеді.

Ұйымдастырушы: Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрілігі және РМҚК «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті».

Өткізілетін орны: Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы, Маресьев көшесі, 68

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті – зор академиялық тәжірибесі мен келешекте даму потенциалы бар заманауи білім беру, зерттеу және клиникалық орталығы болып саналады.

Университеттің өмір сүруі мен дамуының негізгі қағидасы болып, Қазақстан және өзге елдер үшін жоғары білікті мамандар даярлауда, медицина ғылымының дамуы және тұрғындарға жоғары деңгейде медициналық қызмет көрсету сияқты бағыттарда қызметтерді оңтайландыруға ұмтылыс болып саналады.

ЖОО оқытудың әдістері мен үдерісін үздіксіз дамытады, бірлескен зерттеулер үшін университет және шетел ғылыми мекемелерімен әріптестікті кеңейтеді, халықаралық бағдарламаларға, ғылыми-зерттеу жұмыстарына, жариялымдарға, ғылыми конференцияларға қатысуды, профессорлық-оқытушылар құрамы мен студенттердің академиялық ұтқырлығын жүзеге асырады. Жоғары медицина ғылымының жоғары сапасы жеке клиникалар мен Батыс Қазақстанның емдеу-профилактикалық мекемелерімен әріптестіктің нәтижесінде көрінді. Біздің университет – Қазақстандағы жетекші әскери-медициналық мектеп болып саналады.

ЖОО өзінің 55-жылдық тарихында әртүрлі салада 25000-нан астам маман даярлаған болатын. Университет өзінің түлектерін мақтан етеді, олардың көбі еңбегі сіңген дәрігерлер, әлем мойындаған ғалымдар, қоғамдық және мемлекеттік қайраткерлер болып саналады. Қазірде ЖОО білім және ғылыми қызметінің сапасы ISO 9001:2008 халықаралық стандартқа сәйкес сертификатпен кепілденген.

Университеттің 55 жылы - республикамыздың денсаулық сақтау ісінің дамуындағы тұтас бір кезең. Профессорлық-оқытушылар құрамы және студенттер университеттің құрылуына еңбектерін және ерекше ынтасын салған талантты дәрігерлер мен ғалымдарды ризашылықпен еске алады. ЖОО-ның өзінде ғылыми жұмыстарға, университет зертханаларының оқыту және ғылыми құрылғыларымен жабдықталуына көп көңіл бөлінді, бөлініп жүр де. Университет қабырғасында құзіретті ғылыми-педагогикалық кадрлер даярлауға әлі күнге дейін мол үлесін қосып жүрген кең танымал клиникалық және теориялық ғылыми мектептер құрылды. Сол мектептердің оқушылары көптеген медициналық жоо-лардың кафедраларын, зертханаларын, ғылыми-зерттеу институттары мен орталықтарын басқаруда. Түлектердің бірсыпырасы жоо-лардың ректорлары, ҒЗИ-ның директорлары болып, өздерінің ғылыми және клиникалық мектептерін ашты.

Болашақ мамандардың клиникалық даярлығы Ақтөбенің және Батыс Қазақстанның ірі емдеу-профилактикалық мекемелерінің базаларында жүргізілді, оның оңтайландырылуына көп жағдайда университеттің өзінің үш клиникасының ашылуы мүмкіндік туғызады. Олардың ішінде Қазақстан Республикасы үшін ғылыми-педагогикалық және клиникалық кадрлерді дайындайтын заманауи медицина орталығы, сондай-ақ стоматологиялық клиника және модульді отбасылық медицина клиникасы бар.

Біздің конференцияға қатысушылардың және оның қонақтарының ішінде әлемдік стандарттарға сай медициналық білім берудің, ғылыми және клиникалық практиканың заманауи стратегиясының дамуы үшін құнды пікір қосатын құзіретті мамандар бар. Алда медициналық кадрлер дайындау сұрақтарын, маңызды аурулардың диагностикасын, емдеу және профилактикасын, сонымен қатар денсаулық сақтау жұмыстарын ұйымдастыруды жан-жақты талқылау жүргізіледі.

Конференцияда осы және басқа да барлық сұрақтарды талқылау олардың неғұрлым оңтайлы жолдарын табуға мүмкіндік туғызатынына сенімдімін.

Конференцияны ұйымдастырушыларға және оған қатысушыларға қазақстандықтардың денсаулығын жақсарту жолында медициналық білім беру, ғылым және тәжірибенің мәселелерін шешуге лайықты үлес қосу мақсатында жемісті және сындарлы жұмыс тілеймін.

Құрметпен,

Конференцияның ұйымдастыру комитетінің төрағасы,

Марат Оспанов ат. Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің Ректоры

Е. Ж. Бекмухамбетов

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем Вас принять участие в работе Республиканской научно-практической конференции "Медицинское образование, наука и практика: традиции, инновации, приоритеты", посвященной 55-летию со дня основания Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, которая состоится 17-18 октября 2012 года в г. Актобе, Казахстан. Конференция входит в перечень научно-практических конференций на 2012 год, утвержденный Приказом МЗ РК № 125 от 28 февраля 2012 года.

Организаторами являются Министерство здравоохранения Республики Казахстан и РГКП «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».

Место проведения: Республика Казахстан, г. Актобе, улица Маресьева, 68.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова — современный образовательный, исследовательский и клинический центр с большим академическим опытом и потенциалом для дальнейшего развития.

Главным принципом, по которому живет и развивается университет, является стремление к оптимизации его деятельности в таких направлениях, как подготовка высококвалифицированных специалистов для Казахстана и других стран, развитие медицинской науки и предоставление населению медицинских услуг на самом высоком уровне.

Вуз непрерывно развивает образовательный процесс и методы обучения, расширяет сотрудничество с зарубежными научными учреждениями и университетами для совместных исследований, участия в международных программах, научно-исследовательских работах, публикациях, научных конференциях, академической мобильности профессорско-преподавательского состава и студентов. Высокое качество высшего медицинского образования обеспечивается наличием собственных клиник и сотрудничеством с лечебно-профилактическими учреждениями Западного Казахстана. Наш университет является также ведущей военно-медицинской школой в Казахстане.

За всю 55-летнюю историю вуза подготовлено более 25000 специалистов различного профиля. Университет гордится своими выпускниками, многие из которых являются заслуженными врачами, всемирно признанными учеными, общественными и государственными деятелями. Сегодня качество образовательной и научной деятельности вуза подтверждено сертификатами соответствия международным стандартам ISO 9001:2008.

55-летие университета - это целая эпоха в развитии здравоохранения Республики. Профессорско-преподавательский состав и студенты с благодарностью вспоминают талантливых врачей и ученых, трудом и энтузиазмом которых создавался университет. Большое внимание всегда уделялось и уделяется научной деятельности в самом вузе, оснащению учебным и научным оборудованием лабораторий университета. В стенах университета сформировались широко известные клинические и теоретические научные школы, которые и поныне вносят весомый вклад в подготовку компетентных научно-педагогических кадров. Ученики этих школ возглавляют многие кафедры медицинских вузов, лаборатории, отделы научно-исследовательских институтов и центров. Ряд выпускников стали ректорами вузов, директорами НИИ и создали собственные научные и клинические школы.

Клиническая подготовка будущих специалистов велась на базе крупных лечебно-профилактических учреждений Актобе и Западного Казахстана, ее оптимизации во многом способствует создание трех собственных клиник университета. Среди них современный медицинский центр, где ведется подготовка научно-педагогических и клинических кадров для Республики Казахстан, а также стоматологическая клиника и модульная клиника семейной медицины.

Среди участников нашей конференции и ее гостей компетентные специалисты, мнения которых очень ценно для развития современной стратегии медицинского образования, науки и клинической практики, соответствующей мировым стандартам. Предстоит с разных позиций обсудить актуальные вопросы подготовки медицинских кадров, диагностики, лечения и профилактики важнейших заболеваний, а также важные проблемы организации здравоохранения.

Уверен, что обсуждение всех этих и других вопросов на конференции позволит выработать наиболее оптимальные пути их решения.

Желаю организаторам конференции и ее участникам плодотворной и конструктивной работы с целью внесения достойного вклада в решение проблем медицинского образования, науки и практики во имя улучшения здоровья казахстанцев.

**С уважением,
Председатель оргкомитета конференции,
Ректор Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. Марата Оспанова
Е. Ж. Бекмухамбетов**

**ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ
СҰРАҚТАРЫ
ВОПРОСЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

ПРОЦЕСС МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Областная клиническая больница, Атырау

В 21 веке пути модернизации системы подготовки медицинских кадров в РК должен осуществляться на основе научных подходов и с учетом международной практики. Концептуальное ядро образовательной программы, как и стандарта нового поколения, составляет компетентностно-ориентированный подход к ожидаемым результатам высшего медицинского образования. Коррекция учебного процесса и методического обеспечения, сопряженная с гармонизацией образовательных программ, должна происходить с учетом особенностей развития медицины РК и состояния мировой практической ультразвуковой диагностики. Современная визуальная диагностика представляет собой наиболее динамично развивающуюся отрасль медицины, успешная работа в которой требует как владения современными технологиями, знакомства с современными материалами и знаний последних достижений науки и техники, так и умение использовать достижения новых компьютерных технологий. Особенностью современной визуальной диагностики является то, что наряду с необходимыми знаниями и умением использовать аппаратуру врач ультразвуковой диагностики должен обладать отработанными мануальными навыками, так как на каждом этапе диагностики, будь то заболевания паренхиматозных органов или патология внутренних органов, необходимо точное и каче-

ственное выполнение манипуляций на ограниченном участке исследований. Широкое внедрение принципиально новых технологий и аппаратуры требует освоения качественно новых методик и технологий, с одной стороны, с другой – происходит вытеснение рутинных неинформативных инвазивных методов исследования, много лет использовавшихся в практике отечественной ультразвуковой диагностики. С одной стороны, этот процесс призван обеспечить возможность свободного перемещения специалистов в европейском регионе, в другой стороны – необходимы значительные усилия по гармонизации систем обучения, образовательных программ, документов, разрешающих и регламентирующих медицинскую деятельность специалистов – диагностов. Главной движущей силой всех современных реформ высшего образования выступает возрастание требований к уровню интеллектуального и нравственного развития человека с высшим образованием, его социальным и профессиональным компетенциям, необходимым для жизни в современном быстро меняющемся и усложняющемся мире. Внедрение инноваций в высшее медицинское образование будет крайне полезным и позволит реально улучшить диагностику здоровья населения Казахстана - в этом и состоит наша цель.

УДК 612.821.1

А.В. АВДЕЕВ, Г.А. ЖАКСЫЛЫКОВА

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ ITEMAN 4.1

АО «Медицинский университет Астана»

Одним из основных методов оценки качества знаний обучающихся в высших учебных заведениях РК является метод тестового контроля, который, в свою очередь, может быть полезен и иметь достоверный результат только при его надлежащем применении в учебном процессе. Методика оценки качества тестовых заданий состоит из нескольких этапов, включающих: экспертную оценку, тестологическую оценку и психометрический анализ. Следует отметить, что психометрический анализ, в связи со сложностью его выполнения без специальных компьютерных программ, практически не используется в современной практике.

Для проведения психометрического анализа тестовых заданий мы использовали программу Iteman 4.1, входящую в AssessmentSystemCorporation, которая является одним из основных инструментов психометрической оценки, применяемой за рубежом. Нами было взято 493 тестовых задания по 5-ти дисциплинам обязательного компонента обучения 1-го курса специальности «Общественное здравоохранение», в соответствии с ГОСО РК 3.08.389-2006. Данные тестовые задания прошли соответствующую тестологическую и

экспертную оценку на базе кафедр нашего университета. Для проведения психометрического анализа 493 тестовых заданий были распределены на 4 блока, с целью предупреждения переутомления тестируемых и получения достоверных результатов. Студенты 1-го курса факультета «Общественное здравоохранение» были разделены на 4 группы по 23, 49, 31 и 14 человек соответственно. Каждый из блоков включал по 126, 128, 121 и 118 тестовых заданий.

После проведения тестирования и обработки данных с помощью программы Iteman 4.1 были получены следующие результаты: 150 тестовых заданий (30,4%) при незначительных корректировках допускаются к применению для оценки качества знаний студентов. Остальные 344 тестовых задания (69,6%) нуждаются в доработке.

Исходя из выше изложенного, для улучшения качества и получения возможности адекватной оценки уровня знаний обучающихся необходимо, кроме тестологической и экспертной оценки тестовых заданий, использовать психометрический анализ.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭТИМОЛОГИИ И ФОНОВЫХ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В процессе изучения профессиональных дисциплин важную роль приобретают навыки исследовательской работы студентов, формируемые в процессе изучения конкретных дисциплин. В частности, при изучении основ медицинской терминологии на базе элементов грамматики латинского языка определенное внимание должно уделяться сравнению грамматических категорий и лексики латинского, изучаемых иностранных и родного языка студентов, а при изучении иностранных языков эффективным оказывается использование базовых знаний по латинскому языку. (Например, лат. *planta*, рус. растение, англ. *plant*, каз. *өсімдік*, отсюда ассоциации со словами плантация, трансплантация.)

При изучении фармацевтической терминологии возникают трудности при заучивании единиц лексического минимума, а также освоении их орфографии. Действенными факторами преодоления данных трудностей, на наш взгляд, являются использование специальных упражнений на правописание, особенно терминов и терминологических элементов в буквами Y, Z, диграфом Ph (типа *Oxugenium*, *Diazolinum*, *Phenatium*).

Развитию абстрактно-логической памяти студентов способствуют, по мнению ряда специалистов, сведения об этимологии слов, предоставляемые преподавателем, либо найденные самостоятельно. Такие

сведения способствуют развитию эрудиции, расширяют возможности творческого отношения к учебе в высшей школе. К примеру, трудно запоминается название лекарственного растения «облепиха», но, как указывает М.Н. Чернявский, полезно привести сведения о том, что греческое название этого растения *Hipporhaë* происходит от греческого слова *hippos* (лошадь), а глагол *rho* означает сиять, блестеть. Оказывается, в Древней Греции облепихой лечили лошадей, после такого лечения шерсть лошадей приобретала красивый блеск.

При изучении 5 типовых групп номенклатурных наименований лекарственных средств также полезны сведения по их этимологии. В частности, интерес представляют для студентов расшифровка названий витаминов. Пользуясь рекомендованными источниками, студенты могут мотивировать их названия, например, почему одни витамины обозначаются буквами А, В, С и т.д., а другие под международными наименованиями, принятыми у биохимиков.

Таким образом, тренировка абстрактно-логической памяти студентов на основе расширения их познавательных возможностей за счет данных этимологии и фоновых знаний во многом способствуют образованию и воспитанию творчески мыслящего студента.

УДК 37.091.3:004.9(045)

Л.С. АКМУХАМБЕТОВА

МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Актюбинский колледж Нефти и Газа, Актобе

Применение технических средств обучения коренным образом изменяет структуру урока, помогает с большей пользой использовать каждую минуту учебного времени, максимально четко и доходчиво изложить сложный материал и обеспечить быстрое и прочное его усвоение, сократить время на передачу информации и контроль за ее усвоением, увеличить одновременно продолжительность самостоятельной работы учащихся на уроке.

Обладая высокой степенью наглядности, технические средства обучения дают возможность организовать передачу информации на таком уровне, который был бы доступен для данной категории учащихся, а постоянный оперативный контроль в процессе изложения позволяет более объективно судить о ее доступности.

Таким образом, применение компьютерных технологий обучения на уроке позволяет преподавателю решить следующие задачи:

- более полно и глубоко раскрыть сущность изучаемых объектов, явлений и процессов;
- наиболее полно реализовать в процессе обучения основные принципы дидактики;

- лучше организовать учебно-познавательную деятельность учащихся на всех этапах урока по усвоению знаний, умений и навыков;

- установить внешнюю и внутреннюю обратные связи, на основании которых можно осуществлять корректировку процесса обучения.

Отличительными признаками новых информационных технологий обучения являются специфическая среда, в которой она осуществляется, и связанные с ней компоненты: технический вид используемой техники; программно-технологический; организационно-методический; предметная область знаний.

Администрацией колледжа уделяется большое внимание обновлению парка ПЭВМ и программной продукции, современных видов технических средств обучения. В колледже функционируют компьютерные кабинеты, объединенные в локальную сеть и подключенные к сети Интернет. Для подготовки и проведения занятий применяются принтеры, персональные компьютеры, локальная сеть, Интернет, проекторы. Очень эффективным является применение на уроке мультимедиа проектора. На большой экран можно демонстрировать любую информацию из компьютера со звуковым сопровождением.

Таким образом, труд педагога с использованием возможностей современных компьютерных и информационных технологий ставится более продуктивным,

более творческим, интересным, и как следствие - организация учебно-воспитательного процесса переходит на более качественный уровень.

УДК 378=161.1

Г.Б. АЛДАШЕВА, К.А. ЖУБАНАЗАРОВА, А.Б. АБДИРГАЗИЕВА

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЛЕКСИКА В РЕЧИ СТУДЕНТОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Речь современного студента значительно отличается от речи его предшественников. Преподавателями курса русского языка было проведено исследование в употреблении молодежного жаргона.

Актуальность исследования заключается в обращении внимания на проблемы засорения языка и общения людей разного поколения.

Задачами исследовательской работы явились выяснение причин употребления жаргонов, выявления сферы их использования, определения функций молодежного жаргона.

Полученные результаты позволили увидеть особенности молодежного общения, объяснить их, а также осознать необходимость в организации мероприятий по улучшению речевого поведения студентов, в частности, в создании кружка «Язык – к знанию ключ».

В результате исследования выявлено, что молодежный жаргон - это своеобразный язык, распространенный среди студентов. В нем можно выделить несколько групп: 1) общие для всех студентов жаргонизмы: зачётка, универ, препод, первокур, шпора и др.

Существуют и целые студенческие жаргонные выражения, такие как, например, забить на пару, что значит - прогулять занятие. В университете приняты свои устойчивые выражения, которые передаются от старших курсов младшим; 2) жаргонизмы, употребляемые студентами в соответствии с их факультетом и специализацией: топочка – топографическая анатомия, анатомка – анатомия, микруша – микробиология т.д. Иногда названия предметов студенты заменяют фамилиями преподавателей или авторов учебников. На старших курсах в жаргоне студентов появляются специальные термины, присущие уже профессиональной среде.

Среди наиболее значимых причин употребления жаргона в речи молодежи можно выделить следующие: для достижения определённого социального статуса в группе, ради забавы и удовольствия, для демонстрации остроты своего ума, для придания большей экспрессивности речи, для привлечения внимания к собственной персоне, для акцентирования своей принадлежности к определенной профессии.

УДК 614.39:331.108.2-057.86(045)

А.М. АРИНГАЗИНА

ПОДГОТОВКА КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК, Алматы

Одним из перспективных направлений развития общественного здоровья являются Школы общественного здравоохранения, успешно функционирующие во многих развитых странах и теперь уже и в Евразийском пространстве. Изучение такого опыта будет полезным для внедрения новых подходов в реализации социальной политики стран и инвестирования в системы здравоохранения. Социальный градиент и проблемы, связанные с популяционным здоровьем, обусловили необходимость поиска новых путей и методов работы в общественном здравоохранении, что невозможно без соответствующей подготовки управленческих кадров. Потенциальные возможности общественного здравоохранения значительны. Однако в странах с транзитной экономикой эти возможности можно считать полностью неиспользованными. Одним из главных направлений является межсекторальное сотрудничество в области управления общественным здоровьем и здравоохранением. Для решения этих задач необходимы специалисты новой формации, обучение которых возможно в подобных Школах общественного здравоохранения. Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК является организацией ново-

го типа, созданной одной из первых на всем постсоветском пространстве под эгидой ВОЗ, опыт развития которой будет интересен и полезен для многих институтов, осуществляющих послевузовскую подготовку и переподготовку кадров по различным аспектам общественного здравоохранения. Последипломное обучение проходит по образовательным программам магистратуры: научно-педагогическое направление и профильное, а также докторантура PhD. Ведутся курсы переподготовки по специальности «Менеджмент здравоохранения» по трем программам: очная четырехмесячная форма, с дистанционным компонентом по британской технологии продолжительностью 10 и 9 месяцев. ВШОЗ оказывает экспертную и консультативную работу, сотрудничает с ведущими зарубежными университетами и международными организациями, направляя студентов и преподавателей для обучения и проведения исследований, что позволяет вести академическую мобильность. Научно-исследовательский и практический опыт сотрудников ВШОЗ позволяет координировать работу по международным проектам с ВОЗ, CDC, IUNPE, USAID, OSI, CONRED, ASPHER, Всемирным банком и зарубежными университетами.

ЭМИЛЬ ТЕОДОР КОХЕР - МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ТҰҢҒЫШ НОБЕЛЬ СЫЙЛЫҒЫНЫҢ ЖҮЛДЕГЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Эмиль Теодор Кохер 1841ж. Германия елінің Берн қаласында туып, 1860-1865 жж. медицина университетінде оқыған. Ол Берлинде хирургия кафедрасының ассистенті, әрі Т.Бильрот шәкірті. Англияда оқыған, Т.Кохер Берн университетінде хирургия кафедрасының меңгерушісі болды. Иық буынға «қармақ» тәрізді тілік, гастродуоденостомия, вендрепексия, перикардиотомия, лапаротомия, Дюпюитрин ауруына, қисық мойын және табанға, буынға, тіл мен жақ сүйектің обыр т.б. ауруына. ота жасауы да Т.Кохер әдістеріне жатады. Оның 150 санды статьялары, Бильрот, Пит- авторлары жазған «Ердің жыныс аурулары» деген кітабына кіреді. Бұл оқымысты Лондон, Мәскеу қалаларының хирургия ұжымдарының құрметті мүшесі. Оның АҚШ мен Еуропада «Хирургиялық операциялар туралы» кітабы бірнеше тілдерде шыққан, А.В. Мартынов 1899 жылғы аудармасындағы көрсеткен «Кохер» симптомы бүгінде белгілі. Шыққан иық буынды салу, «сырқаттың ауруың

клиникалық талдау»- «дәл диагноз қойғаннан кейін емді бастау» деген, әрі оның ота жасайтын әдістері мен құрал-саймандары бүгінгі отандық хирургия дамуына үлкен әсері бар. Т. Кохер туралы «өте шыдамды, сабырлы адам» дейді тарих. Брюссельде І Халықаралық конгресстің, Римде де президенті болды. «Оқ жарақаттары» және «Қалқанша бездің физиологиясы, патологиясы мен хирургиясы» үшін 1909 ж. Т. Кохер Нобель сыйлығымен марапатталды, әрі ең бірінші бағаланған хирург-маманы. Оның атындағы өнер-әдіспен бірге қолданатын қысқыштар хирургтің бүгінгі жұмысына керекті бұйым. Жанұясында әйелі Мария Уитчи және үш баласының ішінде өзінің ізбасары хирург болыпты. Эмиль Теодор Кохер 76 жасқа келіп, 1917 ж. Берн қаласында жерленген. Негізгі хирургтің өмірі де қарапайым адамның өміріндей, бірақ, оның атағы мен үлкен лауазы уақытша десек, ал, істеген ісі дәрігерлерге үлгі, әрі ғасырдан-ғасырға ел ауызында қалатындығы айқын.

УДК 004.032.6-057.875

Р.М. БАЙМЕНШИНА, Б.А. ГАТАУЛИНА, С.С. САМБАЕВА

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК КАК СРЕДСТВО АКТИВИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Самостоятельная работа студентов становится одним из важнейших факторов подготовки специалиста и перед преподавателем современного вуза стоит задача многоплановой организации самостоятельной работы студентов, в том числе обеспечение учебным методическим материалом. Некоторыми характерными особенностями самостоятельной работы студентов можно определить: системность, комплексность и умение анализировать, полученную информацию из различных источников. Особую роль в методическом обеспечении самостоятельной работы студентов следует отнести электронным учебникам (ЭУ). Дидактические основы построения ЭУ включают принципы: распределенности, интерактивности, мультимедийности представления учебного материала, личностно-ориентированного обучения. Эти принципы и особенности в своей сущности совпадают и позволяют организовать удобное время изучения учебного материала, в зависимости от свободного времени студента, комбинировать траекторию обучения, обусловленную особенностями стиля мышления обучаемого, обеспечивают непосредственный или отсроченный контроль со стороны преподавателя, в зависимости от заданно-

го темпа изучения, и самоконтроль студента. Чтобы обеспечить мотивацию самостоятельной работы следует предусмотреть поощрение за творческий подход к выполнению работы.

Возможностями электронного учебного пособия как средства активизации самостоятельной работы студентов являются:

- изучение лекций и дополнительного материала;
- тестирование (тестовые задания выводятся случайным образом), что позволяет слушателям: провести само тестирование по отдельным темам и всему курсу; выявить сильные и слабые стороны в усвоенном материале; получить рекомендации по дополнительному изучению конкретной темы (интерактивные ссылки в теме).
- возможность поиска слов или словосочетаний;
- возможность работы с электронным учебным пособием по сети.

В нашей работе факторы обеспечивающие мотивацию самостоятельной работы студентов и средства активизации их деятельности раскрываются с точкой зрения инновационного обучения.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Одним из основных принципов Болонской Декларации является академическая мобильность студентов и преподавателей. В соответствии актуализированными Правилами организации учебного процесса по кредитной технологии обучения, утвержденными приказом министра МОН от «20» апреля 11 года №152 в университете реализуются принципы академической мобильности. Академическая мобильность - это перемещение обучающихся или преподавателей-исследователей для обучения или проведения исследований на определенный академический период: семестр, или учебный год в другое высшее учебное заведение (внутри страны или за рубежом) с обязательным перезачетом освоенных образовательных программ в виде кредитов в своем вузе или для продолжения учебы в другом вузе

На сегодняшний день подписаны соглашения с Познанским Медицинским университетом имени Карла Марчинковского (Польша), Межрегиональным Обществом Специалистов доказательной медицины (Россия), Учебным центром Общественного здравоохранения Университета имени И.Земмельвейса (Венгрия). Заключены меморандумы о сотрудничестве ме-

дицинскими вузами республики Казахстан: с ЮКФА (г. Шымкент), КГМУ (г. Караганда), СГМУ (г. Семей), АО МУА (г. Астана), КазНМУ им. Д. Асфендиярова (г. Алматы). Разработано «Положение об академической мобильности обучающихся, преподавателей и научных сотрудников ЗКГМУ имени Марата Оспанова». При службе офис Регистратора назначен координатор программ академической мобильности. Создана рабочая группа по внедрению академической мобильности. В рамках академической мобильности в программах обмена между казахстанскими вузами и вузами Ближнего Зарубежья участвовало 67 студентов ЗКГМУ им. Марата Оспанова, прошли обучение или практику в нашем вузе 55 студентов из медицинских вузов республики. Прочитали лекции для студентов ЗКГМУ им. Марата Оспанова ведущие ученые России. Преподаватели нашего вуза посетили и прочли лекции в вузах-партнерах России - АГМА (г. Астрахань), ОргМА (г. Оренбург). Проведены семинар по методике составления тестовых заданий и мастер-класс «Интерактивные методы обучения в больших группах», с приглашением сотрудников АО МУА Сарсеновой Л.К. и Дербисалиной Г.А.

УДК 378.144/146

Г.Н.БЕЙСЕГУЛОВА, Р.А.ТУРСЫНБАЕВА, Р.Т.ДЖУМАШЕВА, К.Т.КАШАГАНОВА, Д.С.БАЙГАМЫСОВА, С.Х.НАККАЖИНА, А.И.АБДЫКАЛЫКОВА, С.К.ТУСУПБЕКОВА

ЕКІ САТЫЛЫ ЕМТИХАННЫҢ ТИІМДІЛІГІ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-де 2011-2012 оқу жылынан бастап білім алушылардың оқудағы жетістіктерін бағалаудың бірыңғай жүйесін талап ете отырып, білім беру сапасын арттыру мақсатында және бәсекеге қабілетті медициналық қызметкерлерді дайындауда білім беру үрдісін қалыптастыру және жетілдіру мақсатында білім алушылардың оқудағы жетістіктерін бес құзыреттілік бойынша бағалану және барлық пәндер бойынша емтихандарды екі саты бойынша тапсыру енгізілді. Атап айтсақ, барлық кафедраларда білім алушылар білім, тәжірибелік дағдылар, коммуникативтік дағдылар, құқықтық құзыреттілік, өзін-өзі жетілдіру құзыреттіліктері бойынша бағаланды. Емтиханның I сатысы кезінде білім алушылар пән бойынша емтихан тесттерін тестілеу орталығында тапсырды, ал II сатысы ауызша немесе жазбаша түрде өтті. Емтиханның II сатысы жалпы білім беретін пәндер бойынша ауызша түрде, ал негізгі және кәсіптік білім беретін пәндер бойынша тәжірибелік дағдылардың қалыптасу деңгейін тексеру түрінде өткізілді. Емтиханның I сатысы бойынша университеттің медициналық білім беру үлгісіне сай білім және құқықтық компетенция, ал II сатысы бойынша тәжірибелік және коммуникативтік дағдылар бағаланды. Қысқы емтихан сессиясы кезінде жалпы медицина факультетінде жемқорлықты алдын-алу

мақсатында бақылаушы топ құрылды. Бақылаушы топ құрамында жалпы медицина факультетінің деканы, декан орынбасарлары, білім алушылардың ата-аналары және факультеттің белсенді білім алушылар болды. Олар емтиханның II сатысына бақылаушы болып жүрді. Білім алушылар пәннің ерекшелігіне қарай тәжірибелік дағдыларды ОҚКЭ, ситуациялық есептер, тәжірибелік жұмыстар түрінде тапсырды. Емтиханның барысы жақсы өтті. Ата-аналар емтиханға қатысуға шақырғандығы үшін жалпы медицина факультетінің деканатына ризашылығын білдірді. Қысқы емтихан сессиясынан кейін жалпы медицина факультетінің 1,2,3 курс білім алушылары арасында екі сатылы емтиханның тиімділігін анықтау мақсатында сауалнама жүргізілді. Сауалнамада білім алушылар екі сатылы емтиханның тиімді екендігін атап өтті. Олардың айтуынша, екі сатылы емтихан тәжірибелік дағдыларды және клиникалық ойлау қабілеттілігін дамытады, материалды жақсы меңгеруге ықпал етіп, коммуникативтік дағдыларды жақсартады. Биылғы жылы университеттің оқу үрдісіне енгізілген өзгерістер, яғни екі сатылы емтихан, бес құзыреттілік бойынша бағалау білім алушылардың болашақта дүниежүзілік денсаулық сақтау жүйесінде бәсекеге қабілетті, білімді, жан-жақты өз мамандығын жетіп меңгерген дәрігер болуына үлкен үлесін тигізеді.

ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРНЫНЫҢ ОҚЫТУШЫСЫ: ОНЫ ДАЯРЛАУДЫҢ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қазіргі таңда кез – келген мемлекеттің болашағы тек техникалық өрлеу мен экономикалық өсуге ғана тәуелді емес, ең алдымен білім деңгейімен анықталады. Сондықтан соңғы уақытта білім беру жүйесінің сапасын арттыруға, жаңа тұрпатты кәсіби – педагогикалық деңгейі жоғарғы оқу орны оқытушысын даярлауға аса мән берілуі кездейсоқ емес.

Жоғарғы оқу орнының оқытушысы – рефлексияға қабілетті, кәсіби дағдыларға, педагогикалық дарындылық пен жаңашылдыққа ұмтылушы, рухани дамыған шығармашыл тұлға. Ол білім берудің өзіндік бағасын түсінуге, өз пәнін, пәнді оқыту әдістемесін, педагогика мен психологияны білуге, өз тұлғасын дамыту мотивацияларына ие болуға және ең бастысы, ғылыми – зерттеу жұмысымен айналысуға тиіс. Оқу әрекеті студенттердің ойлау негіздерін дамытуға негіз болуы керек. Оқытушы проблеманы, тақырыпты немесе жаңа тарауды оқып – үйренуде студенттің назарын теориялық материалды іріктеуге бағыттайды. Материал мазмұны дәрісте баяндалуы немесе практикалық және лабораториялық сабақтарға енгізілуі мүмкін. Л.С. Выготский «Дамудың алдына түсетін оқыту ғана жақсы, ол тұлғаны дамыту көздері болып табылады» деген болатын /1.117/. Жоғарғы оқу орны оқытушысы қызметінің ерекшелігі мынада: өз қызметінің түрлі мақсаттарын жүзеге асыра отырып, оқытушы төмендегідей қызметтерді жүзеге асырады:

педагогикалық, ғылыми, ғылыми – зерттеушілік, кәсіби, әкімшілік – шаруашылық, басқарушылық және қоғамдық. Аталған қызметтерден шығармашылық қызметтің екі бағытын – ғылыми және педагогикалық зерттеушілік бағыттарын ерекше бөліп көрсетуге болады. Ғылыми және педагогикалық зерттеушілік қызметтердің үйлесімді сәйкестендірілуі ғана жоғарғы оқу орнының оқытушысы еңбегінің тиімді болуын қамтамасыз етеді. Алайда кейбір зерттеушілердің пікірінше, жоғарғы оқу орны оқытушысының қызметінде педагогикалық қызмет жетекші роль атқарады /2.128/.

Қазіргі заман оқытушысына қоғам қоятын талаптар, сондай – ақ оның жеке тұлғалық және жүйелік тұтастығы тұрғысынан келгенде, оны даярлаудың негізгі принциптерін, әдіснамалық психологиялық – педагогикалық проблемаларын анықтауға болады деген қорытынды жасаймыз: Олар негізінен мыналарға байланысты:

1. Жоғарғы оқу орнының оқытушысын даярлаудың құрылымы мен мазмұнын оның кәсіби – педагогикалық қызметіне сәйкестендіріп жобалау;

2. Білім берудің жаңа парадигмасына сәйкес гуманизм принципінің қолданылуы;

3. Оқытушыларды кәсіби – педагогикалық және психологиялық тұрғыдан дайындаудың формаларын, әдістері мен технологиясын таңдау.

УДК 001.891:004

А.И. БЕККУЖИНА, М.К. ИЗТЛЕУОВ, Г.У. ЕМЖАРОВА

ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ НЕПАРАМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫХ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе

В большинстве случаев биологический и медицинский материал крайне изменчив, подвержен влиянию многочисленных сложных факторов, взаимодействующих между собой, и для его описания требуется огромное количество разнообразных данных, порой и нечисловых. Биологическую изменчивость можно достаточно адекватно описать соответствующим распределением вероятностей. Правильно выбрав план эксперимента, можно выявить влияние каждого из многочисленных факторов в отдельности. Альтернативные гипотезы можно сравнивать на количественной основе, используя соответствующие критерии статистической значимости.

Вплоть до сегодняшнего дня считалось, что точный математический анализ в случае с недостаточными числовыми и/или качественными характеристиками нецелесообразен или невозможен.

И естественно в столь сложных и запутанных ситуациях для описания научных фактов будут использоваться преимущественно интуитивные понятия, выраженные чисто словесно. Чтобы по-настоящему проникнуть в исследуемые процессы или явления и управлять ими, необходимо найти соответствующий

математический аппарат, который мог бы обеспечить более точный и логически строгий метод анализа. Такой метод в настоящее время существует, и он называется непараметрическим методом. В основе расчета непараметрического метода лежат относительные характеристики – ранги, инверсии, серии, знаки и др.

Для установления эффективности влияния некоторых факторов на определенный контролируемый показатель используется критерии достоверности. В этом случае, при числовом выражении признаков, их нормальном распределении в совокупности используются критерии параметрической статистики, в противном случае, если имеются сомнения в возможности применения указанных критериев или если исследуемый признак является качественным, следует использовать непараметрический критерий.

С помощью современных компьютерных программ для статистической обработки данных, например системы SAS можно не только обработать большое количество данных, а также быстро и точно вычислить все необходимые вычисления для непараметрических данных.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Традиционный путь учебного познания заключается, согласно понятиям диалектической логики, в переходе от явления к сущности, от частного к общему, от простого к сложному и т.д. Новый путь познания отличается большим информационным потоком, насыщенностью фактами, позволяет быстрее проходить этапы систематизации и классификации, подводить факты под понятия и переходить к выявлению различных сущностей. Однако скорость таких переходов, скорость осмысления фактов, их систематизация и классификация ограничены природными возможностями человека. В связи с этим, перед преподавателем становится проблема соотношения традиционного и информационного потоков учебной информации. Эта проблема в свою очередь порождает две другие. Одна – связана с ориентацией студентов в потоке информации, предоставляемой компьютером, а другая связана с темпом усвоения студентом материала с помощью компьютера – проблемой индивидуализации обучения.

Эти проблемы могут быть решены в результате использования обучающих программно-педагогических средств (ППС). Содержание ППС необходимо разрабатывать в соответствии с особенностями и структурой изучаемого раздела. С помощью

мультимедийных средств можно показать сущность информации, сделать доступным для восприятия весь поток сведений в целом (его основы, направленность, цели, связи между элементами, причинно-следственные зависимости и т.п.). В компьютерной программе можно предусмотреть также практические задания, при которых студент, пользуясь базой данных, имел бы возможность «проработать» ту или иную ситуацию связанную с изучаемой темой.

Очевидно, что создание такой обучающей программы возможно только при условии активного использования компьютерных технологий, обеспечивающих оперативность, наглядность и емкость информации. При этом каждый студент усваивает материал по предложенному плану, в соответствии со своими индивидуальными способностями восприятия. В результате такого обучения уже через 1-2 занятия можно будет готовить задания с учетом индивидуальных особенностей студента, причем ППС должны содержать несколько уровней сложности. При таком подходе к решению проблемы у преподавателя появляется возможность реализовать дифференцированное, а также разноуровневое обучение в традиционных вузовских условиях.

УДК 378:001.895

Е.Ж. БЕКМУХАМБЕТОВ, М.К. ИЗТЛЕУОВ, Е.М. ИЗТЛЕУОВ

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ НА РАЗВИТИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В современных исследованиях понятие конкурентоспособности рассматривается с позиции экономики, организации, психологии, педагогики и акмеологии.

В акмеологической модели развития конкурентоспособности преподавателя вуза инновационная компетентность выступает как системообразующий фактор конкурентоспособности педагога. В инновационной компетентности установлены следующие компетенции: методолого-гносеологическая, технологическая, проектировочная и практическая. В настоящей работе акмеологические критерии конкурентоспособности преподавателя раскрываются через следующие показатели – личностно-субъективный, профессионально-когнитивный, творческий.

Показано, что акмеологическими факторами развития конкурентоспособности являются: объективный

– информационный, объективно – субъективный – самообразовательный, субъективный – мотивационно – личностный, т.е. взаимосвязь между инновационной компетентностью и уровнем развития конкурентоспособности преподавателя, осуществляется акмеологическими детерминантами.

Акмеологическая технология содержит пять блоков: информационный, самообразовательный, мотивационно-личностный, креативно-практически и социально-организационный. Раскрытие акмеологической характеристики конкурентоспособности преподавателя вуза позволяет предложить пути оптимизации ее развития, определить акмеологические детерминанты этого процесса.

Практическая значимость работы связана с разработкой акмеологического сопровождения профессиональной деятельности преподавателя вуза.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия

Качество образования как социальная и педагогическая система описывается через систему показателей, характеризующих конечный результат деятельности – высокий уровень подготовки выпускников, а также отлаженную научно-обоснованную систему обеспечения образовательного процесса. Поэтому, говоря о качестве образования в целом, важно определить основные направления деятельности вуза. Определяющими при этом являются: потенциал преподавателей, потенциал студентов, информационно-методический потенциал, достаточное финансирование образовательной деятельности.

Особое значение имеет технологичность обучения как инструмент инновационного процесса.

Определяются следующие основные показатели, которые позволяют

оценивать работу вуза и образовательный процесс как качественные:

1. Качество контингента университета.
2. Образовательный процесс.
3. Производственная практика.

Оценка вуза по удовлетворенности работодателей качеством подготовки специалистов обеспечивается следующим образом:

БГМУ идентифицирует и описывает методы, используемые для оценки его студентов, включая крите-

рии сдачи экзаменов. Надежность и достоверность методов оценки документированы и подвергнуты анализу. Кроме того, разрабатываются новые методы оценки. Давая описания методов, используемых для оценки, рассматриваются такие аспекты, как соотношение между формативными (промежуточными и обобщенными) оценками, число экзаменов и других тестов и проверок, соотношение между письменными и устными экзаменами, использование суждений, основанных на соответствующих нормативах и критериях; проведение специальных экзаменов, например, клинических экзаменов, структурированных в соответствии с учебными задачами (OSCE).

Анализ методов оценки включает оценку того, как они способствуют обучению.

Новые методы оценки могут предусматривать использование внешних экзаменаторов. Принципы, методы и практика проведения оценок четко соответствует образовательным целям и способствуют обучению.

Качество образования - определенный уровень знаний и умений, умственного, нравственного и физического развития, которого достигают обучаемые на определенном этапе в соответствии с планируемыми целями; прежде всего, измеряется его соответствием образовательному стандарту.

УДК 378.048.2:378.6

А.П. ГОНЧАР-ЗАЙКИН, И.А. ШУЛЬГА

ОПЫТ ОБРЕТЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Современное понимание профессиональной подготовки и обретение компетентности не возможно без внедрения в подготовку специалистов технических средств обучения, использование обучающих манекенов и симуляторов. Моделирование клинических ситуаций с помощью симуляторов позволяет обучаться на запрограммированных ошибках, от которых не застрахован ни один практикующий анестезиолог, без вреда для пациента. Более того, имеется возможность моделирования редких клинических ситуаций, которые не встречаются в процессе учебы. Применение технических средств обучения должно идти по принципу "от простого к сложному".

Целью исследования явилась разработка и формирование новых и поддержание необходимых мануальных профессиональных навыков и компетенций по анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации на основе повышение уровня теоретических и специальных практических знаний.

Контингентом, привлекаемым к обучению на основе реализации предлагаемых симуляционно-практических программ и методик, явились начинающие врачи, проходящие обучение на первом курсе клинической ординатуры по специальности «анестезиология и реаниматология».

Нами на протяжении последних лет используется программа «Практического курса подготовки врачей анестезиологов – реаниматологов», включающая три уровня: Базовый, где отрабатываются специализированные практические навыки, в том числе различные варианты интубирования трахеи и главных бронхов. Комплексный уровень, включающий и подготовку по смежной специальности «Оториноларингология», в объеме аудиторного освоения ряда лечебно-диагностических приемов: непрямой ларингоскопии, передней и задней риноскопии на специальных фантомах и муляжах, в мультимедийном сопровождении. После того, как при помощи фантомов освоены специальные навыки, практическая подготовка переходит на следующий уровень - комбинирование освоенных навыков. Этот уровень осваивается при помощи электронных и компьютеризированных манекенов-имитаторов. Уровень III – «Клинический» отрабатывается в условиях операционной и палаты интенсивной терапии. При подготовке пациента к обезболиванию, прогнозированию возможных осложнений связанных с трудными дыхательными путями. Применение симуляторов на этом уровне позволяет моделировать не только этапы и приемы обеспечения проходимости дыхательных путей и механическую вентиляцию лег-

ких, но и весь комплекс реанимационных мероприятий, при развитии критической ситуации и возникновении виртуальной клинической смерти.

Результатом проводимой комплексной симуляционно-практической подготовки отмечено улучшение показателей работы анестезиологов-реаниматологов, на рабочих местах по избранным вопросам специальности.

Таким образом, мы предлагаем рассматривать симуляционные технологии в обучении клинических ординаторов по специальности «анестезиология и

реаниматология» не только как составную часть клинической подготовки, а более того, как один из механизмов мышления на высоком и мотивированном уровне, направленном на обретение профессиональной компетентности. Следовательно, эти формы обучения нуждаются в детерминированной методологической поддержке и контроле со стороны ведущих учебно-методических объединений, научной оценке и дальнейшем исследовании и совершенствовании.

УДК 378.147 88 : 616.21

Г.А. ГОРБАНЕВА

НАШ ОПЫТ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

При обучении студентов на кафедре оториноларингологии ГБОУ ВПО ОрГМА наряду с тестированием, позволяющие более детально представить и изучить особенности строения лор – органов, а также показания и технику выполнения основных оториноларингологических операций. Сложными вопросами для восприятия обучающихся считаются анатомия и физиология звукового и вестибулярного анализатора. В помощь студентам на кафедре помимо других наглядных пособий используют фильмы: «Вестибулярный анализатор», «Методы исследования лор – органов». С целью расширения представления будущих врачей о современных методах лечения больных и новейших лекарственных препаратах во время практических занятий преподаватели кафедры демонстрируют презентации по темам: Доброчакаственные новообразования гортани, физиотерапия в лечении лор – болезней, гнойный верхнечелюстной синусит – проблема и пути ее решения и другие.

Одно из самых частых хирургических вмешательств в практике лор-хирурга – операция на небных миндалинах – двусторонняя тонзиллэктомия. При изучении заболеваний глотки демонстрируется студентам фильм о показаниях к операции, основных ее этапах, противопоказаниях и осложнениях во время вмешательства. Затем студенты направляются в операционную, где на их глазах сотрудниками кафедры выполняется эта операция. После ее окончания в учебной комнате происходит разбор особенностей данного клинического случая, а также заключительное тестирование и решение ситуационных задач, позволяющее лучше закрепить пройденный материал. Аналогичные фильмы демонстрируются и по остальным разделам лор – заболеваний.

Таким образом, применяемые на кафедре обучающие программы и видеоматериалы способствуют более глубокому пониманию изучаемого материала и повышают процент выживаемости знаний у студентов.

УДК 378:61

Г.А. ДЕРБИСАЛИНА, Л.Ж. КАРСАКБАЕВА, В.В. КОЙКОВ, Б.М. СУЛТАНБЕКОВА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ

АО «Медицинский университет Астана»,
Республиканский центр развития здравоохранения,
Управление здравоохранения, Астана

Реформирование и модернизация медицинского и фармацевтического образования, необходимость постоянного повышения его качества требуют высокого профессионализма преподавателей, их профессионального отношения к работе, к преподаваемому предмету и обуславливают актуальность разработки и внедрения стандарта по развитию потенциала профессорско-преподавательского состава (ППС) медицинского вуза. Целью разработки такого стандарта явилась необходимость совершенствования педагогической компетентности преподавателя медицинских организаций образования и науки в контексте обновляющегося медицинского и фармацевтического образования. В стандарте соблюдается принцип компетентностного подхода в реализации образовательных программ подготовки/переподготовки ППС медицинских организаций образования и науки. Структура про-

граммы дополнительного образования по стандарту «Преподаватель медицинской организации образования и науки» формируется на основе базовых и дополнительных компетенций и состоит из соответствующих модулей, определяющих содержание образования, отражает их соотношение, измерение и учет. В образовательной программе выделено шесть основных (базовых) компетенций ППС вузов - эффективное преподавание в медицинском вузе, оценка и экспертиза в медицинском вузе, разработка образовательных программ, менеджмент исследований, коммуникативные навыки и информационно-коммуникационные технологии. Организация имеет право утвердить свой перечень дополнительных компетенций (компетенции по выбору). Модули компонента по выбору предполагают углубленное изучение отдельных тем, при этом учитываются потребности обучающихся, администра-

ции вуза, студентов на институциональном уровне. Реализация стандарта «Преподаватель медицинских организаций образования и науки» является частью национальной стратегии Республики Казахстан в области развития потенциала ППС, участвующего в реализации образовательных программ в высшей медицинской школе. Эта стратегия позволит достичь вы-

сокого качества дополнительного образования за счет выполнения обязательных требований к повышению квалификации и/или переподготовке преподавателя медицинского вуза и регламентировать учебный процесс путем создания системы контроля за эффективностью работы организаций, осуществляющих дополнительное профессиональное обучение.

УДК 614.2:371.1

Г.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА, М.Н. ТУРЕБАЕВ, А.М. АЛТАЕВА, А.П. КУДРЯВЦЕВА

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Городская поликлиника №1, Актобе

Для того, чтобы осуществлять профессиональную деятельность, любой врач должен обладать знаниями. Однако одних знаний для практической деятельности явно недостаточно, необходимы умения, навыки. В целом проблема обучения практическим навыкам, представляется чрезвычайно актуальной. В этом отношении рациональным и современным направлением в образовательном процессе является применение симуляционного обучения.

Что представляет из себя данное обучение? Это новые методы обучения с выраженным практическим направлением, эффективно формирующие в слушателях навыки через погружение в реальность. Преимущество данного обучения состоит в том, чтобы смоделировать любую клиническую ситуацию. Слушатель может обучаться в таком количестве, которое необходимо ему для закрепления навыков. Симуляция дает обучающимся возможность оказать помощь пациенту в более полном объеме и делать ее более последовательно. Освоение ряда мануальных навыков невозможно без использования манекенов. Сегодня есть манекены и симуляторы, позволяющие отработать большинство мануальных навыков. В первую очередь это относится к навыкам сердечно-легочной реанима-

ции. Учитывая, что врачей общей практики приходится обучать во многих направлениях, роль симуляционного обучения высока.

На кафедре общей врачебной практики факультета дополнительного медицинского и фармацевтического образования слушатели во время прохождения тематических циклов проходят обучение в учебно-клиническом центре университета. Во время него они активно овладевают методиками проведения сердечно-легочной реанимации взрослым и детям, в том числе новорожденным, дефибрилляции, отоларингологического и гинекологического осмотра, осуществляют ведение родов, отрабатывают аускультацию легких и сердца. Контроль закрепления навыков проводится преподавателем в виде разбора, с вовлечением в данный процесс всех слушателей. Это обучение играет большую роль в формировании компетентного врача общей практики.

Таким образом, применение обучения, основанного на моделировании ситуаций, является перспективным направлением в системе медицинского образования. Использование моделирования гарантирует повышение качества обучения основных клинических навыков.

УДК 614.88 : 616.8-057.875

А.М. ДОЛГОВ, Н.В. АПТИКЕЕВА, Л.И. ЛЕВОШКО, С.В. ИШКОВ, А.Ю. РЯБЧЕНКО, Т.М. ЯКУБОВА

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ СТУДЕНТАМ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПО НЕВРОЛОГИИ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Основной педагогической деятельностью кафедры неврологии, медицинской генетики является подготовка студентов четвертого курса и имеет своей целью подготовку врача общего профиля. Усвоение материала по неотложной неврологии необходимо на уровне навыков и умений (согласно ФГОС).

В вопросы неотложной неврологии включены прежде всего острые нарушения мозгового кровообращения, синдром церебральной гипертензии, закрытая черепно-мозговая травма, эпилептический статус, миастенический и вегетативные кризы. В лекционном курсе расширен раздел неотложной помощи при опухолях головного мозга, эпилепсии, при острой патологии периферической нервной системы. Особое внимание на кафедре уделяется организации и методическому обеспечению практических занятия по данным

вопросам. Имеется специальная учебная комната, оборудованная для изучения неотложной неврологии. Яркие иллюстрации особенно прочно запоминаются и у студентов возникает, как говорил И.П.Павлов, неотступное "думание", стимулирующее к углубленному познанию. Также имеется необходимый фонд таблиц, слайдов, видеороликов для обеспечения наглядных иллюстраций изучаемого материала. В коротком выступлении преподаватель подчеркивает актуальность проблемы, что настраивает студентов на заинтересованное изучение темы. Итогом самостоятельной деятельности студентов на цикле пропедевтики нервных болезней является обобщение, анализ результатов обследования, постановка синдромального диагноза. Умение выделить синдромы в острейшей фазе заболевания определяет врачебную тактику у постели

больного, а неотложная помощь часто является психоневрологической. На кафедре рассмотрены схемы историй болезни для студентов. При оформлении последних студент должен дать развернутый план лечения данного больного и данной болезни, в том числе необходимой терапии в остром периоде болезни, уметь сочетать соответствующее лечение с клинической картиной. На клинических базах кафедры организованы городское и областные отделения неотложной неврологии, появилась возможность курировать больных, находящихся в острейшей фазе заболевания. Подго-

товка студентов максимально приближена к реальным условиям практической деятельности. Студенты имеют возможность начать обследование больного вместе с преподавателем уже в приемном отделении и затем проследить и участвовать во всех этапах оказания неотложной помощи.

Конечный контроль знаний студентами вопросов неотложной неврологии осуществляется на экзаменах, где 20% вопросов клинической неврологии посвящены специально оказанию экстренной неврологической помощи.

УДК 81=512.122

Б. Ө. ЕРБАТЫР

ТІЛ – ТӘРБИЕ ҚҰРАЛЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қазақстанның болашағы қазақ тілінде. Тілсіз ұлт болмайды. Өз тілімізді сақтау, өз тілімізді құрметтеу отаншылдық рухты оятуға қызмет етеді әрі ата-баба алдындағы ұлы парызымыз да.

Н. Ө. Назарбаев

Қандай да заман, қандай да қоғамда болмасын мемлекеттік-ішкі және сыртқы саяси құрылымдарға негізделінетін қуатты заңға, жан-жақты ойластырылған құқықтық жүйеге арқа сүйейді әрі мемлекеттік тілі арқылы көпшіліктің көкейіндегісіне жол табатын насихаттан сырт айналып өте алмайды. Олай болатын болса, мемлекеттік тілді үнемі насихаттап, халық жадында жатталғанша кезмет ете беру – тіл мамандарының жүйелі жұмысы. Педагог кадрлар-істің тетігін шешетін негізгі тұлға. Оқытушы тіл дамыту үшін бар мүмкіндіктерді пайдаланады. Қазақстанның білім және тәрбие ісінде Батыс пен Шығыстың мол тәжірибелерін қолданысқа алуға толық мүмкіндік бар. Білімдарлық жағынан қазақтардың өздерінің де құралақан еместігі белгілі. Дүниежүзінде екінші Аристотель атанған Әбу Насыр әл-Фараби, ислам дүниесінде екінші Мұхаммед атанған Қожа Ахмет Яссауи, екінші Геродот атанған Жүсіп Баласағұни мен Мұхаммед Хайдар Дулати қазақ топырағының перзенттері емес пе? Осыларды нысана ете отырып, ұлттық мәдени сананың қалыптасуына, әр оқытушы еліміздің болашағының қамына ойлап, пәнді терең білдірудің тиімді жақтарын қарастырып, салыстырып, сұрыптай отырып, мемлекеттік тілдің басымдылығын, (тіл таным құралы) ізгілікті білімдер әдебиет, ұлттық этнос мәдени құндылықтарымен сусындату, медицина терминдерін меңгерту, кәсіби бағдар беріп, жан-жақты мәдениетті тұлғаны қалыптастыру-басты мақсатымыз.

Жоғары оқу орындарында қазақ тілін оқытуға байланысты жүргізілетін барлық практикалық жұмыстар-жастарды адамгершілікке, имандылыққа, ұлтжандылыққа, Отан сүйгіштікке, өз кәсібін шыңдай түсуге, сөйлеу мәдениетін қалыптастырып, сөздік қорын байытуға саналы еңбек етіп, шығармашылық ой-қабілетін арттыруға арналған. Ендеше, қазақ тілі сабағы студенттерді жан-жақты тәрбиелеудің негізгі құралы екендігі даусыз. Қазақ тілі сабағында өмірге өзіндік көзқарасы айқындалып, мамандығы, кәсібі туралы да ұғым-түсінігі кеңейе түседі. Өз мамандығы туралы әңгімеге шақыру, бұл мамандықты неліктен таңдағандығын әңгімелету, мамандығының өмірге қажеттілігі жайында пікірлесу, «Мен таңдаған мамандық» атты конкурс ұйымдастыру керек. Бұл сияқты жүйелі жұмыстардан соң, студенттер таңдаған мамандықтарының өмірге қажет екендігіне көздері жетеді, мақтанш сезімі ұялап, қоғамға қажеттіліктерін сезінеді. Шығармашылық қабілетті шыңдайтын жұмыс түрлері көп. Жарыс түрлері: он минутта он мақал-мәтел айту, болмаса шағын мақала, хабарлама жазу, т. б. Қорыта айтқанда, қазақ тілі сабағында студенттермен шығармашылық жұмыс жүргізуге, ой-қабілетін арттыруға байланысты жұмыстың түрлері сан алуан. Оқытушының біліктілігі мен білімділігі, ізденгіштігі, тапқырлығы, өте үлкен жауапкершілігі қажет. Жауапкершілік шығармашылық ой-қабілеттің қайнар көзі.

УДК 371.1-057.875

Г. М. ЕРТУКЕШОВА

ОҚУ ПРОЦЕСІНДЕ СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨЗІН-ӨЗІ БАҒЫТТАП, БІЛІМ АЛУЫНДАҒЫ МОТИВАЦИЯНЫҢ РӨЛІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Еліміз тәуелсіздік алғаннан бері қысқа тарихи кезеңде әлемдік қауымдастықпен бірлестікте жұмыс жасау арқылы экономиканы дамытуда көптеген жетістіктерге қол жеткізіп отыр. 2002 жылы ұлттық білім беру бағдарламаларын халықаралық деңгейде мойындату, оқытушылар мен студенттердің

академиялық мобильдігін үдету және білім берудің сапасын арттыру мақсатымен оқытудың кредиттік технологиясы енгізілді. Бұл технология бойынша білім берудің жемесі – дамыған, білімді жан – жақты, әрі қоғамда белсенді кез – келген жағдаятта өз бетімен шешім қабылдай алатын және өз шешімдеріне

жауапты бола алатын тұлға. Осыған орай қазіргі таңда оқытушылар алдында тұрған басты міндет – студенттердің ақпаратты өз бетімен іздеуге, талдауға, жүйелеуге және өзінің тұлға ретінде іске асуы мен қоғам өміріне белсенді қатысуы үшін сол ақпаратты тиімді пайдалануға дағдыландыру. Яғни, «Мұндай сауалға қалай қол жеткізуге болады?» деген сұрақ туындайды. Бұл сұраққа – студенттердің білім алуға деген көзқарастарын өзгерту және олардың өзін -өзі бағыттап, реттеп білім алуға дағдыландыру.

Олардың өзін -өзі бағыттап, реттеп білім алудың ортақ, нақты бір анықтамасы жоқ, себебі ол көп қырлы, күрделі құрылым. Бір топ ғалымдардың ойынша өзін-өзі бағыттап оқытудың басшылығында метатаным (білім туралы ілім), стратегиялық іс -әрекет (жоспарлау, бақылау және өзінің жеке дамуын стандартпен салыстыра отырып бағалау) және оқуға деген мотивация жатыр. Кейбір анықтамаларға сәйкес

өзін -өзі бағыттап білім алу – қабілеттілік болса кейбіреулер оны процесс деп есептейді.

Өзін - өзі реттеп, білім алуда мақсаттың екі түрін бөліп көрсетеді: оқу мақсаттары мен табысқа жету мақсаттары.

Қорыта келе, өзін -өзі реттеп, бағыттап білім алуда мотивацияның алатын орны ерекше, себебі, мотивация студентті өзін -өзі реттеуге итермелеуі мүмкін, яғни қызығушылық танытқан студент таным процесіне белсене атсалысады. Кейде мотивация керісінше академиялық өзін -өзі реттеп, бағыттаудың жемісі болуы мүмкін, яғни тапсырмаларды өзін -өзі бағыттау стратегияларын пайдаланып, сәтті орындағаннан кейін студенттердің өз мүмкіндіктеріне деген көзқарасы өзгереді, өз күштеріне, тиімділігіне деген сенімділік пайда болады, және осының салдарынан студенттердің оқуға деген мотивациясы өседі.

УДК 614.2

Г.Р. ЖАКИЕВА, А.С. БЕКЕТОВ, А.Ж. ДОСИМОВ, М.К. НАЗАРБАЕВА

ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕНІ ОҚЫТУ ҮРДІСІН ИНТЕРНАТУРАДА ҰЙЫМДАСТЫРУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Біріншілік медициналық санитарлық көмек көрсету тұрғындардың денсаулық көрсеткішін сапалы жақсартуға бағытталған денсаулық сақтау жүйесінің алдыңғы қатардағы саласы. Бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің қызметі еліміздің еңбекке қабілетті потенциалын сақтау, сонымен бірге тұрғындардың әлеуметтік қорғалмаған топтарының; соның ішінде балалар, қарттар; мүгедектердің көптеген маңызды мәселелерін шешу оның жағдайына байланысты.

Қазіргі емхана дәрігерлерінде «диспетчерлік қызмет атқару» амбулаторлы науқастарды жиі басқа дәрігер мамандардың кеңесіне жолдау басымырақ кездеседі. Сондықтан біріншілік медициналық көмек көрсетуді сатылап реформалау жалпы дәрігерлік тәжірибені енгізумен іске асырылады. Интернаттурада жалпы дәрігерлік тәжірибені оқытудың мақсаты болашақ дәрігерді клиникалық тұрғыдан дайындау, оқу орнын бітірушілердің кәсіби деңгейін арттыру болып саналады. Біздің университетіміздің жалпы дәрігерлік тәжірибе (ЖТД) интернаттура кафедрасында инновациялық педагогикалық технологияларды енгізіп, жоғары білікті мамандарды даярлау, коммуникативті дағдыларды қалыптастыру, танымдық және кәсіби

қызметтің әдістері мен тәсілдерін игеру, өзін-өзі жетілдіру қарастырылады. ЖТД біріншілік медициналық көмек көрсету жүйесінде дәлелді медицина талаптарына негізделген емдеу-диагностикалық, алдын-алу және реабилитациялық іс-шаралар мен мониторингті жүргізу дағдыларын игерген маман. Кафедрада интерндердің практикалық дағдыларды орындау мен компетенттілігін бағалау мақсатымен оқу-клиникалық орталығында симуляторлар мен муляждарды қолданып оқыту жүргізіледі. Оқуды бітірушілердің клиникалық дағдыларын бағалау объективті құрылымдық клиникалық емтиханды тапсырумен тұжырымдалады. Интерндердің білімі рейтингтік бағалау мен тесттік бақылаумен тексеріледі. Интерндермен ғылыми-зерттеу жұмысы жетілдіріліп отырылады. Дәрігер интерндерді облыстар бойынша практикадан өткізу іске асырылған. Кафедра жұмысында тәжірибе мен білімді ұштастыру, көптеген оқыту және оқу үрдістерін жоғарғы дәрежеде қолдану интернаттураны сәтті ұйымдастыру мен іске асыру үшін маңызды шаралар болып саналады.

УДК 371:004

Б.С. ЖАКИЕВ, У.Г. КАРСАКБАЕВ, Б.М. МУХАМЕДГАЛИЕВА, К.С. АБИШЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Требования к подготовке кадров в медицинских вузах в современных условиях неуклонно возрастают. Регулярное изучение запросов здравоохранения, соответствующих современным требованиям, становится одной из важнейших задач выпускающих кафедр. Одной из приоритетных задач современной высшей школы является внедрение новых

инновационных направлений, ориентированных их на мировые стандарты. Этим требованиям отвечает учебно-клинический центр ЗКГМУ, который предлагает инновационные способы обучения интернов с использованием муляжей, виртуального компьютерного тренажера, представляющий возможность выбрать несколько уровней тренировок –

от фундаментальных движений до сложно-координированных навыков.

Такая форма обучения приводит к повышению закрепления теоретических знаний полученных на практических занятиях и лучшему освоению практических навыков, также позволяет лучше выявить знания и объективно оценить практические приемы. Индивидуальный подход к каждому студенту позволяет более эффективно совершенствовать учебный процесс по сравнению со старыми методами обучения.

Отработка практических навыков у студентов 6 – 7 курсов проводится в учебно-клиническом центре под

руководством преподавателей кафедры. Для этого разработаны методические рекомендации по всем темам неотложной хирургии предусмотренной программой, где указаны цели, методы обучения, распределение времени, порядок проведения с описанием алгоритма выполнения клинического навыка.

Таким образом, практические занятия проводимые в условиях УКЦ позволяют приобрести студентам реальный врачебный опыт приближенной к естественным клиническим условиям.

УДК 378:61

Б.С. ЖАНАЛИНА, А.А. ТАГАНИЯЗОВА, К.И. АЖЕНОВА, Н.Ж. ЖОЛДАСОВА

РОЛЬ ЛЕКЦИИ В ПОВЫШЕНИИ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе

Высшая медицинская школа Республики Казахстан вступила в период глобальной модернизации. Основная причина, которая делает, преобразования необходимыми носит, объективный характер: в последние годы произошли качественные изменения медицинского образовательного пространства. Медицинские вузы работают в смежном поле с одной стороны подчиняется государственной политике в области образования, с другой - испытывают на себе модернизацию системы здравоохранения РК. Основные требования общества к медицинскому образованию - это обеспечение единства образования, научных исследований и клинической практики. В рамках новой, инновационной парадигмы основным потребителем образовательных услуг является студент, интерн, а продуктом, подвергаемым качественным изменениям в ходе оказания услуги, являются знания специалиста. Одним из нововведений в образовании может быть компетентно - ориентированное обучение. Основываясь на модели элитного специалиста XXI века, необходимо повысить профессиональную компетентность самого преподавателя. Одним из факторов возможности повышения профессиональной компетентности преподавателя, мы считаем чтение лекций. Чтение лекции позволяет молодому специалисту достигнуть профессиональной педагогической зрелости, так как создание лекции требует огромного

труда и ответственности. Лекция является исходной направляющей магистралью, закладывающая основы знаний и отношения к знаниям. Прежде, чем читать лекцию следует четко представить ее дидактические цели. Главные из них: обучающая (определить современное состояние основ данной науки); развивающая (заставить слушателей целенаправленно думать, сопоставлять, анализировать, рассуждать); воспитательная (развитие у студентов самоанализа свои действий, сотрудничество с педагогом); организационная (обращает внимание студентов на порядок изучения предмета, организует дальнейшее самостоятельное изучение разделов литературы, справочников и пр.). Успешности лекции способствует «обратная связь» с аудиторией. Лекция - не только способ передачи информации, но и способ психологического влияния на студентов. Лектор должен заботиться не только о том, что сказать, но и как сказать. Опыт показывает, что требования к лекции и лектору дают возможность молодому педагогу повысить уровень профессиональной педагогической компетентности, которая включает в себя: коммуникативную, информационную и интеллектуально-педагогическую.

Таким образом, чтение лекций предоставляет возможность молодым педагогам ускорить повышение уровня профессиональной педагогической компетентности.

УДК 616.43-053.5

Т.А.ЖАРКЕНОВ, А.М. БАСПАҚОВА, З.А. ИМАНҒАЗИНА, Ж.Б. МУЗАТОВА,

СТУДЕНТТЕРДІҢ ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫМЕН ШҰҒЫЛДАНУЫ - МАМАН ДАЯРЛАУДАҒЫ МАҢЫЗДЫ ФАКТОР

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Білім беру және еңбек нарығындағы бәсекелестіктің, ғылыми-техникалық және гуманитарлық прогрестің әсерінен әлеуметтік-экономикалық реформалау жағдайында, үздіксіз жаңару және білім беру жүйесінің дамуы бәсекеге қабілетті маман даярлауда, жаңаша идеяларды ойлап тауып және дамытып, шығармашылық ойлау және қырқынды дамып жатқан қоғамда бейімделіп, 20

мамандардың жақсы еңбек етуі дәлел. Университеттің студент дайындаудағы маңызды талаптарының бірі студенттердің ғылыми-зерттеу жұмысымен шұғылдануы. Қазіргі заманғы қоғам стандартты емес шешім қабылдай алатын, инновациялық процестерде белсенді қызмет атқаратын, зерттеу міндеттерін оңтайлы шеше білетін мамандарға зәру. Жоғары оқу орнын бітірген жас маман кәсіби жағдайларда жүйелі

ерекет етуге, өзінің жұмысын жоспарлауға және сараптауға, әрқашан өзін-өзі ғылыми тұрғыдан іздене түсіп, шығармашылық идеяларын шыңдауға ұмтылу қажет.

Студенттердің университет қабырғасында жүріп ғылыми-ізденістік жұмыстарды сапалы орындауы, кейінгі маман болып қалыптасуда өз оңтайлы көмегін береді. Бұл өз кезегінде кәсіби тұрғыдан өсуге, кәсіби деңгейін тұрақты жоғарлатуға, жаңа білімдерді алуға, тәжірибелік жағынан дағдыларды дамытуға, әлеуметтік орта процестерінің ғылыми- зерттеу

әдістерін игеруге түрткі болады. Студенттердің зерттеу жұмыстарының түрлеріне: тәжірибелік жұмыстардың орындауы, реферат жазу, пәндік олимпиадалар, даяндама жазу, ғылыми зерттеу элементтері бар, тапсырмаларды орындау және т.б. жатқызуға болады.

Сонымен, студенттердің жоғары оқу орындарында жүріп ғылыми-зерттеу жұмысымен шұғылдануы жоғары білікті маман дайындауда, жақсы нәтижелі жетістіктерге жетудегі инновациялық әдістерді және технологияларды жетік меңгеріп, дамытуға өз оңтайлы әсерін қосары сөзсіз деп пайымдаймыз.

УДК 611.1/.8:378

К.Е. ЖАРИЛКАСЫНОВ, Г.А. ЖУРАБЕКОВА, С.Б. РАХМАНОВ, Г.А. МУТИГУЛЛИНА

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА В СИСТЕМЕ БАКАЛАВРИАТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе

Анатомия человека является важным предметом, как в медицинских вузах, так и в вузах физической культуры, где в той или иной мере речь идет о строении тела человека любого возраста и любой профессии. Перед преподавателем анатомии человека в высшем учебном заведении поставлена трудная задача: необходимо не только сформировать у студентов глубокие и прочные знания предмета, являющегося фундаментом всех медицинских дисциплин и составляющего основу компетентности врача, но и научить их связывать анатомические знания с потребностями практики в каждом конкретном случае, что способствует развитию клинического мышления. Сегодня значительная часть наших студентов, не любит отвечать устно по препарату, им проще выполнить тест или «подготовить» реферат, используя готовые интернет источники. К нам приходит вчерашний школьник не с лучшей базовой подготовкой, но владеющий определенными техническими навыками и знакомый с тестовой формой контроля.

В связи с глобальными изменениями в системе медицинского образования и тем самым изменениями

в структуре предмета, мы поставили перед собой цель изучить приемлемость программы «Анатомия человека» в нашем вузе.

Проведено анонимное тестирование среди студентов 1-3 курсов факультета «Общая медицина». Около 80% опрошенных студентов считают предмет самым трудным в изучении, на изучение новой темы тратится более 8 часов в неделю. Проведение устного экзамена поддерживают 64 студента, письменно 109, при этом же сдавать самостоятельную работу студенты предпочитают в устной форме, чем написания рефератов. Абсолютно все студенты (100%) считают необходимым использование натуральных анатомических препаратов в процессе освоения предмета.

Таким образом, несмотря на изменения в системе преподавания анатомии, роль предмета среди медицинских дисциплин остается значимой. Студент уже первого курса осознает серьезность предмета, его значимость и, несмотря на большие преобразования, классические методы преподавания остаются главенствующими.

УДК 61 (091): 614. 4

Г.Д. ЖУМАҒАЛИЕВА, Ж.С. УМАРОВА, С.К. ШАПЕКЕНОВА

ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРЫ ҚЫЗМЕТІНІҢ ТАРИХЫ ТУРАЛЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

01. 04. 1956 жылдан бастап Ақтөбе қалалық жұқпалы аурулар ауруханасын ашылуы туралы бұйрық қабылданған. Сол жылы қаланың ескі бөлігінде Некрасов көшесі бойында алғаш рет 4 бөлімшеден тұратын 150 керуеттік аурухана ашылған. Аурухананың алғашқы бас дәрігері болып жоғары санатты дәрігер Суздальцева Анна Семеновна бекітілген. Бұл дәрігер көп жылғы еңбегінің нәтижесінде белгілі ұйымдастырушы ретінде танылды. Осы жылдары ауруханада алғашқы қызмет еткен дәрігерлер Шатилова К.П., Самодурова В.В., Жантуарова Г.А., Мурзағалиева Т.М., Долинская Т.К., Гладкова В.А., Малькова Л.А., Фахрутдинов Р.М., Александров В.С., Малышева Т.В. жұқпалы аурулармен күресу саласына айтулы үлес қосқан. 1989 жылдан бастап бөлек 160 керуеттік қалалық балалар жұқпалы аурулар ауруханасы ашылды. Бұл аурухана ескі қала шетіндегі бейімделген 3 негізгі бөлімшеден және 6 керуеттік

реанимация бөлімшесінен тұратын 3-қабатты ғимаратта орын алды. 1997 жылы аталған балалар жұқпалы стационары жабылып, келесі екі жылдықта облыстық клиникалық ауруханасы құрамындағы 40 керуеттік балалар вирусты гепатит, ауа-тамшылы инфекциялар бөлімшелері және №2 қалалық балалар ауруханасындағы 40 керуеттік ішек инфекциялар бөлімшесі клиникалық база ретінде бекітілді. Облыс Әкімінің 1999 жылғы 19 ақпандағы 31 бұйрығының 6 тармағына сәйкес Ақтөбе қаласында Облыстық клиникалық инфекциялық ауруханасы мемлекеттік мекемесі ашылып, осы күні облыс ауруларына көмек көрсетуде. Аталған жылдан бастап бас дәрігер қызметін Сапаров Т.Т. атқаруда, ол ауруханаға жетекшілік еткен жылдар ішінде аурухана ғимаратының негізгі корпусы күрделі жөндеу, қайта құрудан өтті. Өртүрлі жылдары халыққа еңбек сіңірген дәрігер инфекционистер – Изимбергенова Т.Т.

Қабылова Ә.А., Аберемко Н.Э., Шалекенова С.К., Уралбаева Б.П., Айбусинова Г.Н., Алманиязова С.Ж., Миршавка И.В., Жылқыбаев Т.А., Кузайдарова А.А. инфекциялық қызмет қалыптасуына өз үлестерін қосты. Клиника базасында жұқпалы аурулар және балалар жұқпалы аурулар кафедрасы ересек және балалар инфектологиясынан тәжірибелік денсаулық сақтау саласына әдістемелік орталығы болып қызмет

етуде. Өртүрлі жылдары елеулі қызметімен көзге түскен кафедра қызметкерлері - дәрігер-инфекционисттер проф. Дүйсенов К.Д., Тыныбеков А.С., доценттер Пан В.Д., Тихонова А.С., Бегимбетова Ш.Ш., Туребаева Д.Е., Жұмағалиева Г.Д., Құрманғазин М.С., Мусабеков А.А., Қоғамбекова М.Ж., ассистенттер Тенизбаева Р.К., Ляшкова В.И., Мусабекова И.Н., Умарова Ж.С.

УДК 616: 004.032.6

А.К. ЖУМАЛИНА, М.Б. ЖАРЛЫКАСИНОВА, Н.Г. ИРГАЛИЕВА, Б.Ж. ЖИЛКИБАЕВА

ОПТИМИЗАЦИЯ УСВОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе

Основной целью учебного процесса является подготовка специалиста с требуемым программой уровнем знаний, умений и навыков. Для достижения цели преподавания необходимо постоянное усовершенствование образовательных технологий. Выделяют три типа усвоения информации: визуальный, аудиальный и кинестетический. Как правило, у студента один из способов усвоения информации доминирует. Студенты с преобладающей визуальной памятью лучше усваивают зрительную информацию: во время чтения, просмотра графиков. К этому типу относятся около 65%. Доминирование слуховой памяти встречается примерно в 30%, такие студенты лучше усваивают информацию, когда слышат и обсуждают её. Кинестетический тип встречается в 5% случаев, усвоение информации происходит с помощью касаний и движения. Дифференцированный подход и обеспечение учебного процесса комплексом материалов, содержащим информацию для студентов всех трех типов восприятия, является важным направлением методической работы. Представление материалов в виде мультимедиа имеет ряд преимуществ. Мультимедиа представляет объекты и процессы не только в виде текстовой информации, но также с помощью фото, видео, графи-

ков. Такое представление позволяет студентам с любым типом усвоения информации качественно усвоить учебный материал. Презентация позволяет объединить различные виды учебного материала в одном модуле и привлекательна новизной информации. Имеется возможность обсуждения, как на занятии, так и индивидуально при самостоятельной подготовке, как обучающее пособие. Преподаватель выступает как консультант-руководитель процесса самостоятельной подготовки, оказывает помощь и поддержку. Во время занятия создаётся обстановка реального общения, студенты стремятся проявлять активность, с желанием выполняют задания, проявляют интерес к изучаемому материалу. Появляется заинтересованность в получении более высокого результата, готовность и желание выполнять дополнительные задания. Наличие мультимедийного обеспечения компенсирует те случаи, когда в клинике в случае редкой патологии нет тематических пациентов, для клинического примера, благодаря возможности видеомоделирования. Наличие материала для любого типа памяти оптимизирует учебный процесс и требует дальнейшего проведения работы на создание новых учебных материалов.

УДК 371:001.895

А.К. ЖУМАШЕВА, М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.Б. БАХАЕВА, Г.К. АЛПЫСБАЕВА

МОДУЛЬДІК ОҚЫТУДЫҢ НЕГІЗДЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Ақпараттық ресурстар - заманауи ақпараттық қоғамды өндірістің дамуының негізгі құралы. Осыған байланысты ақпараттар кеңістігінде дұрыс бағытты таңдауға мүмкіндік жасай алатын оқытудың жаңа технологиялары пайда болып отыр.

Жаңа ақпараттық технологияны қалыптастыруда негізінен екі модуль қолданылады:

1. «Оқытудағы ақпараттық технологиялар»;
2. «Білім берудің ақпараттық құзырлығы»

Ақпараттық технология білім алу үдерісінде әрбір тұлғаның шығармашылығын дамытуға мол мүмкіншіліктер туғызады. Дәрігер мамандарды ақпараттық коммуникациялардың технологиясы негізінде дайындауда мынадай қағидаларды басшылыққа аламыз:

– Креативтілік – жаңа ақпараттық технологияларды игеру білімдерін ұйымдастыру курсының бағытын даралық-шығармашылық негізде бағдарламалау;

– Вариативтілік – әрбір білім беру қызметкерлерінің жасаған материалдарына сәйкес біліктілігін көтеру жүйесін қалыптастыру;

– Болашаққа негіздеу – күтілетін нәтижелерді анықтайтын кезеңдік бағдарламалардың бағытын орнықтыру;

– Ізгіліктік – оқыту үдерісінің тәрбиелік (патриотизм, мораль мен парасаттылық нормалары, ұлтаралық келісім мен толеранттылық, заңға мойынұсынушылық) мәнін күшейту.

Білім беруді ақпараттандырудағы басты мақсат – елімізде біртұтас білімдік ақпараттық ортаны құру, яғни, жаңа технологияларды пайдалана отырып әлемдік білім беру кеңістігімен сабақтастыру болып табылады. Жұмысымызда білім берудің ақпараттық технологияларын толықтай қолданудың алғышарттарын кеңінен қарастырамыз.

МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ДЕРЕКТЕР ҚОРЫН ҚҰРУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Информатика пәні оқытушыларының алдында тұрған келесі бір үлкен міндет – Отандық медицина саласындағы деректер қорын құру. Қазіргі таңда медицина саласындағы мемлекеттік тілдің қолдану аясын кеңейтудің өзектілігі бәрімізге аян. Ғаламтордан өзіне қажетті ақпараттарды іздестірген кез-келгеніміз ана тіліміздегі мәліметтердің аз екендігін анық білеміз. Осы олқылықтардың орнын толтыру әрқайсымыздың азаматтық борышымыз.

Мемлекеттік тілдегі мәліметтер қорын құру – Отандық медицинаның өркендеуіне қосқан зор үлесіміз болмақ. Ең алдымен ғаламтор жүйесіндегі барлық ақпараттарды қазақ тіліне аударып, мол деректер қорын жинақтау қажет. Сондықтан да мемлекеттік тілдегі мол ақпараттарды жүйелі түрде жинақтап, деректер қорын құруды барлық оқытушылар мен жоғары оқу орнының барлық студенттерін қатыстыра отырып жүзеге асыруымыз керек. Тек орыс тілінен аударып қана қоймай, шет тілдері мамандарын қатарымызға тарта отырып, өзге де тілдерден де

аударып, әлемдік стандарттарға сай дерек қорын құру кезек күттірмейтін маңызды іс. Бұл әр түрлі оқу орындарының шығармашылықпен бірлесе жұмыс істеп, ортақ мүдде тұрғысынан әрекет етуіне жәрдемін тигізеді. Ал, бұл үлкен мақсатта бәрінің басын біріктіруде информатика пәні оқытушыларының дәнекерлік рөлі зор болуға тиісті. Алайда, дерек қорын құруда жалған ақпараттарды, кейбір мәліметтерді жан-жақты зерттемей енгізуге жол берілмеуі кәсіби мамандар тарапынан қатаң қадағалануы керек. Әрине, қатысушылардың көптігі бұл мәселені түпкілікті шешуге толық себепші бола алмайды. Нақтылы ғылыми тұрғыда зерделенген деректер қорын құру ісін ғылыми зерттеу институттары ғана жүзеге асырады. Біздің мақсатымыз келешекте сондай институттарда жұмыс істеуге қабілетті мамандарды дайындауға ықпал ету, студенттердің іскерлік дағдыларын қалыптастыру. Бұл салаға біздің табиғи ғылыми пәндер кафедрасының оқытушылары да өз үлестерін қосуда.

УДК 371.01 – 057.875

М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.И. БЕККУЖИНА

АКТИВИЗАЦИЯ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ЧТЕНИЯ ЛЕКЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Медицинская и биологическая физика призвана сформулировать у будущих специалистов физический подход к методам диагностики, лечения и лабораторного исследования на основе материалистического миропонимания. Медицинская и биологическая физика – дисциплина трудная для усвоения. Поэтому, мы пришли к выводу, что методика занятий по медбиофизике должна обеспечивать максимальную доступность изложения для студентов и вместе с тем высокую эффективность учебного процесса при активном протекании всех элементов процесса познания. Особенно необходимо это на лекциях, где закладываются основы восприятия курса студентами. Лекционная форма преподавания учебного материала должна способствовать развитию у студентов умение анализировать сообщаемые им сведения, быстро выделять в них главное, следить за строгостью и логичностью хода мыслей лектора, обоснованностью его выводов и т.д.

На отдельных лекциях на кафедре используются элементы проблемного обучения. Как известно, проблемное обучение находится в прямой зависимости от профессиональной соориентированности студентов.

Для того чтобы привлечь внимание студентов к излагаемому материалу и вовлечь аудиторию в активную мыслительную работу, необходимо готовить студентов к слушанию лекции заранее и постепенно. С этой целью к некоторым лекциям кроме плана лекции, в соответствии с темой и содержанием лекции, студентам задается план, составленный в форме прямых вопросов. В ходе объявления темы эти вопросы зачитываются студентам и они записывают их в тетради не подряд, а пропуская после каждого вопроса несколько строк для записи ответа, который они должны почерпнуть из услышанного. Например, при чтении лекции по теме: «Структурная организация и свойства биологических мембран» мы предлагаем примерный план, составленный из следующих вопросов: Из чего состоят биологические мембраны? Функции биологических мембран? Виды биологических мембран? Толщина биологических мембран? Методы исследования проницаемости мембран и т.п.

Такие вопросы стимулируют студентов к восприятию нового материала. На наш взгляд, это один из методов активизации обучения способствующих привлечению внимания студентов к изучаемой теме.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МАРШРУТ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе
Актюбинский государственный университет имени Кудайбергена Жубанова

В своей работе преподаватель вуза в различных видах деятельности предполагает решение ряда инновационных задач: обеспечение оптимальных условий для самореализации в практической деятельности, раскрытию творческого потенциала, внедрения достижений педагогической науки в практику преподавания; обеспечение условий для выполнения общеобразовательных государственных стандартов в рамках формирования компетентного подхода. В профессиональном образовании Европейского сообщества значение придается пяти ключевым компетентностям: социальной, коммуникативной, социально-информационной, когнитивной и специальной. В последние годы на страницах педагогических публикаций активизировались исследования, посвященные изучению понятий «компетенция» и «компетентность» которые тесно переплетаются с квалификацией и про-

филем обучения, и определяют индивидуальный образовательный маршрут педагога. Маршрут в каждом конкретном случае определяется исходя из целого ряда факторов, включающих в себя стаж работы преподавателя в системе вуза, характер образовательных запросов и интересов, уровень профессиональности, конкретные личные достижения преподавателя, его сильные и слабые стороны. Комплекс таких факторов и их влияние раскрываются в настоящей работе.

Маршрут составляется самим преподавателем при поддержке и консультационной помощи проректором по учебно-методической работе. Составленный маршрут мог носить как компенсаторный характер, направленный на восполнение «пробелов» и «областей недостаточной компетентности», так и развивающий характер.

УДК 371.1:004

М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.К. ЖУМАШЕВА, А.Б. БАХАЕВА

ИНФОРМАТИКА САБАҚТАРЫНДА ОҚЫТУДЫҢ БЕЛСЕНДІ ӘДІСТЕМЕЛЕРІН ҚОЛДАНУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жоғары оқу орындарындағы информатика сабақтарында оқытушы тек пәнді ғана меңгеруді мақсат тұтпай, студенттерді таңдаған мамандығына қарай бейімдеп оқытуға тырысқаны жөн. Бұл бағытта іскерлік және тағы бақа ойындар әдістер пайдаланудың маңызы зор.

Ойын әдістерін қолданудың алғашқы кезеңінде бұрыннан қолданып келе жатқан, көпшілікке кеңінен таныс ойын түрлерін жиі қолданған дұрыс. Өйткені, оқу орнына жаңадан қабылданған студенттердің білімі де әр түрлі деңгейде болып келеді. Информатика пәні ретінде барлық мектептерде оқытылғанына қарамастан, кейбір ауылдық мектептерді бітірген талапкерлердің көпшілік жағдайларда компьютерді, ғаламторды жеткілікті дәрежеде біле бермейтіндігі жасырын емес. Осыған қарап, ол студенттің біліміне, интеллектуалдық қабілетіне сенімсіздік білдіруге болмайды. Ондай кемшіліктер өскен ортасына, мектепте бұл пәннің тиісті деңгейде оқытылмауына, өзге де материалдық-әлеуметтік жағдайлардың әсерінен болуы мүмкін. Студенттердің информатика

пәнінен білім деңгейлерінің бірдей дәрежеде болуына қол жеткізгеннен кейін ғана “іскерлік ойын” түрлерін қолға алу мүмкіндігі туындайды. Бұл ретте кәсіби мамандардың ақыл-кеңесі мен тәжірибесі көмегі міндетті түрде қажет-ақ.

Ойын әдістерін интеллектуалдық ойындар мен іскерлік ойын түрлері деп екі топқа бөлгенімізбен, көпшілік жағдайларда үнемі бірін-бірі толықтырып отырады. Бұлардың алғашқысында танымдық бағыт басым болса, екіншісі студенттердің алған білімдерін бекітуіне, іс жүзінде қолдана білуді үйренуіне негіз болады. Сондықтан да алғашқы курстарда кең таралған ойын түрлерін “Не? Қайда? Қашан?”, “Ғажайыптар алаңы”, “Миллион кімге бұйырады?”, “XXI ғасыр көшбасшысы”, “1001 мақал”, “Көкпар”, “Бәйге”, “Дода” және т.т.б. қолдану арқылы ғана студент бойындағы комплекссті (өзіне деген сенімсіздік, ұялшақтық, өз ойын жеткізе алмауы т.б.) жойып, көшбасшылыққа ұмтылуына ықпал етуге болады. Осы бағыта жүргізіп отырған жұмыстарымыздың ерекшеліктері баяндалады.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПУТЕМ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобинский медицинский колледж, Актобе

В последние годы проблеме качества профессионального образования уделяется большое внимание во всем мировом образовательном пространстве. Главным в обучении считается не накопление большого объема информации и усвоение готовых знаний, а развитие способностей к овладению методами познания, дающими возможность самостоятельно добывать знания, творчески их перерабатывать. Общеизвестно, что достижение высокой эффективности высшего профессионального образования возможно при использовании в учебном процессе современных высокоинформативных образовательных технологий и педагогических методик. В настоящее время повышение безопасности больного является одной из ведущих проблем специальности. Причем значительное число осложнений могло бы быть предотвращено при регулярных тренингах медицинского персонала. Несмотря на то, что медицинский колледж обладает достаточной клинической базой для практической подготовки медсестер, обучение у постели больного имеет существенные недостатки: во-первых, может быть нарушено право пациента на оказание ему качественной медицинской услуги, а, во-вторых, сложно организовать учебный процесс при оказании помощи пациентам с

неотложными состояниями. Активные методы симуляционного обучения способствуют развитию навыков анализа ситуации, поиска и оценки альтернативы при решении практических задач. В распоряжении преподавателя и обучаемых - несколько различных современных тренажеров для обучения сердечно-легочной реанимации - имитирующих новорожденного, ребенка, взрослого пациента. Таким образом, методы симуляционного обучения позволяют повысить качество подготовки медицинских сестер, позволяя закрепить полученные теоретические знания в процессе группового решения конкретной прикладной проблемы. Большое значение уделяется учебно-методическому обеспечению образовательного процесса, при проведении практического занятия используются видеофильмы. Инновационные методы обучения, включают игровое обучение с моделированием работы медсестры, ситуационные задачи, проблемное обучение (мозговой штурм), интерактивные методы обучения (групповые дискуссии, обучение в малых группах). Главным в подготовке будущего специалиста мы считаем не накопление большого объема информации и усвоение готовых знаний, а развитие клинического мышления, способностей к овладению методами познания.

УДК 371.015: 61: 004

М.М. КНИСАРИНА

ИГРОВОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Использование игровой технологии в преподавании дисциплин «Основы психологии» и «Медицинская психология» в медицинском вузе может служить эффективным дополнением к другим образовательным технологиям, например кредитной технологии обучения. Акцент в преподавании психологических дисциплин делается на прикладной характер профессиональной деятельности. Прежде всего, это касается практико-ориентированных дисциплин, в числе которых такое направление, как «Медицинская психология». Овладение студентами приемов, методов и техник психологической практики - психотехникой, представляет одну из наиболее актуальных задач современного психологического образования. При этом главной задачей преподавателя является - обучить студентов практическим навыкам, умению использовать научное профессиональное знание в неакадемической среде, то есть понимать психику человека, пациента; открыто выражать мысли и чувства, правильно строить взаимоотношения с пациентами, смотреть на «мир» его глазами, оставаясь в то же время самим собой.

В ходе исследования было установлено: наиболее эффективным методом обучения психотехнике является игровое обучение. Игровое обучение, возникшее как один из приемов активизации познавательной деятельности обучаемых, сейчас выделилось в самостоятельную технологию и представляет собой целенаправленную организацию учебно-игровых взаимодействий обучаемых в процессе моделирования ими профессиональной деятельности. Эффективными методами в преподавании «Основы психологии» и «Медицинской психологии» являются деловые игры, иначе называемые имитационные, позволяющие выполнять действия, аналогичные в реальной профессиональной деятельности. Но поскольку игровая ситуация – лишь модель действительности, у обучаемых нет опасений отрицательных последствий их неправильных действий, они приобретают важный в будущем опыт. Как показывает наше исследование, использование игровой технологии не только не противостоит любым другим образовательным технологиям, но и может служить их эффективным дополнением.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Впервые выявлены психолого-педагогические особенности внедрения информационных технологий в процессе обучения дисциплин «Основы психологии» и «Основы педагогических знаний» в медицинском вузе. Рассмотрены пути применения прикладных программ и электронных образовательных ресурсов в психолого-педагогической подготовке будущих специалистов.

При целенаправленном применении информационных технологий в процессе психолого-педагогического обучения и воспитания обучающихся происходит интеграция знаний из предметов психологии, педагогики, формируются более прочные навыки работы с компьютерной техникой. Системное использование компьютерной техники на практических занятиях способствует выработке у обучающегося устойчивого интереса к обучению психологическим и педагогическим дисциплинам, обусловленного внедрением в учебный процесс информационных технологий. Примечательно, что информатизация психолого-педагогического образования, имеющая ряд специфических психологических и педагогических особенностей, способствует более разностороннему проявлению образовательных функций ИКТ.

Анализ педагогических возможностей информационных средств - прикладные программы пакета Microsoft Office и электронные образовательные ресурсы (мультимедиа, Интернет, электронные издания и др.) – в преподавании дисциплин «Основы психологии» и «Основы педагогических знаний» показал, что, именно преподаватель определяет приоритетные цели, порядок и структурирование внедрения инновационных технологий в методику преподавания. В результате информатизации психолого-педагогического образования создаются условия для формирования у обучающегося системы устойчивых профессиональных знаний и умений использования компьютерной техники в учебной и трудовой деятельности. Информатизация повышает качество психологической подготовки будущих специалистов и в целом активизирует учебно-воспитательный процесс в медицинском вузе.

При целенаправленном применении информационных технологий в процессе психолого-педагогического обучения и воспитания обучающихся происходит интеграция знаний из предметов психологии, педагогики, формируются более прочные навыки работы с компьютерной техникой. Системное использование компьютерной техники на практических занятиях способствует выработке у обучающегося устойчивого интереса к обучению психологическим и педагогическим дисциплинам, обусловленного внедрением в учебный процесс информационных технологий. Примечательно, что информатизация психолого-педагогического образования, имеющая ряд специфических психологических и педагогических особенностей, способствует более разностороннему проявлению образовательных функций ИКТ.

УДК 81=512.122

Ж. Қ. ҚОЖАБЕКОВА

ҚАЗАҚ ОРФОГРАФИЯСЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ҒЫЛЫМИ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жазу-өткен мен бүгінгі, бүгін мен келешекті жалғастыратын алтын көпір, әр халықтың рухани, мәдени өсуін, даму деңгейін көрсететін әлеуметтік мәні зор құбылыс. Адамзаттың бүгінгі жеткен биігіне шығу жолында жазу мәдениетінің де өз үлесін қосқанын жоққа шығармаймыз.

Қазақ графикасы мен орфографиясының фонологиялық негіздері жөнінде зерттеу жүргізген ғалым Н.Уәлиев айтылған сөзді арнайы таңбалармен жазу мәселесін дыбыс – фонема – графема - әріп байланыстары арқылы түсіндіріп, инвариант – вариант тұрғысынан талдайды [2.14]. Тілде фонетикалық құбылыстардың ұшы-қиыры жоқ. Ал олардың жазуда таңбалануы сөздерді фонемалық негізгі реңкі бойынша жазуға, яғни фонематикалық принципке негізделетінін көрсетеді [2.9]. Ғалым қазақ жазуының жетістігі мен қазіргі таңда орын алып отырған кемшіліктері мен шешімін күткен мәселелерін алға тартады.

Белгілі фонетист ғалым С.Мырзабеков емле ережелерін жетілдіру барысында әлі де кейбір кемшіліктер кездесетінін көрсеткен еді [3.175-186]. Мысалы, кісі аттары жазылуында Амангелді, Есенғұл деп жазу дұрыс емес, олар тоғыспалы ықпал арқылы (Амаңгелді, Есеңгелді) жазылатынын, «соңғы буынында ы, і дыбыстары бар сөздерге (орын, құлық, көрік т.б.) дауысты дыбыстан басталатын қосымша жалғанғанда ы, і, дыбыстары кей уақытта түсіп қалады» деген ережедегі «ы, і дыбыстары» деген дұрыс емес, дұрысы «ы, і әріптері» екенін аңғару керек, өйткені бұл жерде ы, і әріп, олар ұ, ү болып

дыбысталады дейді [3.177-178]. С.Мырзабеков тіліміз орыс тілінен енген сөздер көп екенін ескертіп, емле ережелерінде «оларды буынға бөлу, тасымалдау жайында бір-екі параграф айтылса артық болмас еді» деген еді [3.186]. Ал Р.Сыздықова да жазу практикасындағы кемшіліктің бірі «күні бүгінге дейін, әсіресе, аударма әдебиетте, баспасөз беттерінде орысша баламасына қарап бір типтегі сөздердің бірін қосып (аяқкиім-обувь), екіншісін бөлек (бас киім – головной убор) жазушылық жиі кездеседі», - дейді [1.5].

Баспасөз беттерінде жарияланған кейбір мақалаларда «қазақ тілінде в, ф, х, һ, э дыбыстары жоқ, сондықтан оны әліпбиден шығарып тастау керек» деген пікір айтылса, екінші біреулері бұл дыбыстар қазіргі сөздердің айтылуын дәл береді дейді. Осы орайда, белгілі ғалым С.Бизақов «Рақат/рахат, рақым/рахым, қауіпті/хауіпті, диқан/дихан, рұқсат/рұхсат, бақша/бахша, бұқара/бұхара варианттарының табиғи дұрыс дыбысталған түрі әрі айтуға жеңілдеуі – соңғы сыңарлары», - дейді [4.60] Сондай-ақ, ы, і, и қысаң дауысты дыбыстарының сусып түсіп қалатын кездері жазуда сақталмаған жағдайда, сөз тұлғалары артық әріптермен жазылатыны айтылып жүр. Тіліміздегі сөздің жарыспа тұлғаларының қолданылу ерекшелігін зерделеген еңбегінде ғалым С.Бизақов адам емле ережесін фонетикалық принцип тұрғысынан қабылдауға бейім тұратынын, сондықтан сөз тұлғасын үстеме дыбыстардан аршып, өзінің табиғи дыбысталуына назар аудару қажеттігін ескерте отырып: «Сөз құрамында басы артық дыбысты

үстемелеп жазу тіліміздің орфографиялық нормасы үшін де, орфоэпия заңдылығы қалыптасуы үшін де қолайлы емес. Өйткені басы артық әріппен тілдің табиғи әуезділігінің берекесін кетіруіміз мүмкін. Мысалы, қортынды/қорытынды, естіпті/есітіпті, орны/орыны, қалпынша/қалыпынша, азнаулақ/азынаулақ жарыспаларының табиғи дұрыс дыбысталуға сәйкес келетіні - алдыңғысы», - дейді [4.61]. С.Мырзабеков орыс тілінен енген сөздерді

станса, газет, зауыт, облыс, пойыз деп «жартыкеш» жазуға қосылмайтынын айтып, сондықтан бабалар тіліне жақындату бағытында оларды ыстанса, газет, зауыт, обұлұс, пойұз деп жазуды ұсынады. Әрине, бұлай жазу тіліміздің дыбыстық ерекшелігіне сай келгенмен, қазіргі ғылым мен техника тасқыны кезеңінде шет тілдері сөздерін өз ана тіліндей қолдана білуді меңгерген жас ұрпақтың қалай қабылдайтынын да ескерген жөн сияқты.

УДК 614:001.895-057.8

В.В. КОЙКОВ, А.Б. АБДРАХМАНОВ, М.П. СОЛОДОВНИКОВ, Ю.С. СИДОРКИНА

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СФЕРЫ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

Сравнительный анализ развития национальных систем здравоохранения Казахстана и зарубежных стран указывает на ключевую роль науки и инноваций в решении вопросов охраны здоровья граждан и обеспечения постоянной готовности организаций здравоохранения к реагированию на изменения эпидемиологической и медико-демографической ситуации.

Развитие науки и инноваций возможно лишь при условии наличия эффективного кадрового потенциала. Персонал организаций науки и университетов, причем, не только исследователи и научно-педагогические работники, но и менеджеры, вспомогательный и обслуживающий персонал (биостатисты, эпидемиологи, программисты), в современных условиях являются ключевым стратегическим ресурсом, при отсутствии или низком качестве которого даже супероснащенная организация не будет иметь возможности эффективно развиваться.

В общемировом рейтинге стран по количеству исследователей на 1 миллион населения Казахстан находится на 61-м месте (646 исследователей/ млн. населения). Для сравнения в Финляндии данный показатель составляет 7707, в Сингапуре – 6088, в Японии – 5573, в США – 4663, в России – 3191, в Китае – 1071. На долю научных кадров в отрасли здравоохранения приходится менее 7% всего кадрового потенциала отечественной науки.

Серьезной проблемой продолжает оставаться для казахстанской науки проблема старения кадров и

особенно остро эта проблема стоит в системе здравоохранения – на долю исследователей в возрасте от 40 до 60 приходится 45% всех исследователей, старше 60 лет – около 15%, причем только за последние 10 лет эти цифры увеличились в 1,5 раза. Для сравнения в США на долю исследователей от 40 до 60 лет приходится 22%, старше 60 лет – 6%).

Для решения проблемы кадрового обеспечения научно-инновационной сферы здравоохранения необходимо обеспечить дальнейшее повышение качества подготовки научных кадров, а также развитие научного и инновационного потенциала работников организаций здравоохранения, принимающих непосредственное участие в научно-инновационном процессе: пересмотреть программы магистратуры и докторантуры PhD, курсов повышения квалификации научных работников на предмет формирования ключевых компетенций научного работника, внедрить эффективные механизмы мотивации и оценки деятельности научных работников через повышение статуса ученого, включая широкое использование мер материальной и нематериальной стимуляции отдельных исследователей и исследовательских коллективов, создать условия для развития студенческой науки и поддержки молодых ученых, реализовать комплекс мер по повышению признания отечественных ученых мировым исследовательским сообществом.

УДК 614.25:618(09)

О.Д. КОНСТАНТИНОВА, И.А. ВДОВЕНКО, Л.М. ДЁМИНА, Е.П. КАСТРОВА

СНК – ПЕРВАЯ СТУПЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И НАУЧНОГО ОПЫТА

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Студенческий научный кружок кафедры акушерства и гинекологии Оренбургской государственной медицинской академии был основан в 1950-м году опытным клиницистом, блестящим педагогом профессором Я.Н. Полонским. Первые работы студентов научного кружка были посвящены анализу причин материнской смертности и ее профилактики, расширению показаний к кесареву сечению. Под руководством проф. М.В. Дубнова (1956г), и с 1958 года проф. Я.В. Кривицкого студенты кружка активно занимались про-

блемами оперативной гинекологии. В последующем работу СНК кафедры курировали доценты В.П. Зуева и М.Д. Митрофанова, уделяя значительное внимание проблемам гинекологической эндокринологии, неспецифических воспалительных заболеваний гениталий, изучению гемокоагуляционных показателей при патологическом течении беременности и теоретическим аспектам редких видов патологий с демонстрацией беременных и гинекологических больных, представляющих интерес в клиническом плане. В последние

десятилетия происходит смена поколений. С приходом на кафедру профессоров В. Б. Сапрыкина и О.Д. Константиновой, которые придали студенческой науке новый импульс, отмечается тренд к появлению самостоятельных законченных научно-исследовательских работ, выполненных студентами в рамках СНК. Студенческий научный кружок при кафедре явился школой, открывшей дорогу в науку многим известным сегодня ученым и врачам. Исторически сложилось так, что кафедра акушерства и гинекологии является одной из ведущих в медакадемии, научно-консультативным центром города и области, базой

усовершенствования акушеров-гинекологов. Продолжая славные традиции СНК, лучшие воспитанники кружка пополняют ряды клинических ординаторов и интернов, становясь квалифицированными специалистами практического здравоохранения и ВУЗов. Работа СНК основывается на принципах сохранения традиций и преумножения достижений кружка. Активное участие в деятельности СНК является основой профессионального становления и формирования личностных качеств будущего врача, научного работника и человека.

УДК 371.1-057.875:616-036.81-052

К.Б. КУРМАНГАЛИЕВ, Г.Е. КУЛДАНОВА, К.И. АЛЬМУХАНОВА, А.С. МУКАНОВА, Ш.Ж. САЛИКОВА

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Для обучения разработаны теоретический и практический курсы. Первый — базируется на изучении и знании фундаментальных дисциплин, представляемых на лекциях и семинарских занятиях, второй — включает работу в учебно-клиническом центре (УКЦ) на манекенах. Симуляционные классы оборудованы специальными манекенами и симуляторами различных поколений: от отработки первичных навыков до имитации клинических ситуаций и отработки действий подготовленной группы. Установлены специальные приборы, используемые в неотложных состояниях (дыхательная аппаратура, дефибрилляторы, мониторы наблюдения и.д.) Преподаватель на симуляторах «ISTAN» и «BabySIM» с помощью компьютера имитирует критические состояния, изменяет показатели состояния по заданному сценарию. Гибкость системы позволяет применять ее для обучения и моделирования множества ситуаций, поэтому данный вид можно считать универсальной моделью для обучения оказанию помощи на догоспитальном этапе и в стационаре. Были созданы клинические сценарии с максимальным приближением к реальной клинической практике. Си-

стема обучения практическим навыкам основывается на многоуровневом принципе, заключающемся в последовательном освоении и многократном повторении манипуляций. В процессе практических занятий в УКЦ закрепляются знания клинической картины неотложных состояний, отрабатывается умение в максимально короткие сроки поставить диагноз, найти его причину, выбрать наиболее эффективный и безопасный способ лечения, прогнозировать эффективность и возможные побочные эффекты проводимой терапии. Отрабатывается коммуникативность, умение грамотно и свободно использовать полученные знания и представления лечения неотложных состояний при общении с коллегами и пациентами. Проведенные занятия показали большую заинтересованность студентов и преподавателей, высокую эффективность преподавания. Внедрение симуляционной системы подготовки студентов оказанию неотложной медицинской помощи позволяет более эффективно усваивать тематические знания (до 85% верного решения ситуационных задач) и успешно осваивать практические навыки (до 90% точного выполнения основных манипуляций).

УДК 614.253.1

М.А. МАМЫРБАЕВА

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО ВРАЧА В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

Результаты социологического опроса населения республики по вопросам доступности и качества медицинской помощи показали недостаточную степень удовлетворенности качеством медицинской помощи. Ежегодно примерно 70% обращений граждан на нека-

чественную медицинскую помощь по результатам проверок, признаются обоснованными. Количество обращений граждан на некачественную медицинскую помощь (по итогам 2010 года на 100 тыс. нас.) составляет по РК — 10,6; по г. Астана — 16,4; по г. Алматы — 19,6; по Актыубинской области — 8,2.

Результаты рассмотрения обращений граждан показывают, что одной из основной причиной их возникновения являются — нарушение врачебной этики и деонтологии. В обращении граждан появилась тенденция к требованиям о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников, и о возмещении материального и морального ущерба. В настоящее время в медицине существует разрыв между вы-

сокими требованиями к характеру нравственных отношений с пациентами и подготовленностью врачей по психологии общения с ними. В современных условиях студент медицинского вуза должен быть не только высококлассным профессионалом, но и обладать развитыми коммуникативными, организаторскими и др. способностями. Профессиональная компетентность

формируется на основе базисных навыков, научного знания и морального развития. Одной из важнейших сфер медицинского образования в настоящее время являются коммуникативные навыки. Эффективная коммуникация включает способность адаптироваться, реагировать и сохранять способность к самоконтролю в процессе разговора и восприятия информации.

УДК 614.88

Р.Р. МУСИНА

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММ АМЕРИКАНСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ В УЧЕБНО-КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ГОРОДА АСТАНА

ТОО «Учебно-клинический центр»,
Управление здравоохранения, Астана

В рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения города Астаны на 2008-2010 годы, Акиматом столицы в 2008 году был создан Учебно-клинический центр со 100% участием бюджета (далее – Центр). При сотрудничестве с медицинской корпорацией «Партнерс Хелс Кеар Систем» (г.Бостон, США), являющейся клинической базой Гарвардской медицинской школы, впервые на базе Центра произведен трансферт технологий симуляционного обучения по программам Американской ассоциации кардиологов (АНА).

Центр оснащен современными компьютеризированными манекенами и муляжами. Подготовлены тренеры Центра на базе симуляционного центра «Стратус» (США) по программам АНА: Basic Life Support (стандарты неотложной помощи при внезапной остановке сердца, механической асфиксии) и Advanced Cardiovascular Life Support (алгоритмы интенсивной терапии при острых нарушениях сердечно-сосудистой деятельности). Программы Американской ассоциации кардиологов были

переведены на русский и казахский языки и успешно внедрены в учебный процесс.

Также в Центре проводится обучение по курсу Американского колледжа хирургов Prehospital Trauma Life Support (догоспитальная неотложная помощь при травмах), программам ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста», «Эффективные перинатальные технологии», др.

На сегодняшний день более 6000 врачей и медицинских сестер городских медицинских организаций, Национального медицинского холдинга, больницы Медицинского центра УДП РК, регионов прошли подготовку по международным стандартам оказания неотложной помощи и совершенствованию практических навыков.

Таким образом, в Астане успешно работает симуляционный тренинг-центр по международным стандартам. Это качественно новый подход в обеспечении непрерывного профессионального обучения медицинских кадров, повышения качества оказания медицинской помощи, обеспечения безопасности пациентов.

УДК 614.2: 378

А.Б. НАГМЕТОВА, Л.У. НИЯЗАЛИНА, А.Б. КУЛБАЕВА

РОЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Современное здравоохранение нуждается в высококвалифицированных специалистах, владеющих современным объемом знаний, навыков и умений, способных обосновывать свои действия и решения с позиции доказательной медицины. Только постоянное, непрерывное профессиональное образование создает основу для высокой эффективности повседневной работы. Мировой опыт подсказывает, что последипломное образование должно быть непрерывным, позволять отрабатывать и совершенствовать практические навыки и опираться на принципы доказательной медицины. Эти задачи отражены в послании главы государства народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» (2007 г.). МЗ РК разрабатываются концепции по сохранению и дальнейшему развитию кадрового потенциала, повышению квалификации, опти-

мизации численности и состава работников отрасли. Однако, несмотря на вновь созданные и уже зарекомендовавшие себя базы, дефицит медицинских кадров и низкий уровень профессионализма имеет место. Именно поэтому для дальнейшего развития практического здравоохранения в нашем вузе созданы структурное подразделение и условия для дальнейшего непрерывного профессионального роста медицинских кадров. Оно обеспечивает доступность материалов на электронном и бумажном носителях по программам обучения, использование в образовательном процессе инновационных технологий (проблемное и проектное обучение, работа в малых группах, интерактивные лекции и др.), и предоставляет необходимые условия для внедрения полученных знаний и навыков в процессе осуществления должностных обязанностей. Мы

считаем, что использование современных методов обучения по повышению квалификации медицинских кадров призваны не только улучшить знания и навыки специалистов медиков, но и повысить их уровень са-

мооценки, мотивацию и стремление к самосовершенствованию, а также создать конкурентную среду среди вузов, специалистов, а значит, позволит повысить качество медицинской помощи.

УДК 610.1 : 001.895

Р.Е. НУРГАЛИЕВА, Г.Н. ЧУКАНОВА, С.С. ИСКАКОВА

ПЕРСПЕКТИВА ВНЕДРЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАНДАРТОВ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Реформирование послевузовского медицинского образования заключается в активном внедрении программ по новым госстандартам резидентуры, магистратуры и докторантуры. Данный этап в нашем вузе реализуется с 2009 года. В настоящее время у нас появился первый опыт подготовки резидентов по срокам от 2 до 4 лет, разработана методическая документация по лицензированным клиническим специальностям для слушателей резидентуры. Впервые в 2012 году проведен выпуск из магистратуры и прием в докторантуру PhD. Учитывая требования при подготовки резидентов, магистров и докторов медицинских наук в Европе, возникает необходимость в активном внедрении некоторых европейских подходов в обучении по послевузовским программам в университете. Так, полезно участвовать в семинарах, организованных МЗ РК с участием представителей из Западной Европы, в частности Канады. Целесообразным на наш взгляд является внедрение учета информации - мнения резидента о кураторе, которое будет мотивировать их к большей ответственности. По клиническим специальностям резидентуры необходим выбор квалифицированных специалистов на академические звания директоров программ резидентов по определенной специальности, подчиняющихся декану послевузовского образования. Их роль будет заключаться в координации освоения профилирующих и профилирующих смежных дисциплин слушателями резидентуры, отличающихся по профилю (терапевтическому и хирургическому); при острой необходимости частичное освое-

ние программ следует предусмотреть на рабочих местах в ведущих практических центрах Казахстана, России и т.д. При освоении программы резидентуры обязательно анализировать ресурс – количество пациентов (мужского и женского рода, этнический компонент), лабораторные препараты. На клинической кафедре необходимо создавать тандем из ППС, несущих полную ответственность за лечение и контролирующих уход за больным на всех уровнях госпитализации, старшего резидента (3 или 4 года обучения), который должен находиться в тесном контакте с 2 младшими резидентами (2 и 1 года обучения), а также не более чем с 2 интернами. Данная команда может работать в течение 8 недель, после чего идет ротация, при которой возможно вхождение участников команды в другие структуры с различной ответственностью. На протяжении обучения в резидентурах куратор должен приобщать резидента к научным аспектам медицинской практики, выделять время для подготовки слушателем научной презентации. Должного внимания и проработок требуют магистерские и докторские программы, где большая часть отводится на самостоятельную работу. Огромная роль в этих образовательных программах принадлежит выборным дисциплинам, их правильному подбору. Кроме того, внутри каждой программы заслуживают особого внимания кредиты по практикам (педагогическая, исследовательская, производственная), в которых необходимо предусмотреть выездные стажировки в медицинские вузы и центры дальнего зарубежья.

УДК 371.1:61

Н.А. САГИМБАЕВА

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕННОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

На всех этапах развития высшей школы, вопрос поиска эффективных путей реализации контрольной и оценочной функции педагога был особо актуальным, поскольку он является важнейшим аспектом педагогического труда, требующее первоочередного решения при обеспечении индивидуально ориентированного обучения.

Медицинское образование насыщено терминологией, которую представители этой сферы часто используют в разных смыслах, не до конца понимая их значение. Как и в здравоохранении, где ясность понимания является залогом высокого качества медицинской помощи, твердое знание терминологии совершенно необходимо в медицинском образовании.

Оценка, происходит от латинского глагола «as-sidere» обозначающего «сидеть рядом», и это подразумевает, что оценка – это то, что мы делаем вместе с нашими обучаемыми, а не по отношению к ним.

Определение ценности – более широкое понятие, измеряющее значение образовательной деятельности, планов, учебных программ и т.д.

Ни один образовательный процесс не может считаться завершенным без процедуры оценивания и определения ценности. Оба понятия важные составляющие любой образовательной деятельности и являются показателем результативности и повышения уровня профессионального развития.

ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ БЕЛСЕНДІ ӨМІРЛІК ҰСТАНЫМДЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

«Ақтөбе медициналық колледжі» МКҚК

Экономика мен әлеуметтік ортаның дамуы орта буын қызметкерлеріне жаңа талаптар қояды. Маманның жаңа әлеуметтік – экономикалық жағдайда өмір сүріп, жұмыс істеуге тез бейімделе алатын кәсіби және жеке қасиеттері алдыңғы қатарға шығады. Олардың ішінен келесі сапаларды бөліп алуға болады: жүйелі түрде ойлау, экологиялық, құқықтық, ақпараттық, коммуникативтік және кәсіпкерлік мәдениет, өз-өзін бағалауға үйрету, жаңа білім нәрін алу, шығармашылық белсенділік, атқарылған жұмысқа жауапкершілік және т.б. Кәсіптік білім беруде көптеген түрлі қарама – қайшылықтар бар, соның ішінде ең бастысы студент өзіне мамандық таңдай отырып, сабаққа немқұрайлы қараумен қатар, тапсырмаларды орындаудан қашады, яғни алдыға қойылған мақсатқа жетуге күш салмайды. Ендеше осы айтылған мәселелерді шешу үшін қандай технологияларды қолданған жөн ?

Қазіргі кезде оқытушы оқушылардың заманауи қызметін ұйымдастыра отырып, оқытылып жатқан пәнге деген танымдық қызығушылығын арттырып, шығармашылық қабілетін дамытатын интерактивті оқытудың түрлі әдістері мен тәсілдерін қолданады. Интерактивтік әдістердің мынадай түрлерін ажыратамыз: Дәстүрлі түрде оқытуда қолданылатын

әдістер - имитациялық емес әдістер: мәселелік дәрістер, пікір-таластар, көшпелі оқулар, бағдарланған оқыту, семинарлар, олимпиадалар немесе ғылыми-тәжірибелік конференциялар.

Оқу үрдісінде оқытудың жаңа түрлерін қолданумен байланысты имитациялық әдістерді (ойын, ойын емес) қолдану: нақты ситуацияларды талдау; ситуациялық есептерді шешу; құжаттарды қарау; жеке тренажерлер; имитациялық жаттығулар. Оқытудың ойын әдістері: ойын арқылы жобалау; қызметтік рөлді ойнай отыра сынақтан өту; іскерлік ойын.

Ойын әдістері бәрінен бұрын оның көп қызметтілігіне негізделеді: теория мен тәжірибенің бірлігі, өзін - өзі басқару мен ұйымдастыруға мотивацияны арттыру, жеке тұлғаның дамуы, әлеуметтік интеллектіні және тәжірибені қалыптастыру, шығармашылық қабілетті дамыту яғни басқа адамның көзқарасын түсіну, пікір талас жүргізу, өз пікірін қорғау, даулы мәселелерді шешу. Мотивациялық интерактивті ойын әдістері, оқу процесінің дәстүрлі емес әдістері жеке потенциалдың, сонымен қатар студенттің пәнге деген қызығушылығын арттырады, дәлірек айтсақ, оқу-танымдық үрдісте барлық білім алушылардың толыққанды білімін арттыруға көмек береді.

УДК 371.1

К.Ж. САКИЕВА, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.А. ШАНГАРАЕВА, М.Б. ДОСИМБЕТОВА, Н.Т. ИЗГАЛИЕВА

ЖОБАЛАР ӘДІСІ (ӘЛЕУМЕТТІК ЖОБАЛАР) – ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ӘДІСІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жобалар әдісінің негізінде қатысушылардың танымдық, шығармашылық дағдыларын дамыту, өз білімдерін өзбетімен жинақтау, ақпараттық кеңістікте бағдарлау, сыни тұрғыдан ойлауын дамыту жатыр. Жобалар әдісін қолдануға қойылатын негізгі талаптар:

-Интегралдық білімді, зерттеу жұмысын жүргізуді талап ететін зерттеу және шығармашылық тұрғыда маңызды мәселенің/есептің болуы.

-Алынатын нәтижелердің практикалық, теориялық, танымдық маңыздылығы.

-Қатысушылардың өзіндік (жеке, жұп, топ) іс-әрекеті.

-Бірлесіп/жеке орындалатын жобалардың түпкі мақсатын анықтау.

-Жобамен жұмыс жасауға қажетті әр түрлі облыстардан базалық білімдерді анықтау.

-Жобаның мазмұнды бөліктерін (этаптық нәтижелерін көрсете отырып) құрастыру.

Зерттеу әдістерін қолдану:

-Зерттеу мәселесін және оны шешу жолдарын анықтау;

-Оларды шешу гипотезасын шығару, зерттеу әдістерін талдау;

-Соңғы нәтижелерді жазу;

-Алынған нәтижелерді талдау;

-Қорытындылау.

Әлеуметтік жобалардың аясында жас мамандар әлеуметтік маңызы бар практикалық іс-әрекетпен шұғылданады. Әлеуметтік жоба елді мекеннің, аймақтың ЖОО аясында жасалуы мүмкін немесе ол халықаралық болуы да мүмкін. Әлеуметтік жобалармен қатар бұқаралық ақпарат құралдарының жұмысын да атап өтуге болады. Студенттер оқу бағдарламасына қатысты оқиғаларға байланысты мақалалар мен репортаждар дайындауына болады. Әр түрлі жарыстар мен конкурстарды, олимпиадаларды, соның ішінде мамандық бойынша шеберлік жарыстарын өткізу мен ұйымдастыруда өзіндік әлеуметтік жоба болып табылады.

СИМУЛЯЦИОННОЙ СЦЕНАРИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Повышение качества знаний студентов является одним из главных задач преподавателей ВУЗов. Существует различные методы обучения: проблемно-ориентированное обучение, мозговой штурм и т.д. Одним из методов обучения является симуляционный сценарий по обучению клиническим навыкам.

Этот метод применяется на кафедре ОВП (студ.) среди студентов 5 курса на тему «Оказание неотложной помощи при остром коронарном синдроме».

В течение года проводилась методика обучения симуляционному сценарию по обучению клиническим навыкам в 2 группах 5 курса.

Этот метод обучения понравился всем студентам и все были задействованы. Пользой этого метода обучения является то, что студент находит пробелы в знаниях, видит свои ошибки, также понимает, что при проведении реанимационных мероприятий необходимо организованность, четкость движения каждого в команде.

При этом каждый член команды выполняет строго отведенную функцию.

Выводы: Для повышения качества знаний студентов и эффективного усвоения практических навыков необходимо регулярное занятие в УКЦ.

УДК 379-057.875

Г. Ж. САХИПОВА

ФОРМИРОВАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Информатизация общества, внедрение и развитие новейших информационных и телекоммуникационных технологий, подготовка кадров по новым специальностям привели к существенным изменениям в сфере образования. Формирование высокого уровня информационной культуры у студентов – важная задача, стоящая перед системой высшего профессионального образования. В современных условиях эффективная работа сотрудников системы здравоохранения - врачей, провизоров, руководителей медицинских организаций, специалистов государственных органов управления системой здравоохранения и многих других категорий медицинских работников, практически невозможна без владения специальными умениями и навыками обработки информации с помощью информационных технологий, локальных и глобальных вычислительных сетей. Применение компьютеров и современных средств связи позволяет внедрить принципиально новые методы медицинского обслуживания населения и управления отраслью, что в свою очередь способствует повышению стратегического ресурса общества - здоровья населения нашей страны. Необходимость овладения информационными технологиями в медицинском

университете обусловлена не только профессиональными функциями и задачами врача, но и особенностями обучения в высшем медицинском учреждении образования: запоминанием студентами больших объемов информации, в том числе справочных данных; разнообразием и мобильностью методик и средств диагностики, лечения и реабилитации пациентов; большим количеством и дублированием названий перечня фармацевтических препаратов, параметры которых хранятся в соответствующих электронных базах данных; возможностью, наряду с традиционными методами лечения и диагностики, использования медико-технологических информационных систем; потребностью в наглядной демонстрации процессов, протекающих в организме человека и животных, с помощью мультимедийных обучающих средств; возможностью отработки студентами стратегии и тактики диагностики и лечения конкретного заболевания с помощью компьютерных программ на «виртуальном пациенте», с получением компьютерного анализа своей деятельности; необходимостью использования международных информационных источников для знакомства с новейшими достижениями медицинской науки.

УДК 614.2

С.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА, Б.К. ЖОЛДИН

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ КАЖДОГО СПЕЦИАЛИСТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Согласно государственной программы «Саламаты Қазақстан» непрерывное медицинское профессиональное развитие в Республике Казахстан рассматривается как метод повышения, обновления и восстановления профессиональных знаний врачей.

На базе региональных симуляционных центров и вузов привлекаются ведущие клиницисты Республики

валяется как метод повышения, обновления и восстановления профессиональных знаний врачей.

Казахстан, для проведения мастер-классов и семинаров по актуальным проблемам клинической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. Для этого необходимо повышать потенциал преподавателей медицинских организаций образования путем внедрения системы непрерывного профессионального развития преподавателей, системы мониторинга уровня развития компетенции, усиления поддержки и стимулирования труда преподавательского состава.

Другая проблема – врачи из хорошо оснащенных центров обучаются на кафедрах повышения квалификации врачей, которые оснащены хуже, чем учреждения, в которых они работают. Общеизвестна также низкая информационная обеспеченность медицинских работников: нет специализированных библиотек, не везде имеется доступ в Интернет.

Необходимо создать необходимую законодательную базу для регулирования непрерывного медицинского образования.

Пересмотреть стандарты дополнительного образования и длительности программ обучения на ФУВах

и в АГИУВе для подготовки специалистов, адаптированных к высокотехнологичной медицинской помощи. Вовлечь профессиональные ассоциации в процесс обучения и оценки знаний медицинских работников.

Оснастить рабочие места медицинских работников современными информационными системами, создать электронную медицинскую библиотеку с бесплатным доступом к ее ресурсам.

Разработать конкретные мотивационные стимулы по прохождению непрерывного медицинского образования: через систему аккредитации лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), трудовые контракты, систему сертификации медработников, систему оплаты труда.

Следует, сохраняя лучшие традиции системы высшего медицинского образования, внедряя принципы, методологию, технологию непрерывного медицинского образования войти в систему единого образовательного пространства с общеевропейскими требованиями.

УДК 371.1 : 001.895 (057.875)

Г.Н. СОЛОВЫХ, Е.М. НЕФЕДОВА, Е.А. КАНУНИКОВА, Г.М. ТИХОМИРОВА, Г.Ф. КОЛЬЧУГИНА

ИЗ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА В РАМКАХ ВНЕДРЕНИЯ БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Оренбургская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Оренбург, Россия

Требования Федеральных государственных образовательных стандартов III поколения направлены на то, что бы учебное занятие в вузе было ориентировано на реализацию компетентного подхода в профессиональном образовании. Следовательно, это отражается и на системе оценивания учебной работы студентов. Причем, оцениваться должны не только сами знания, но способность, готовность и стремление студента применять полученные знания на практике. Данное направление преподавания нашло отражение в компетентном подходе к обучению студентов.

Для повышения мотивации самостоятельной деятельности студентов необходимо оценивать как аудиторную, так и внеаудиторную работу. Для упрощения учета всех видов деятельности студентов и последующего их ранжирования наиболее оптимальным является внедрение балльно-рейтинговой системы (БРС) оценки работы студентов. Данная система делает процесс оценивания более прозрачным и демократич-

ным, а возможность заработать бонусные баллы за необязательную самостоятельную работу, побуждает студентов к активности и проявлению творческих способностей.

Однако БРС требует определенных дополнительных усилий и временных затрат со стороны педагогического коллектива. Решить данную проблему позволяет использование «электронного журнала». Сотрудниками кафедры на базе программы MS Excel был разработан вариант данного журнала, который позволил достаточно быстро проводить все расчеты и получать ранжированные списки студентов по преподаваемым дисциплинам с учетом их модульности.

Внедрение БРС и электронного журнала позволяет оценивать как знания и умения студентов (на основе автоматического вычисления среднего балла успеваемости), так и рейтинговый балл (сумма баллов за все виды деятельности студентов), и это делает оценку более полной и объективной.

УДК 371.1 – 057.875 : 61

Ж.И. СҰЛТАН

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОО-ДАҒЫ ОҚЫТУДА СТУДЕНТТЕРДІҢ КӘСІБИ МОТИВАЦИЯСЫН ДАМУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Болашақ маманның ақпараттық технологияны кәсіби іс-әрекеттерде пайдалану даярлығы педагогикалық жүйеде жүзеге асады. Медициналық ЖОО-да студенттердің ақпараттық технологияны пайдаланып, кәсіби мотивацияны дамытуда, кәсіби іс-

әрекетінде пайдалануға даярлаудың мақсаты заманауи талаптарға орай оқыту жатады.

Оқытудың ақпараттық-компьютерлік технологиялары деген түсінікке келетін болсақ, бұл қазіргі оқыту технологиясын интерактивті әдістемелік тұрғыда қамтамасыздандыратын компьютерлік

телекоммуникациялық байланыс құралдарының, электрондық оқулықтардың, бағдарламалық құралдардың жиынтығы.

Ақпараттық-компьютерлік технологиялар болашақ маманның даярлығын жетілдірудің шынайы мүмкіндіктерін ашып көрсетеді. Болашақ маман ақпараттық технологиялардың ықпалымен өздерінің келешектегі кәсіби іс-әрекетіне қажетті білім, біліктерін және дағдыларын қалыптастырады.

Біз елімізде әлемдік стандарттар деңгейінде сапалы білім беру қызметіне қол жеткізуге тиіспіз. Осы міндетті басшылыққа ала отырып медициналық ЖОО-дағы студенттерді бәсекеге қабілетті, жан-жақты дамыған маман ретінде қалыптастыру жоғары білім беру саласында жаңа ақпараттық технологияны жоспарлы түрде енгізіп, жүйелі, интегралды өткізуді қамтиды.

Ақпараттық технологияны пайдаланып берілетін пәндік материалдар мазмұнын белгілі бір қатынас

жағдаяттарында қолданылады. Ақпараттық мәлімет, баяндау, сұхбат, психологиялық жағдаяттар, психологиялық мәселе көтерген фильм. Бұл студенттердің: →білім деңгейін тереңдетуге → кәсіби дағдыларын қалыптастыруға → өз бетінше іздену қабілетін қалыптастыруға → ойлауын дамытуға → сөздік қорының молаюына → үйренуге деген ынтасы мен қызығушылығының артуына → өзін еркін ұстап, өз мүмкіншілігін кеңінен пайдалана алуына → өз ісіне талдау жасай алуға көптен-көп көмегін тигізеді.

Қорыта айтқанда ақпараттық технологияны қолданудың маңызы өте зор. Медициналық ЖОО-да студенттердің дәріс, практикалық сабақ бойы ақпараттық технологиямен үздіксіз байланыста болғандықтан біріншіден компьютерді меңгеруіне, екіншіден, психологиялық ұғымдарды, осы пән тақырыптары бойынша қарастырылатын білім мазмұнын игеруіне мүмкіндіктері бар.

УДК 616-018-076:004

Г.А. ТЕМИРОВА, А.Е. АХАЕВА

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД ОБУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ГИСТОЛОГИЯ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ МИКРОСКОПИРОВАНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе

Человеческий глаз, представляющий собой периферическую часть зрительного анализатора, в котором рецепторную функцию выполняют нейроны сетчатой оболочки, отражает исследуемый объект. При непосредственном участии органов зрения происходит преобразование внешней энергии в нервный импульс. При освещении глаза каким-либо источником света можно отметить наличие или отсутствие светоощущения и цветоощущения. При изучении базовой дисциплины гистология на практической части занятия уклон делается на микроскопирование препарата, это как в жизни отводится обучение искусству живописи и зависит от ряда причин: глаз-свет-ощущение окружающего мира. Преподавая дисциплину в течение ряд лет, замечено, что понижение цветоощущения встречается у студентов юношей чаще, чем у студенток. Как же происходит сенсорное восприятие света и цвета? Посредством сенсорной системы обеспечивается восприятие различных раздражителей, действующих на организм, преобразование и кодирование внешней энергии в нервный импульс, передачу по нервным путям в подкорковые и корковые центры, где происходят анализ поступившей информации и формирование субъективных ощущений. На дисциплине гистология сенсор-

ная система студента обеспечивает адаптацию организма к конкретным условиям. Микропрепараты изоборажают проекцию клетки, структуры органов, но студенту исследователю надо и необходимо научиться определять, распознавать и довести до обобщения теоретический материал на практическом уровне. Такие практикумы, в которых оттачивается мастерство и рождает чувство ответственности, определенное отношение к будущей профессии врача, доступное на начальных курсах обучения навык и прививает в будущем скрупулезность в профессии, способное возбудить у обучающихся интерес к медицинским дисциплинам. В противном случае искусство микроскопирования останется для них чуждым элементом и не получит образовательного влияния. Отработать практический навык микроскопирования, учить искусству созидания и абстракции. Пробудить способность увидеть на микроуровне структуры, которые в будущем направят молодого специалиста на закрепление практического навыка. Практический навык по гистологии отрабатывается каждое занятие в виде способности дифференцировать, определять и зарисовать структурные единицы клетки на первом занятии, далее самого органа в целом в последующем.

УДК 61:371:004

Г.А. ТЕМИРОВА, А.Т. КАЛДЫБАЕВА, А.У. ТУРГАНБАЕВА

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СУЩНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе

Воспитательный процесс рассматривается как целостная динамическая система, системообразующим фактором которой является цель развития личности воспитуемого, реализуемая во взаимодействии ППС и обучающегося. Воспитательный процесс

неотъемлемое ядро педагогической деятельности образовательного учреждения. В то же время организация воспитательного процесса не ограничивается его рамками и предполагает учет влияния всех факторов социальной среды. Движущей силой воспитательного

процесса является разрешение противоречия между разнообразными воздействиями на обучающегося и целостным формированием его личности. Это противоречие становится источником развития, если выдвигаемые ППС цели воспитания находятся в зоне ближайшего развития возможности обучающихся и соответствуют их оценкам значимости воспринимаемого. Подобное противоречие не будет содействовать оптимальному развитию системы, если студент-медик не готов к восприятию позитивных влияний, в том числе со стороны преподавателя. В связи с этим ППС нужно знать не только изучаемый предмет, но и хорошо изучать обучающихся, уметь проектировать близкие, средние и далекие перспективы развития, превращать их в конкретные воспитательные задачи. В нашем вузе необходимо отметить, что все действия участников воспитательного процесса направлены на упорядочение всевозможных влияний на специфику медицинского направления подготовки студента. В результате воспитания должно происходить как изменение уровня

воспитанности каждого студента-медика, так и изменение характера отношений между участниками воспитательного процесса. Инновационные методы воспитания внедрены в вузе также через кураторские часы. В 2012 году проведен конкурс «Лучший куратор года». В этом конкурсе участвует не только куратор, но и непосредственно курируемая группа. Процесс проведения и подготовки к различным этапам конкурса полностью ложится на плечи студентов и куратора. При этом отмечается взаимовыручка каждого и появляется интерес к познанию нового. Это педагогический фактор (через Устав вуза, ППС, дисциплины, УМКД, занятия спортом, НСК, кураторские часы, досуг, профориентация), но и как фактор социальный (через включенность в окружающую среду, через ее отношения которые складываются между студентами – ППС – родителями; через психологический климат в группе, позволяющий объединять воедино в рамках данного нашего учебного заведения).

УДК 616-003.96:378:001.895

Г.А. ТЕМИРОВА, К.Б. ТЕМИРОВ, А.У. ТУРГАНБАЕВА,
А.Т. КАЛДЫБАЕВА, Н.К. ЖАЛИМБЕТОВА

ВАРИАТИВНОЕ ИННОВАЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ АДАПТАЦИЮ ЛИЧНОСТИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе,
Актюбинский университет имени Каныша Сатпаева,
Актюбинский государственный университет имени Кудайбергана Жубанова

Учитывая инновационные изменения в образовании в Республике Казахстане через создание новой программы и системы образования, в центре которой встала задача расширения возможностей компетентного выбора каждой личностью своего жизненного пути. Рост разнообразия форм жизни, увеличение свободы выбора личности, ослабление традиционных систем подачи знаний вследствие смены ценностных ориентаций у поколения «детей» по отношению к поколению «взрослых» в динамичный нестабильный период истории Казахстана стали объективными социальными предпосылками появления вариативного образования. Актуальность проблемы социально-психологической адаптации связана с теми процессами социально-политического и экономического характера, которые происходят в современном казахстанском обществе. Анализируется динамика различных объектов социальной психологии: личности, малой группы, межличностных и межгрупповых отношений. На данный период существуют различные виды обра-

зовательных систем: школы, лицеи, гимназии, интернаты, общеобразовательные школы, Сузы и Вузы. Вариативное образование представляет собой образование, апробирующее иные не общие пути выхода из различных неопределенных ситуаций в культуре и представляющие личности веер возможностей выбора своей судьбы. Эффект, сходный с парадоксом осознания – группы высокого уровня развития имеют тенденцию к заниженной оценке этого уровня, а группы с низкого уровня – к завышенной. Таким образом, можно выделить три критерия адаптированности личности: интеграция со средой, реализация личностного потенциала, эмоциональное самочувствие. Важно отметить условия, влияющие на адаптацию личности – это социально-психологические особенности коллектива: характер взаимоотношений, ценностные ориентации, традиции коллектива, социально-психологический климат. Выяснилось, что успешность адаптации во многом зависит от того, как согласуется система отношений личности с ценностями группы.

УДК 377.031:61

Б.М. ТОРЕНИЯЗОВА, Б.Ж. ЖАЙЛЫГУЛОВА

АРНАЙЫ ПӘНДІ ОҚЫТУДА СТУДЕНТТЕРГЕ ТЕОРИЯЛЫҚ МАҒЛҰМАТТАРДЫ ТӘЖІРИБЕ ЖҮЗІНДЕ ИГЕРТУДЕ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

М. Маметова атындағы медицина колледжі, Ақтөбе

Елбасы Н.Ә. Назарбаев Қазақстанды 50 бәсекеге қабілетті елдер қатарына жеткізу үшін қазіргі заманда білім беру және мамандандырылған кадрларды дайындау ісін жетілдіру керек деп дер кезінде дұрыс бағытқа осы саланы бағыттады.

Әлемнің екінші ұстазы атанған Ұлы бабамыз Әл Фараби айтқандай адамға ең бірінші білім емес, тәрбие керек, тәрбиесіз берілген білім адамзатты апатқа әкеледі деп айтқан сөзінің қадір қасиеті қазірде болашақ маманның да оның оқытушысыныңда

санасында жаңғырып тұруы тиіс. Осыны ұлттық білім беру негізі десек те болады.

Медицина оқу орындарындағы студенттердің бойында кәсібилік сапаны қалыптастыруда ғылыми жоба әдісін қолдану тиімділігін өз тәжірибемізде көре бастадық.

Тәуелсіздігіміздің 20 жылдық мерейтойының қарсаңында Көкшетау медицина колледжінде өткен «Мейірбике ісі — адамгершілік пен ізгіліктің өнері» атты Республикалық ғылыми тәжірибелік конференцияға (халықаралық қатысушымен) Жаманова Айгерім атты студентіміз қатысты.

Ғылыми-тәжірибелік конференциясының комиссия сарапшыларының ұйғарымымен жаңа инновациялық технология дәрежесінде жоба деп таныды және «Денсаулық құндылығы» номинациясы бойынша марапатталғаны жоғарыда айтылған сөздеріміздің айғағы. Атап айтқанда, ойындық өзара әрекеттер,

рөлдік ойынмен сабақ жүргізу кезінде оқушы өзі нағыз зерттеу объектісіне айналып проблемаларды сараптайды, оңтайлы әдістер арқылы өз мақсатын айқындап, зерттеу жұмысының болжамын айтуға үйренеді. Нақты жағдайдағы міндеттерді шешу болашақта кәсіби қызмет процесінде сауатты шешімдер қабылдау білігі мен дағдысын қалыптастыруға мүмкіндік береді, оқушыларға пән бойынша оқу материалын жетік меңгеруге жағдай жасайды.

Соған орай, колледжімізде өткен «Екі өкпенің өкпесі», «Сіз жедел жәрдемнің фельдшерсіз» сияқты сахналық қойылымдар іскерлік – рөлдік ойындарға мысал бола алады.

Қорыта айтқанда, оқу жылының басында білімді игерудің 20%-ын игерген оқушы осындай сабақтардың нәтижесінде өзі зерттеуші ретінде 80-100 %-ға дейін тәжірибесін жетілдіретініне көзіміз жетті.

УДК 610.1:001.895

Г.Т. ТУЛЕШОВА, Г.А. ДЕРБИСАЛИНА, Л.Ж. КАРСАКБАЕВА, В.В. КОЙКОВ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ОСНОВАННОГО НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

АО «Медицинский университет Астана»,
Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

В международной практике проблемами развития медицинского образования и, в том числе, вопросами внедрения инновационного менеджмента в медицинском образовании занимается целый ряд международных объединений и ассоциаций – Всемирная федерация медицинского образования (World Federation of Medical Education - WFME), Ассоциация медицинского образования в Европе (Association for Medical Education in Europe - AMEE), Международная ассоциация преподавателей медицинских наук (International Association of Medical Science Educators - IAMSE), Азиатская ассоциация медицинского образования (Asian Medical Education Association - AMEA), Ассоциация высокого качества в медицинском образовании (Association for Excellence in Medical Education – AEME) и др. Данные международные организации выступают инициаторами разработки стандартов и иных руководящих документов, действующих как на региональном, так и на международном уровнях. Результатом работы регулярных конференций и ассамблей с участием ассоциаций зачастую становится принятие резолюций и соглашений по вопросам подготовки медицинских кадров. К числу наиболее знаковых международных соглашений последнего десятилетия относится Сицилийская декларация. Сицилийская декларация по вопросам научно обоснованной практики, принятая на Международной конференции преподавателей и уче-

ных в области доказательной медицины (Сицилия, сентябрь 2003 г.), указывает на необходимость использования принципов научно-обоснованной практики в подготовке медицинских кадров и обучении практикующих врачей. При этом, на всех уровнях медицинского образования рекомендуется использовать достижения Best Evidence Medical Education (BEME) - движения за развитие медицинского образования на доказательной основе.

Анализ мировых тенденций развития медицинского образования в последние годы указывает на то, что подобно доказательной медицине, ставшей основным инструментом обеспечения качества клинического процесса, именно внедрение идеологии BEME выступает основным условием достижения качества медицинского образования.

Цель BEME заключается в использовании результатов научно-обоснованных педагогических исследований в системе медицинского образования. Наличие научно-обоснованной информации по конкретным вопросам организации образовательного процесса позволяет преподавателям и администраторам медицинского образования всех уровней, включая национальные органы управления, принимать эффективные решения, добиваясь тем самым достижения наиболее высоких результатов.

УДК 615.47:001.8

Г.Т. ТУЛЕШОВА, Д.Н. АХМЕТОВА, Ж.Б. БЕКБЕРГЕНОВА, А.Т. УМБЕТЖАНОВА,
М.Г. МАХАМЕТОВА, Н.К. НУРГАЛИЕВА, Г.А. ДЕРБИСАЛИНА

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТА AGREE ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

«АО Медицинский Университет Астана», Астана

С тех пор, как дисциплина «Основы доказательной медицины (ДМ)» стала согласно ГОСО-2006 обязательной, образовательная деятельность рассматри-

вается как важный шаг по развитию ДМ и внедрению в клиническую практику качественных и эффективных методов лечения. Обучение ДМ требует от преподава-

тельского состава специфичных и обширных знаний в вопросах смежных дисциплин - клинической эпидемиологии и биостатистики.

Подход к преподаванию обязательно, и это очень важно, должен включать клинический компонент. Именно в этом привлекательность научно обоснованной медицины. Необходимо сформировать умение решать конкретные проблемы с использованием основных инструментов доказательной медицины: клинических рекомендаций, протоколов, формуляров, основанные на лучших научно обоснованных данных. В этом аспекте интересен опыт использования инструмента AGREE для оценки клинических практических руководств (КПР). Студентам импонирует выступать в роли экспертов, участвовать в групповых дискуссиях, сравнивать результаты оценок различных разделов одного и того же КПР. Лидеры малых групп участвуют отстаивать свое мнение, обосновывать оценку своей группы, демонстрируя критическое мышление и тщательность проработки материала. Мы предлагаем в конце дискуссии самим студентам оценить вклад

каждого участника группы. Для оценки данной темы было проведено анонимное анкетирование студентов. По его результатам была выявлена заинтересованность студентов в прохождении подобного обучения, так как принципы доказательной медицины позволяют не только оценить любую информацию, но и самостоятельно организовать и провести качественное современное исследование. Студенты оценили практическую приближенность работы с инструментом AGREE к работе экспертов системы здравоохранения, делали выводы о необходимости применения стандартизированных методов оценки КПР, о возможности применения AGREE не только для оценки готового КПР, но и для разработки нового КПР. Универсальный инструмент AGREE, по мнению студентов, позволяет оценить качество КПР независимо от предложенной медицинской специальности и позволяет дать конкретные и конструктивные рекомендации по улучшению и процессу адаптации КПР с практическое здравоохранение.

УДК 378.147-388:614.255

Р.А.ТУРСЫНБАЕВА, Г.Н.БЕЙСЕГУЛОВА, Р.Т.ДЖУМАШЕВА, Д.С.БАЙГАМЫСОВА, К.Т.КАШАГАНОВА, С.Х.НАККАЖИНА, А.И.АБДЫКАЛЫКОВА, С.К.ТУСУПБЕКОВА

ОҚУ – ӨНДІРІСТІК ТӘЖІРИБЕ – ДӘРІГЕРДІ ЕҢБЕК ЖОЛЫНА ДАЙЫНДАУДАҒЫ НӘТИЖЕЛІ БӨЛІГІ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы

Оқу-өндірістік тәжірибе оқу үрдісінде болашақ дәрігерді еңбек жолына дайындау формасының нәтижелі бөлігі болып табылады. Биылғы оқу жылында ҚазҰМУ-нің жалпы медицина факультетінің 2 курс студенттерінің өтетін «Палаталық мейірбике көмекшісі» атты оқу-өндірістік тәжірибесінің (барлығы 72 сағат) 66 сағатын университеттің клиникалық базаларында, қалған 6 сағатын ҚазҰМУ-гі «Коммуникативті дағдылар орталығында» өтеді. Тәжірибелік дағдылар орталығында студенттер коммуникативті дағдыларды машықтандырып, виртуалды компьютерлік ойындарды пайдалана отырып коммуникативті компетенциясын іске асыра алады.

Сонымен қатар 2 курстың 158 студенті оқу-өндірістік тәжірибені тұрақты мекен-жайларында өтуге мүмкіндік алды. Олар республикамыздың 7 облысының орталық қалалық, облыстық ауруханаларымен қатар аудандық ауруханаларда өтеді. Студенттер тәжірибені тұрғылықты мекен – жайында өту үшін өтініш жазып, ОӨТ өтетін емдік мекемелердің бас дәрігерлерімен және

университетпен үш жақты келісім- шарт жасады. Студенттермен өз мекенінде өткізетін тәжірибе туралы барлық дайындық және түсіндірме жұмыстарды деканат жүргізді. Академиялық ұтқырлық аясында М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің клиникалық базаларында «Процедуралық мейірбике көмекшісі» атты оқу-өндірістік тәжірибесін өтуге 3 курстан 20 студент және «Палаталық мейірбике көмекшісі» атты оқу-өндірістік тәжірибесін өтуге 2 курстан 20 студент жіберіліп отыр. Сонымен қатар М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің 43 студенті ҚазҰМУ-дің клиникалық базаларында оқу –өндірістік тәжірибесін өтеді. Университет студенттерінің және басқа оқу орнынан келген студенттердің өткізген оқу-өндірістік тәжірибесінің барысы деканат тарапынан бақыланады, нәтижесі бойынша студенттердің ой - пікірлері дөңгелек үстел өткізіліп ортаға салынады және тәжірибеге жауапты кафедраның есебі тыңдалады. Студенттердің оқу-өндірістік тәжірибесі болашақта жақсы маман болуға тигізер маңызы зор.

УДК 371:81=512.122

Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ, А.К. ЖҰМАЛИНА, М.Б. ЖАРЛЫКАСИНОВА, Б.А. ЖЕКЕЕВА

ҚАЗАҚ ТІЛІНДЕ ОҚЫТУДЫҢ ЖАҢА ӘДІСТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қазіргі жоғары білімді мамандарды дайындау жұмысының алдына қойылып отырған негізгі талап, ол бәсекелікке сәйкес маман дайындау үшін, оқыту процессіне үздік сипатты инновациялық әдістер енгізу. Яғни, кезкелген енгізілген жаңалық оң экономикалық

тиімділігін беру керек. Бүгінгі таңда инновациялық жол жоғары оқу орындарының (ЖОО) одан әрі дамып, шет елдік және отандас жоғары оқу орындарымен бәсекелестікте артықшылық көрсетуге мүмкіндік жасайды. Бұл процесс ЖОО-ның іс-әрекетіне

бағытталған жаңа элементтер, қасиеттер және мазмұндар енгізу нәтижесінде іске асады. Қазіргі замануи талап ЖОО-ның функциялық режимнен даму режиміне ауысу қажеттілігі болып отыр. «Нені өзгерту», «қалай өзгерту» керек екендігін инновациялық даму стратегиясы анықтайды. Көптеген жоғары дәрежелі медицина мамандарының мәліметі бойынша болашақ мамандарды жоғары деңгейде дайындауға мүмкіндік беретін, болашағы үлкен әдістердің бірі ол МӘСЕЛЕЛІК-БАҒЫТТАЛҒАН ОҚЫТУ. Ресей, АҚШ, Канада, Австралия оқымыстыларының ақпараттары бойынша мәселелік бағытталған оқыту таламгерлердің білім алуға белсенділігін артырып, алған білімнің тұрақты болуын қамтамасыз етеді. Осындай, шет ел мамандарынан өте жоғары баға алған оқыту тәсіліне айтарлықтай көңіл аударуға қажет деп есептеп біздің кафедра (№1 балалар аурулары кафедрасы) 2010-2011 оқу жылынан бастап «Жалпы медицина» мамандығында қазақ тілінде оқитын 4 курс студенттеріне арналған балалар аурулары пәнінен клиникалық жағдайлар құрастырылып, бірнеше

тақырып бойынша осы әдіспен сабақ өткізілді. Алғашында бірнеше тақырып бойынша клиникалық оқиғалар (Балалар гломерулонефриті, Балалар жедел пневмониясы, Мальабсорция және т.б.) құрастырылды. Клиникалық оқиғалар екі нұсқада жасалды: 1. тьюторлер үшін 2. студенттер үшін. Сонымен қатар студенттерге жеткілікті деңгейде таратылып берілетін материалдар дайындалды. Мәселелік бағытталған оқыту әдісімен сабақ бастау алдында студенттерге осы тәсілмен сабақ жүргізудің ережелері мен талаптары жанжақты түсіндірілді. Студенттерді тиісті әдебиетпен мерзімінде қамтамасыз ету мәселесі кафедра дайындаған арнайы оқулықтың электрондық нұсқасын алдына ала беру арқылы шешілді. Бұл әдіспен сабақ жүргізу студенттердің білімге деген ынтасын артырып, өз көз қарасын дәлдеуге үйрететіні және білімінің жетіспеуін жерлерін түсініп, оны толықтыруға машықтануға ықпалын тигізетін көрсетті. Сонымен қатар, оқытушыларды да білімін ұдайы жетілдіріп отыруға итермелейтіні белгілі болды.

УДК 371:81= 512.122

Б.ТУСІПҚАЛИЕВ, А.К. ЖҰМАЛИНА, Н.Г.ИРҒАЛИЕВА, Б.Ж.ЖЫЛҚЫБАЕВА

ПЕДИАТРИЯДАН ҚАЗАҚША ДӘРІС БЕРУ ДЕҢГЕЙІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жақсы материалдық базасы, жоғары дәрежеде даярланған ғалым-ұстаздары, ортақ мақсат біріктірген салиқалы ұжымы бар, бұрынғы одақ бойынша жоғары дәрежеге сай келеді деп танылған Ақтөбе мемлекеттік медицина институты, қазақ тілін мемлекеттік тіл етіп бекіткен. Тіл туралы заң аясында, 1989-90 оқу жылында, яғни 1989 жылдың 1-ші қыркүйегінен бастап, еліміздің тарихында алғаш рет қазақ тілінде дәріс беруді бастап кеткен еді. Осы білекті сыбанып, педиатрия факультетінің бірінші курс студенттеріне қазақша дәріс беруді бастағандардың ішінде біздің, факультеттік педиатрия кафедрасының ұжымыда бар еді. Ең алғашқы 1989 жылы 1- қыркүйектен бастап біз бірінші курсқа «Балалардың жалпы күтімі» пәнінен қазақша дәрісті бастадық. Кафедра қызметкерлері жұмыстық бағдарламаға сәйкес келесі күні болатын тәжірибелік сабақтың мәтінін түні мен күні тыным көрмей қазақшаға аударып, дайындап әкелетін едік. Одан әрі қазақ тілінде сабаққа дайындалу үшін, білімгерлердің қолдарына келесі сабақтың тақырыбы бойынша материал беру керек болды. Қанша қиын болса да, тіптен кейде қолмен көшіріп жазып, оны қамтамасыз еттік. Кішкене болса да 1990 жылы алғашқы қарылғашымыз «Балаларды тексеру әдістері» деген атпен алғашқы оқу құралы өмірге келіп, тұсау кесер өтті. Сөйтіп кафедра ұжымы келесі пәндерге оқу құралдарын алдын ала дайындап қоюдың қажет екенін

мойындап, 1991 жылы балалар аурулары пропедевтикасы пәні бойынша дәрістер жинағы жарық көрсе, жыл аяғында екі бөлімнен тұратын баланы тексеру әдісі оқу құралын өмірге әкеліп, республика бойынша осы пән бойынша оқу құралымен қамтамасыз етті. 1992 жылы «Балалар аурулары» атты клиникалық лекциялар жинағы (Б.Түсіпқалиев, А.У.Исмагулова) жарық көрді. Міне сөйтіп, айналдырған 3-4 жылдың ішінде біздің ұжым халық алдындағы ұлттық тілге деген көзқарасын айқын білдірген болатын. Содан бері өткен уақыт ішінде қазақ тілінде талай маман дәрігерлер дайындалды, білімгерлер республикалық, халықаралық ғылыми конференцияларға қатысып, жүлделі орындарға ие болды. Бір тамшы түкіріктен басталған еңбек, біздің университетіміздің 55 жылдық мерей тойына бұл бағытта үлкен еңбек жұмсалып, айтарлықтай жетістіктерге қол жеткенін айту қажет деп есептейміз. Сол жетістіктердің ең бастысы қазақ тілінде дәріс алып, елге қажетті деңгейде маман болып, көктем гүліндей құлпырып өсіп келе жатқан шәкірттеріміз. Сонымен қатар, оның ішінде 150 жуық қазақ тілінде жарық көрген ғылыми-әдістемелік еңбектер мен республикалық деңгейде мойындалып отырған әртүрлі мамандықтарға арналған оқулықтар, қазақ тілінде қорғалған ғылыми диссертациялар бар екенін айтқан жөн.

УДК 616-053.2:61(091) (574.13)

Б.ТУСУПҚАЛИЕВ, А.К. ЖУМАЛИНА, Л.В.СИВАКОВА, Л.Д. БОЛЯКОВА

ПЕДИАТРИЯ УНИВЕРСИТЕТА ЗА 55 ЛЕТ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Во всех медицинских ВУЗах подготовка врачей клинического профиля проводится в основном по 4-м основным специальностям: терапия, хирургия,

акушерство и гинекология и конечно педиатрия. т.е. подготовка полноценного врача клинициста без этих четырех дисциплин не возможна. В 1970 году при

институте был открыт педиатрический факультет. Когда студенты этого факультета подошли к 3 курсу в 1973 году был организован самостоятельный курс пропедевтики детских болезней руководство которого было возложено на к.м.н. О.Б.Балтаева. В 1974 году была организована кафедра госпитальной педиатрии, куда также вошел вышеуказанный курс. Возглавила доцент А.С.Тихонова, которая одновременно была деканом педиатрического факультета. В 1975 году самостоятельно отделилась кафедра факультетской педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней, которую возглавил и.о.доцента О.Б.Балтаев. А на кафедре госпитальной педиатрии был организован курс детской инфекции, которую возглавил доцент В.Д.Пан. На этих 2-х кафедрах всего работали 4 кандидата наук (А.С.Тихонова, О.Б.Балтаев, В.Д.Пан, Т.Д.Ивашкина). С 1976 года кафедры начали проводить плановую научную работу. Публиковались в основном в местных сборниках. В 1979 году впервые асс. Тусупкалиеву Б. была запланирована тема кандидатской диссертации, которая завершилась защитой в 1983 году в институте педиатрии АМН СССР в г. Москве. Первым из числа педиатров докторскую диссертацию в г.Москве защитил Балтаев

О.Б. в 1990 году и возглавил кафедру госпитальной педиатрии. Затем только в 2000 году появился второй доктор наук - Б.Тусупкалиев защитивший, докторскую диссертацию по двум специальностям (гигиена и педиатрия).В настоящее время на педиатрических кафедрах трудятся 5 докторов наук педиатров (Б.Тусупкалиев, Ж.Б. Досимов, К.Б.Абдрахманов, А.К. Жумалина, Г.М.Кульниязова) и два доктора наук по специальности детская хирургия (Б.К.Дженалаев, В.И.Котловский). Таким образом, за этот период несмотря на то, что педиатрические кафедры были открыты намного позже, стали кузницей научных кадров. Свидетельством тому является выполненная в 2009 - 2011 годы научно-техническая программа «Разработка научно-обоснованных предложений по совершенствованию профилактики и лечения экологически зависимых заболеваний детского возраста в регионе Западного Казахстана» и защищенные докторские и кандидатские диссертации под руководством наших докторов наук. Хотя в настоящее время педиатрический факультет закрыт, ученые педиатры продолжают трудиться в целях успешной подготовки врачей педиатров.

УДК 004:377(045)

С.С. УМИРЗАКОВА

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ОДИН ИЗ РЫЧАГОВ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Актюбинский колледж Нефти и Газа, Актюбе

Информатизация образования приводит к расширению спектра применения в учебном процессе возможностей новых технологий, к изменениям организационных форм обучения, обеспечивающих переход от иллюстративно-объяснительных методов к активным, самостоятельным методам обучения. Уровень знаний учащегося в области применения средств информатики и информационных и коммуникационных технологий не позволяет ему пользоваться этими средствами самостоятельно. Педагогическая целесообразность использования информационных средств в учебном процессе во многом зависит от способности учащихся применять их знания в компьютерной аудитории. При разработке методики проведения занятия в условиях широкого использования средств новых технологий необходимо принимать во внимание уровень информационной подготовки обучающихся. В связи с этим преподавателю особое внимание следует обратить на то, чтобы в учебном процессе в качестве средства обучения использовались те программные и программно-аппаратные средства, которые уже были изучены на уроках информатики. Только в том случае, когда обучающиеся являются уверенными и опытными пользователями компьютеров, необходимых программных и программно-аппаратных средств, для них будут от-

крываться все новые возможности применения средств новых технологий при изучении предметов.

Очень эффективным методом является в настоящее время метод проектов. Метод проектов рассматривается как систему обучения, при которой обучающиеся приобретают знания и умения в процессе планирования и выполнения постепенно и последовательно усложняющихся практических заданий - проектов. Проектные задания не только закрепляют практические навыки в использовании различных программ, но и развивают активную познавательную деятельность. Метод проектов рассматривают как систему обучения, при которой учащиеся приобретают знания и умения в процессе планирования и выполнения постепенно и последовательно усложняющихся практических заданий - проектов. Работа над проектом нацелена на всестороннее и систематическое исследование проблемы и предполагает получение практического результата – образовательного продукта. Продуктом может быть видеofilm, альбом, программа, web-сайт и др. Проектная деятельность способствуют умения выделять проблему и находить пути её решения, оценивать собственную деятельность, ответственность. Данный метод может быть применим при обучении различным дисциплинам.

ТІЛ ҮЙРЕТУ БАРЫСЫНДА СТУДЕНТТЕРДІҢ ҚҰЗІРЕТТІЛІГІН ДАМУЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жалпы білім берудің мақсаты – Қазақстан Республикасының әлеуметтік, экономикалық, қоғамдық саяси өміріне белсенді араласуға дайын, құзыретті тұлғаны қалыптастыруға ықпал ету. «Құзыреттілік» - жеке тұлғаның өзара байланысқан қасиеттерінің жиынтығы. Жеке тұлғаның негізгі құзыреттілігі ретінде құндылық-бағдарлық, жалпы мәдени, оқу-танымдық, әлеуметтік-еңбек, коммуникативтік, өзін-өзі тұлғалық дамыту құзыреттіліктері белгіленген. Құндылық-бағдарлық құзыреттілігі – жоғары әдептілік құндылықтары негізінде қоғам өмірінде өзінің орнын таба білу біліктілігі, азаматтылығы мен елжандылығы. Мәдениеттанымдық құзыреттілік – халқының мәдениеті мен әлемнің мәдени көптілігін түсіну және бағалай білу. Бұл қазақтың ұлттық мәдениеті, қазақтың ұлттық киімдері, қазақтың ұлттық тағамдары, т.б. тақырыптарында жұмыс жүргізу барысында жүзеге асырылады. Оқу-танымдық құзыреттілік - өзінің білімділік қызметін ұйымдастыра білуді, ізденушілік-зерттеушілік әрекет дағдыларын қарастырады. Коммуникативтік құзыреттілік – адамдармен өзара әрекет пен қарым-қатынас тәсілдерін білуді, әлеуметтік топтарда жұмыс істеу дағдыларын қарастырады. Бұл көбінесе сұрақ-жауап әдісі арқылы іске асырылады да, студенттердің ауызша сөйлесуіне, олардың тілін дамытуға көмектеседі. Әлеуметтік-еңбек құзыреттілігі - әлеуметтік-қоғамдық жағдайларға нақты талдай жасай білуі, шешім қабылдай білуі қарастырылады. Мәтіндермен жұмыс жасалады, мазмұны айтылып, студент өзі талдау жасап, шешім қабылдай алады. Тұлғалық өзін-өзі

дамыту құзыреттілігі - өзінің мүмкіндігін нақты перспективалық жоспарлаумен салыстыра ұйымдастыра білу, өзінің өмірі мен өз ісіне жауапты қарау. Бұл бағыттағы жұмыс мерекелік апталықтар, дөңгелек үстелдер, кездесулерде жүзеге асырылады. Бұл жұмыс түрлері төмендегі әдіс-тәсілдер арқылы іске асырылады. Сұрақ-жауап әдісі – ауызша сөйлеуге, тіл дамытуға көмектеседі, бұл әдіс әсіресе, мәтінмен жұмыс жасау кезінде грамматикалық тақырыптарды бекіту мақсатында қолданылады. Мәтін бойынша тіл дамыту әдісі – белгілі бір тақырыптағы мәтінмен, сөздікпен жұмыс. Аударма әдісі – екі тілге тән грамматикалық ерекшеліктерді өзара салыстыра отырып, қазақ тілін саналы меңгерту үшін аса тиімді әдістің бірі. Жаттығу әдісі – грамматиканы жаттығу жұмыстары арқылы қорытындылауға, сөйлей білуге үйретеді. Жаттығу материалдары студенттердің жалпы ой-өрісін, білімін, дүниеге көзқарасын қалыптастыру мақсатын көздейді. Өңгімелесу әдісі - оқытушы студенттің білімін бақылай отырып, жеке студентпен де, топтағы студентермен де өңгімелесу арқылы сабаққа қорытынды жасайды. Тіл үйретудегі құзыреттілік - студенттерді сөзді дұрыс қолдана білуге, өз ойын орнықты жеткізуге, еркін сөйлей білуге жетелейтін тіл дамыту жұмыстары. Тіл дамыту мақсатындағы жүргізілетін жұмыстар студенттің ойлау қабілетіне, ізденісіне жол ашады. Сонда студенттің білімі ғана жетіліп қоймай, сонымен қатар қабілетінің, дарын көзінің ашылуына түрткі болып, яғни жеке тұлғаның әрекет-тәсілдерін жан-жақты игеруінен білім нәтижесі көрінеді.

УДК 61:36.12(574)

Б.А. УТЕГЕНОВ, З.А. ИДИЕВ, Б.Л. СУЛТАНГЕРЕЕВ, Б.И. КУШИМОВ

О ТРУДНОСТЯХ ПЕРЕВОДА КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ НА КАЗАХСКИЙ ЯЗЫК

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе

Малочисленность учебников и учебных пособий по клинической дисциплинам на государственном языке создает определенные трудности для студентов казахского отделения, окончивших казахские школы на селе при дальнейшем их обучении в университете.

Преподавание клинических циклов по травматологии и ортопедии студентам 4 - 5 курса (элективные занятия) казахского отделения мы проводим с максимальным использованием родного языка, что необходимо для будущей врачебной деятельности.

На курсе травматологии, ортопедии и ВПХ согласно программе силами преподавателей были переведены все темы дисциплины на казахский язык, изготовлены иллюстрационные учебные пособия и таблицы.

Перевести – это значит передать содержание и стилистические значения подлинника средствами другого языка. Сложность перевода состоит в том, что преподаватели, не имея специального филологического образования, взяли за столь сложное дело тем

более известно, что перевод медицинской терминологии имеет свои особенности.

В процессе перевода мы руководствовались в основном современной учебной литературой на русском языке и другими первоисточниками. Сюда входили учебники, монографии, издания на казахском языке по анатомии, физиологии и биологии, двуязычные словари, справочники, специальная литература и медицинская периодика.

Во время перевода мы неизбежно сталкивались проблемой выбора слова. Кроме того, возникали сложности с подбором синонимов, с помощью которых переводились значение некоторых слов.

Одним из сложностей при составлении учебных пособий на казахском языке явилось установление эквивалентности лексических единиц обоих языков.

Известно, что слову одного языка может соответствовать равнозначное слово другого языка, так называемый эквивалент. С помощью его мы стремились передать медицинские термины, часто употребляемые клинические симптомы и много других слов с наиболее

точным выражением их значения. При переводе на казахский язык анатомическую нозологическую единицу мы дополняли в скобках их латинскими эквивалентами.

Немаловажное значение уделяли двуязычию. Именно благодаря наличию двуязычия студенты казахского отделения изучают специальную литературу на русском языке, успешно справляются с подготовкой к практическим занятиям. Тексты на учебных таблицах выполнены на казахском и русском языках, что дает

возможность использовать их для всех без исключения студентов. Эти учебные пособия также помогают изучению казахского языка, как государственного, русскоязычным студентам.

Вся учебно-методическая работа на казахском языке способствует формированию прочных знаний, клинического мышления, практических навыков, расширяет кругозор студентов казахского отделения, так необходимые в будущей врачебной деятельности.

УДК 371.71:616-001:617.3

Б.А. ӨТЕГЕНОВ, З.А. ИДИЕВ, Б.І. КӨШІМОВ

ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ ПӘНІН ОҚЫТУДЫ ОПТИМИЗАЦИЯЛАУДЫҢ ТИІМДІ ЖОЛДАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қазіргі кезде жоғарғы оқу орындарының негізгі мақсаты болып студенттердің кәсіби дайындығын және оқу-тәрбие жұмыстарын жоғарғы деңгейде жеткізу болып саналады.

Бұл мақсатқа қол жеткізу үшін оқыту әдістерін жетілдіру, тиімді ұйымдастыра білу қажет.

Біздер оқу процесінде кең қолданып жүрген ситуациялық есептер, тесттік сұрақтар, иллюстрацияланған оқу құралдары осы мәселелерді шешуге мүмкіндік бере алады.

Ситуациялық есептер, тесттік бақылау сұрақтары барлық тақырыптар бойынша дайындалған. Әр тақырып 12-14 сұрақтардан тұрады, ал жауаптары 4 вариантқа бөлінген. Олардың ішінде бір жауабы дұрыс. Мысалы: травматологиялық және ортопедиялық науқастарды тексеру әдістері және олардың ерекшеліктері тақырыбына төмендегідей сұрақтар қойылады: буын қозғалысы қандай патологияда толық жойылады? Жауаптары:

1. Контрактура, 2. Анкилоз, 3. Остеоартроз, 4. Буынның байлам аппаратының зақымдануы. Бұл вариантта дұрыс жауап №2 (анкилоз).

Сабақ басталуымен студенттерге тесттік бақылау карталары таратылады, дайындық үшін 10-15 минут

уақыт бөлінеді, ал тексеру жұмысы 8-10 минутта эталон жауап арқылы бағаланады.

Сонымен қатар студенттердің практикалық дағдыларын қалыптастыруда иллюстрацияланған оқу құралдарын пайдалану (слайдтар, сызбалар, таблицалар) және травматология клиникасындағы науқастарға курация жасау өте маңызды деп санаймыз.

Цикл кезінде студенттер палаталарда «ауру төсегі жанында» оқиды, дәрігерлік клиникалық конференцияларға қатынасады, күрделі науқастарды талқылау, диагностикалау, емдеу жұмыстарын жоспарлау мәселелеріне көңіл бөледі, түнгі кезекшіліктер атқарып емдеу әдістерін үйренеді, жедел операцияларға қатынасады.

Біздің курста студенттердің ғылыми-зерттеу үйірмесі тұрақты жұмыс жасайды. Ғылыми-зерттеу жұмысының нәтижесінде студенттер университетте жылда өтетін дәстүрлі студенттердің конференциясына қатысып баяндамалар оқиды.

Қорыта келгенде, аталған оқыту әдістері студенттердің пәнді толық меңгеруіне, ой-өрісін кеңейтуге, клиникалық, практикалық дағдыларын қалыптастыруға ықпал етеді деп толық айта аламыз.

УДК 371.712:616-001:617.3

Б.А. УТЕГЕНОВ, Б.І. СУЛТАНГЕРЕЕВ, З.А. ИДИЕВ, Б.І. КУШИМОВ

ЭЛЕКТИВНЫЕ ЗАНЯТИЯ – ЗНАЧИМОЕ ПОДСПОРЬЕ В ОБУЧЕНИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Известно, что в учебном процессе самыми доступными и эффективными средствами обучения являются процессы моделирования врачебной деятельности, отработка профессиональных и лечебных задач, проблемных ситуаций, учебных игр и решение тестовых заданий. Но эффективность усвояемости при моделировании различных ситуаций невозможна без знаний многих современных методов диагностики и лечения больных.

Обязательные стандарты образования предполагают изучение студентами вопросов общей травматологии и ортопедии, начиная с IV курса. Предусмотренные по типовой программе количество часов преследует цель только лишь представления о

травма-ортопедической патологии. Для глубокого изучения и понимания вопросов диагностики и лечения повреждений опорно-двигательного аппарата этого крайне недостаточно. В этой связи внедрение в учебный процесс на V курсе факультета общей медицины элективных занятий является дополнением в познании методов диагностики и лечения. Это позволяет осуществить преемственность в освоении значительной части практических навыков, профессиональных умений будущих специалистов.

В тематику элективных занятий включены вопросы компьютерной, МРТ, артроскопической диагностики поражений костей и суставов, тотального эндопротезирования суставов, собственные разработки сотруд-

ников, таких как использование постоянного электрического тока и мануальная терапия. На практических занятиях студенты быстро осваивают методы визуальной диагностики при осмотре травматологических больных, с большим интересом участвуют в работе диагностических кабинетов (рентген, УЗИ, КТ, МРТ и пр.) Этим достигается более глубокое изучение новейших методов диагностики и лечения, преемственность обучения общей и частной травматологии и ортопедии на последующих курсах, знаком-

ство с достижениями научной деятельности сотрудников ВУЗа, возможности внедрения их в практическую деятельность врача, ориентированность студентов при выборе специальности.

Таким образом, элективные занятия рассматриваются нами как последовательное и преемственное дополнение обучения общей и частной травматологии и ортопедии, предопределяющее качество обучения и ориентированность студентов в выборе хирургической специальности.

УДК 614.23-057.875

А.А. ХУСАЕНОВА

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия

Профессиональная деятельность и профессиональное образование как процесс подготовки человека к ней в настоящее время стали предметом многочисленных исследований, осуществляемых с позиций педагогики, медицины, психологии, социологии, философии и иных сфер человековедческого знания, поскольку возникновение новой социально-экономической обстановки поставило перед школой как одним из важнейших институтов социокультурного наследования сверхзадачу - формировать людей, способных строить и жить в новом социуме, для которого характерна забота о новых ценностях.

Реформирование системы профессионального образования определило одним из важнейших направлений изменение целей образования, его переориентацию на удовлетворение запросов и потребностей личности. Существующая система профессионального образования до сих пор предлагает педагогам в практике подготовки специалистов решать задачу привития человеку навыков сдерживать свои желания и чувства, если они идут вразрез с интересами других людей и общества. Реальная жизнь показала явную недоработку данного подхода. К тому же потребности общества могут субъективно переоцениваться и меняться даже на глазах одного поколения, в силу чего ощущается теоретическая недостаточность

разработки интеллектуального и поведенческого подходов в подготовке специалиста.

Фундаментальная задача профессиональной медицинской школы заключается в том, чтобы воспитывать такую личность, у которой не будет появляться потребностей, желаний, влечений, идущих во вред другой личности, обществу, природе. Причем никакие мотивы не должны вытесняться и подавляться, они лишь должны быть направлены на творчество, созидание и утверждение нравственности. Современная практика педагогической деятельности подтверждает положение о том, что только через свободную личность можно воплотить моральные принципы и общественно полезную деятельность. Человек - это то, что он сам в себе воспитал, при условии, что развитие личности не может быть оторванным от других.

Это означает, что профессиональная школа должна создать условия для формирования личности специалиста, способного к профессиональному самоопределению и последующей оптимальной профессиональной и жизненной самореализации, нацеленного на постоянное профессиональное и личностное саморазвитие. Другими словами, современная образовательная ситуация с необходимостью требует от будущего специалиста быть активным субъектом собственного профессионального и личностного развития.

УДК 004:378

С.Ю. ШИКАНОВА, С.В. КИМ, Г.А. ТЮРЕЖАНОВА

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Электронный учебник, являясь современным средством обучения, существенно повышает качество и эффективность обучения, мотивацию студентов и оптимизирует деятельность преподавателя. В целях интенсификации учебного процесса, повышения его эффективности и качества, не менее важна задача использования электронных учебников. Электронный учебник, являясь одной из форм компьютерных обучающих систем, в зависимости от заложенных возможностей может быть отнесен к различным типам. Теперь очевидно, что электронный учебник ставится в

один ряд с автоматизированными обучающими системами.

Возможности электронных учебников существенно влияют на развитие личности обучающегося, качественно иную подготовку специалистов новой формации, вооружают человека навыками комфортной жизни в условиях информационного общества. Функциональная характеристика электронных учебников богата и разнообразна. Они применимы в качестве средства обучения, совершенствующего процесс преподавания, безусловно повышающего его эффективность и результативность.

Электронный учебник – компьютерное, педагогическое программное средство, предназначенное, в первую очередь, для предъявления новой информации, дополняющей печатные издания, служащее для группового, индивидуального или индивидуализированного обучения и позволяющее контролировать полученные знания и умения обучаемых.

Электронный учебник, как учебное средство нового типа, может быть открытой или частично открытой системой, т.е. такой системой, которая позволяет внести изменения в содержание и структуру учебника.

Существуют обязательные элементы электронного учебника:

1. Электронный учебник должен содержать только минимум текстовой информации.
2. Использование аудио- и видеофрагментов позволяет передать в динамике процессы и явления.
3. Электронный учебник должен содержать гиперссылки по элементам учебника и возможно иметь

ссылки на другие электронные учебники и справочники.

4. Дидактическая компоновка текстового, графического и другого материала.

В электронном учебнике должен быть список рекомендованной литературы, изданной традиционным, печатным способом.

Учебно-воспитательный процесс каждого вуза – живой и творческий самостоятельный организм. В связи с этим может потребоваться модификация электронного учебника. В первую очередь, для адаптации его к конкретному учебному плану, учитывающему специфику изучаемой дисциплины в данном учебном заведении, возможности материально-технической базы, личный опыт преподавателя, современное состояние науки, базовый уровень подготовленности обучаемых, объем часов, выделенных на изучение дисциплины.

**МЕДИКО-БИОЛОГИЯЛЫҚ
ҒЫЛЫМНЫҢ ЗАМАНАУИ
МӘСЕЛелЕРІ
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ**

ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА ДИНАМИКУ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОЖИВЛЕННЫХ КРЫС С ИСХОДНО РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ

АО «Медицинский университет Астана», Астана

Несмотря на все успехи в области реаниматологии, по-прежнему, чрезвычайно актуальной остается проблема сохранения высокого уровня психоневрологической инвалидизации большинства оживленных пациентов.

Нам представлялось важным с научно-практических позиций изучить влияние мексидола на характер и скорость восстановления центральной нервной системы у оживленных крыс, имеющих исходный различный тип ориентировочно-исследовательского поведения (ОИП).

Использовали 75 крыс-самцов, из которых 29 крыс исходно демонстрировали высокоактивный (ВА) тип поведения – IA контроль ВА (n= 17); IIA- опытная (n= 12). А с низкоактивными (НА) формами поведения отличились 46 животных из них IB контроль НА(n=29); IIB опытная НА (n=17). После реанимации исследовали характер восстановления витальных функций организма и показателя общего состояния (ПОС) крыс, имеющих исходно различный тип ОИП. Реанимированным животным опытной группы, вне зависимости

от исходного ОИП, назначили курсовое лечение мексидолом.

Применение мексидола через 1 час после оживления у животных IIA группы ПОС равнялся $45,2 \pm 2,4$ баллам, что было в 1,2 раза меньше ($p < 0,005$), чем в IA группе контрольных крыс. Спустя 6 часов от начала проведения реанимационных мероприятий у IIA группы ПОС опытных животных оказался в 1,5 раза меньше, чем у IA контрольных и соответствовал $18,4 \pm 3,1$ баллам ($p < 0,05$).

Назначение мексидола также облегчало течение раннего восстановительного периода после оживления НА животных. Об этом свидетельствовал ускоренный темп уменьшения неврологического дефицита в IIB - опытной группе НА крыс. Причем, во все сроки исследования ПОС контрольной IB группы НА крыс в 1,5-3,5 превышал значения, полученные на животных, в лечении которых использовался мексидол.

Таким образом, курсовое применение мексидола способствовало ускорению нормализации неврологического статуса и ПОС у реанимированных низкоактивных животных.

УДК 616.3 615+612.17

Ю.О. ВОЛКОВ, И.А. МИХАЙЛОВА, В.Л. ПЕТРЕНКО, С.Х. КИРИАКИДИ, А.А. МАТЧИН, А.А. СТАДНИКОВ

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ГИСТОГЕНЕЗОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ЧЛО) В АСПЕКТЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Оренбург, Россия

В экспериментально-гистологических исследованиях на 46 крысах-самцах линии Вистар массой 230-250 г изучено влияние окситоцина на репарацию твердых и мягких тканей ЧЛО при моделировании сквозных дефектов нижней челюсти в пределах зубного ряда (в том числе с первичным замещением дефекта реберным ауто трансплантатом). Фрагменты костных дефектов и окружающих их мягких тканей челюсти подвергнуты однотипной гистологической обработке на светоптическом и ультраструктурном уровнях (включая иммуноцитохимическую идентификацию экспрессии про- и антиапоптотических генов-p53, bcl-2, caspasa-3,9) на стадиях 1,3,7,14 суток эксперимен-

та. Установлено, что введение в зону перелома нижней челюсти окситоцина достоверно повышаются процессы регенерации в периапикальных тканях зубов. Происходит усиленная мобилизация индуцибельных остеобластов, фибробластов, а также миосателлитов, включая их пролиферативную способность на фоне понижения апоптотической доминанты. Ауто трансплантация реберного трансплантата в дефект нижней челюсти и местное введение окситоцина приводит к существенному повышению репарации костных отломков за счет остеоиндуктивной реализации их гисто- и органотипических свойств.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЧЕК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Работа посвящена изучению морфологического состояния почек крыс-самцов при воздействии на организм - безалкогольных или слабоалкогольных напитков. Употребление «энерготоников» может вызвать проблемы с мочевыделительной системой, быстрым истощением ресурсов организма. Энергетические напитки содержат большое количество угольной кислоты и это способствует быстрому усвоению и быстрому наступлению эффекта. Как и любые стимуляторы, «энерготоники» действуют по простой схеме — взять из организма энергии много и сразу, что ведёт к неизбежному истощению нервной системы, нарушению обмена веществ. Нами было изучено морфофункциональное состояние почек белых крыс-самцов при воздействии на организм энергетического напитка «Red Bull». Исследование проводилось на белых крысах – самцах линии Вистар, весом 120-130 гр. Животные были разделены на две группы: 1-ая - контрольная, 2-ая группа животных получали напиток «Red Bull» дозировано в течение 30 суток. Животные нахо-

дились на общевиварном рационе. Забой проводили путем декапитации на 30-е сутки. Гистологические исследования проводились после стандартной гистологической проводки и заливки в парафин и окрашивания срезов гематоксилином и эозином. Через 30 суток после начала эксперимента в почках наблюдается некоторое увеличение размеров отдельных почечных телец. Капиллярные клубочки заполнены кровью, наружный листок капсулы истончен, эпителий его становится плоским и заметно увеличена полость капсулы. В отдельных почечных тельцах наблюдаются процессы дегенерации. Кровеносные капилляры стромы расширены. Эпителий проксимальных канальцев становится более низким, в отдельных клетках исчезают ядра. Дистальные канальцы и собирательные трубочки не изменены. Таким образом, полученные нами гистологические данные исследования почек крыс свидетельствуют о высокой чувствительности почек на воздействие энергетических напитков, что подтверждается структурными изменениями почечной ткани.

УДК 612.017.34:616.36:647.87

Р.Е. ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.С. СУЙНАЛИЕВА, Н.А. ДИЛДАЕВА, Ш.С. ИДРИСОВА, М.М. КУДАБАЕВА

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Основная идея нашего исследования – определение степени влияния энергетического напитка на организм животных. Энергетический напиток – это безалкогольное или слабоалкогольное средство, стимулирующее деятельность центральной нервной системы и повышающее физиологическую работоспособность организма. Напиток по вкусу очень напоминает лимонад, но содержит вещества, оказывающие «стимулирующий» эффект, а именно: таурин, кофеин. Исследования на мышах показали, что таурин может уменьшать мышечную усталость при длительных нагрузках; на людях подобные исследования не проводились. Эффекты больших доз этого вещества, содержащихся в энергетических напитках, не исследованы. При употреблении энергетических напитков в больших дозах увеличивается нагрузка на печень. В связи, с чем целью нашей работы явилось изучение гистологической картины печени крыс-самцов при употреблении животными энергетического напитка «Red Bull». Эксперимент проводился на белых крысах – самцах линии

Вистар. Животным дозировано вводили напиток в течение 30 суток. Гистологические исследования проводились после стандартной гистологической обработки с заливкой в парафин и окрашивания срезов гематоксилином и эозином. На 30 сутки в печени животных обнаружены явные признаки застоя крови. Центральные вены заметно расширены, местами переполнены кровью. Видны фигуры делящихся клеток, одно- и двоядерные клеток. Среди одноядерных клеток встречаются измененные по форме клетки с гиперхромными ядрами. По всей площади печени видны крупные одноядерные клетки с крупным ядром. Расширены кровеносные сосуды в триадах, а также синусоидные капилляры, в которых увеличены купферовские клетки. Местами расширены и желчные капилляры. Проведенные биохимические исследования крови крыс показали уменьшение АЛТ, АСТ и увеличение концентрации глюкозы в крови. Таким образом, длительное употребление энергетических напитков приводит к морфологическим изменениям в печени.

ВЛИЯНИЕ НЕФТИ И НЕФТЕПРОДУКТОВ НА МИКРОФЛОРУ ПОЧВЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Одним из приоритетных загрязнителей почвы является нефть. Многочисленными исследованиями установлено, что загрязнение нефтью и нефтепродуктами оказывает существенное влияние на физические, химические и биологические свойства почвы. Биологические свойства почвы реагируют на нефтяное загрязнение первыми: изменяется общая численность микроорганизмов, их качественный состав, структура биоценозов, интенсивность микробиологических процессов.

Цель нашего исследования изучение влияния различных концентраций нефти и нефтепродуктов на общее микробное число (ОМЧ) почвы, количество термофильных и нитрифицирующих бактерий, коли-титр почвы в экспериментальных условиях. Для исследования взяты пробы чернозёма и песчаной почвы. В стеклянных бутылках были созданы модельные экосистемы.

В опытные модельные экосистемы вносили нефть и нефтепродукты в концентрации 1%, 5% и 10%. Для определения ОМЧ, количества термофильных и нитрифицирующих бактерий почвы из опытных и контрольных модельных экосистем делали высевы на плотные питательные среды на 1, 3, 7, 14, 21 сутки после внесения загрязняющего вещества.

В чашках с посевами из контрольных модельных экосистем рост колоний бактерий наблюдался в течение всех 21 суток, причем общее микробное число, количество термофильных и нитрифицирующих бактерий значительно не менялось. В посевах из опытных модельных экосистем общее микробное число и количество термофильных бактерий достоверно снижалось. Рост нитрифицирующих бактерий подавлялся через 24 часа после внесения загрязняющего вещества и восстановление нитрифицирующей активности наблюдалось через 14-21 день. Перфрингенс-титр почвы в контрольной и опытной модельных экосистемах был в пределах 0,001 г.

Выводы:

1. При воздействии нефти и нефтепродуктов происходит резкое снижение общего микробного числа почвы и количества термофилов.
2. Наиболее чувствительными к действию нефти и нефтепродуктов являются нитрифицирующие бактерии.
3. Перфрингенс – титр почвы не меняется при воздействии загрязняющих веществ, что связано с устойчивостью спорообразующих микроорганизмов.

УДК 612.017.1:611.018.1

А.Н. ЖЕКСЕНОВА, Ж.С. СУНДЕТОВ

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ОРГАНИЗМА ЖИВОТНЫХ ПРИ ВВЕДЕНИИ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Целью нашего исследования является изучение некоторых проблем иммунологического ответа организма животных при введении фетальных гепатоцитов (ФГ) с целью коррекции при асептическом воспалении в рыхлой соединительной ткани. Исследования проведены на 99 нелинейных белых крысах массой 180-220г. Асептическое воспаление вызывалось по модификации Селье. ФГ, обработанные по методике Ж.А.Доскалиева (2000), введены в подлопаточную область спины подкожной клетчатки опытных крыс в дозе 0,4мл; контрольной – 0,4мл физраствора. Реакция иммунологического статуса определяли по общепринятому методу Эрне-Нордина. Сроки исследования от 3 час до 14 суток. Проведенные исследования крови при асептическом воспалении показали, что при

введении ФГ в начальные сроки установлено снижение количества ЯСК и соответственно увеличение количества АОК, это свидетельствует о росте иммунного (гуморального) напряжения организма в ответ очага воспаления. В контрольной же группе в соответствующие сроки наблюдения показало об уменьшении численности ЯСК в селезеноочной взвеси и резкое возрастание АОК в сроки 14 суток и 1 мес опыта, соответственно составляла $6,4 \pm 0,51$ и $6,8 \pm 0,57$. Данные указывают на выраженность гуморального иммунного напряжения в вышеуказанные сроки воздействия воспаления на организм животного. А снижения численности АОК на 2 мес опыта, по всей вероятности, подтверждает об снижении гуморального иммунного ответа.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОСТРОЙ АТРОФИИ ТИМУСА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ШЕСТИВАЛЕНТНОГО ХРОМА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Избыточное содержание шестивалентного хрома в воде, почве и воздухе, воздействуя на иммунную систему человека, приводит к развитию вторичных иммунодефицитов.

Цель исследования - изучение патоморфологических изменений тимуса крыс при пероральном введении шестивалентного хрома в остром эксперименте.

Материалы и методы. Исследован тимус 40 беспородных белых крыс самцов массой $200,0 \pm 20,0$ разделенных на две группы: контрольную - 10 и опытную - 30 крыс, которым однократно через зонд соответственно вводили - 1,0 мл физиологического раствора и шестивалентный хром в дозе 75 мг/кг в виде бихромата калия. Выведение животных из эксперимента осуществлялось методом декапитации на 1-е, 3-и и 7-е сутки. Вилочковая железа проводилась по общепринятой методике с гистологическими окрасками - гематоксилином и эозином, азур - II - эозином.

Результаты исследования и выводы. В опытной группе крыс развилась острая интоксикация с гибелью 40% животных в 1-е сутки и 10% - на 3-и сутки; масса

тимуса уменьшилась на 3-и и 7-е сутки - соответственно в 2,6 и в 1,7 раза. Морфологически: в 1-е сутки эксперимента в корковом и мозговом веществах лимфоциты и эпителиальные ретикулярные клетки были в состоянии пара- и некробиоза, выявлены очаги некроза и кровоизлияний; на 3-и сутки корковое вещество было разрежено, в отдельных случаях - истощено; в эпителиальных клетках ядра приобретали различные формы с патологическими включениями в цитоплазме, в мозговом веществе - очаговые скопления лимфоцитов и макрофагов; на 7-е сутки тимус был представлен небольшими дольками с инверсией слоев, деструкцией паренхимы. В междольковых сосудах в 1-е и 3-и сутки выражено венозное полнокровие, нарушение проницаемости с плазматическим пропитыванием стенок артерий, на 7-е сутки - выраженный отек, утолщение и фибриноидное набухание стенок артерий.

Таким образом, однократное пероральное введение шестивалентного хрома в дозе 75 мг/кг в виде бихромата калия привело к развитию у крыс самцов острой атрофии тимуса.

УДК 616.8-009.83-092.9

Б.В. ЗАСОРИН, И.Н. НАСЫРОВ, К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, Д.Г. УРАЗАЛИНОВА, Ж.Б. КАРАСОВА

ИЗМЕНЕНИЯ В ЦНС У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАВЩИХСЯ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ АТЫРАУСКОГО НПЗ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния центральной нервной системы у экспериментальных животных, содержащихся в производственных цехах Атырауского НПЗ.

Материалы и методы. В заводских цехах содержались 200 белых беспородных крыс весом 150-170 гр, в течении 90 дней. По истечении срока эксперимента животные забиты, для гистологического исследования взяты материалы головного мозга.

Мозг фиксирован в 10% р-ре нейтрального формалина. После спиртовой проводки материалы залиты в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5-7 мкр окрашены: гематоксилин - эозином, пикрофуксином, для выявления тигроидного вещества окрашены по Ниселью.

Результаты и их обсуждение. Макроскопически отмечается резкое полнокровие и отек мягких мозговых оболочек и мозговой ткани. Микроскопически обнаруживаются выраженные дистрофические изменения в клетках коры и подкорковых областях. Вены

расширены, содержат жидкую гемолизированную кровь. В околососудистых пространствах определяются розовые массы. Небольшие кровоизлияния встречаются в отдаленных от сосуда зонах. Подобные изменения еще более выражены в глубоких слоях коры с резким полнокровием, стазом, периваскулярным и перичеллюлярным отеком. В мелких сосудах - коагуляция белков плазмы с образованием тромбов. Определяется некроз и гибель отдельных пирамидных клеток. На препаратах, окрашенных по Ниселью, встречаются нервные клетки с увеличенным телом и набухшими отростками, их цитоплазма бледно окрашена, ниселевское вещество во многих клетках почти не определяется.

Таким образом, у животных содержащихся в заводских цехах в головном мозге отмечается острое нарушение кровообращения, дистрофия, очаговые зоны размягчения с выпадением пирамидных клеток, очаговые глиозные рубцовые изменения т. е. грубые структурные нарушения архитектоники мозга.

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ СОЛОДКИ, ЛОПУХА И ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СТРЕССИРОВАННЫХ КРЫС-САМЦОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В эксперименте на стрессированных крысах – самцах (иммобилизация за кожную складку – 1,5 часа 2 раза в неделю в течение 6 недель) изучали влияние фитопрепарата «Солодки масло», «Лопуха корня масло» и их комбинации с липоевой кислотой на развитие стресс – реакции и репродуктивную активность.

Установлено, что у стрессированных крыс – самцов (1 серия – контрольная группа) происходит снижение подвижности сперматозоидов на 72% и их абсолютное количества на 42% на фоне 2-х кратного увеличения патологических форм. У животных, которым на фоне стресса вводили изучаемые фармакологические средства, происходит нивелирование патологических сдвигов.

Во второй серии опыта для оценки значимости изменений функциональных показателей сперматозоидов под действием исследуемых препаратов проводили исследование фертильности самцов, коров зачатия и эмбриональных показателей потомства.

При этом введение изучаемых фитопрепаратов и липоевой кислоты стрессированным крысам – самцам нормализовали исследуемые показатели эмбрионального развития у самок интактных крыс, спаренных с ними, т.е. нормализуются оплодотворяющая способность сперматозоидов, снижается эмбриональная гибель потомства.

Выводы:

1. Масляные экстракты солодки, лопуха (в дозе 2,5 мл/кг внутривентриально) и липоевая кислота (в дозе 25 мг/кг, внутримышечно) при введении в течение 6 недель нормализует абсолютное количество сперматозоидов, их подвижность и количество патологических форм.

2. Исследуемые препараты при введении стрессированным крысам – самцам нормализует у спаренных с ними самок индекс беременности и нивелирует действие стресса на эмбриональную гибель и показатели пренатального развития потомства.

УДК 616.8-008.615:618.2:615.451.234

Е.М. ИЗТЛЕУОВ, М.К. ИЗТЛЕУОВ

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ СОЛОДКИ И КРАПИВЫ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ГОМЕОСТАЗА В ТКАНЯХ КРЫС В РАННЕМ ПЕРИОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Особую важность представляет изучение влияния стресса на организм во время беременности, в связи с тем, что негативные последствия могут выявиться у следующих поколений. И одной из ключевых проблем медицины на данном этапе – является профилактика и коррекция стрессовых повреждений.

Нами в эксперименте изучено эффективность фитопрепаратов «Солодки масло» и «Крапивы масло» в соотношении 1:1 (1,25:1,25 мл/кг, внутривентриально) на состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в тимусе, селезенке и периферической крови в раннем периоде беременности на фоне эмоционального стресса воспроизведенного по методу Жетписбаева Б.А. с соавторами (1999). Установлено, что стресс – реакция в раннем периоде беременности характеризуется повышением диеновых конъюгатов в тимусе и селезенке в пределах 1,2-2,9 раза, малонового диальдегида в пределах 1,5-11,5 раза в зависимости от стадии общего адаптационного синдрома (ОАС)

на фоне уменьшения уровня глутатиона. Активность каталазы в селезенке возрастает в 2,7 раза, в тимусе – в 2,5 раза в раннем периоде беременности. Аналогичные изменения перекисного гомеостаза наблюдается и в крови.

При воздействии масляных экстрактов и эмоционального стресса в раннем периоде беременности на ранней стадии ОАС снижается уровень первичных и вторичных продуктов ПОЛ в изучаемых тканях и увеличивается активность каталазы; нормализуется концентрация глутатиона в тимусе, возрастает в селезенке и в периферической крови достоверно уменьшается.

Таким образом, масляные экстракты солодки и крапивы в соотношении 1:1 нивелирует нарушения перекисного гомеостаза в тканях крыс, оказывая свои позитивное действие и в раннем, и в поздней стадии стресс – реакции.

СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ФИТОПРЕПАРАТА «СОЛОДКИ МАСЛО»

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Коррекция стресса – важная проблема медицины, так как стресс – реакция может привести к истощению адаптационных резервов и срыву адаптации и, следовательно, к различным заболеваниям.

Одним из патогенетических механизмов этих нарушений является окислительный стресс, проявляющийся в ускорении процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижении антиоксидантной защиты организма. Поэтому проблема повышения резистентности организма к стрессу и связанные с ней аспекты профилактики патологических последствий с помощью антиоксидантов и антигипоксантов весьма актуальны.

В этом отношении большой интерес представляют препараты растительного происхождения, которые в силу разнообразия содержащих в них биологически активных веществ могут оказать многокомпонентное действие, в том числе антиоксидантное и антигипоксическое.

В данной работе изучено влияние фитопрепарата «Солодки масло» на состояние крыс при иммобилизи-

рующем стрессе (фиксация за конечности в течение 9 часов на прямоугольных планшетах). При этом наблюдалось снижение массового индекса тимуса на 25%, уменьшение массы селезенки на 11%, увеличение массы надпочечников на 40%; 100% случаев формировались макроскопически различимые геморрагически-язвенные дефекты слизистой оболочки желудка: количество язв варьировало от 5 до 12, и в среднем составляло 7,6 язвы на одного животного.

Развитие стресс - реакции сопровождалось резким усилением ПОЛ: МДА в сердце возрастал в 2,5 раза, в легких – в 1,5 раза, в крови – в 2,7 раза.

Профилактическое введение фитопрепарата в дозе 2,5 мл/кг массы тела в течение 10 дней уменьшает инволюцию тимуса, селезенки, гипертрофию надпочечника и образование язв в желудке, снижает активность ПОЛ в крови, легких и миокарде (т.е. блокирует стрессогенное возрастание ПОЛ).

УДК 612.089:004

М.К. ИЗТЛЕУОВ, Г.Г. ЕРИМБЕТОВА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ SAS ДЛЯ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Прогресс современной медицинской науки базируется на анализе большого фактического материала данных клинического, лабораторного и других методов исследования. Объективной оценке этих сведений в значительной степени способствуют методы статистического анализа, которые помогают выяснить не только количественные, но и качественные взаимоотношения между изучаемыми явлениями.

В последнее время для планирования, обработки и представления результатов биомедицинских исследований используются множество статистических пакетов — одним из которых является система SAS. Система состоит из модулей, каждый из которых выполняет определенный круг задач, а также в нём реализован собственный язык программирования. Мы в повседневной работе используем SAS для обработки данных научных исследований соискателей, а также в учебных целях для развития умений и навыков у студентов при работе с данной программой. При планировании экспериментов при помощи SAS мы можем проводить как анализ мощности, так и определять не-

обходимый для достижения заданной мощности размер выборки. Проводить статистическую обработку данных различного уровня сложности, в соответствии с поставленными задачами: дисперсионный анализ, множественный линейный регрессионный анализ, логистическую регрессию, анализ выживаемости и др. Система SAS обладает большими возможностями также и для представления данных: создание графиков, диаграмм, таблиц, как для публикационных, так и презентационных целей. Взаимодействие с программой возможно как в консольном режиме, так и через графический интерфейс, который представляет собой графическую оболочку для упрощенного ввода команд языка программирования SAS.

Рынок программных продуктов продолжает расти. Новые программные пакеты разрабатываются на основе современных компьютерных технологий, которые стремительно развиваются. Возможности программ расширяются, позволяя человеку использовать их не только как подручное средство, облегчающее работу, но и как полноценного помощника, способного решать сложные проблемы биологии и медицины.

ВНУТРИОРГАННАЯ ТОПОГРАФИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

В данной работе анализированы результаты экспериментальных исследований, выполненных на 20 беспородных собаках, где проводилась оценка макро- и микроморфологических особенностей течения воспалительного процесса и распространения некротического процесса в поджелудочной железе в различные сроки моделируемого панкреонекроза.

Моделирование деструктивного панкреатита осуществлялось каналикулярно-гипертензионным способом.

Все животные выведены из опыта на 1,2,3,5 и 7-е сутки. Для проведения морфологических и гистологических исследований во время секции извлекалась поджелудочная железа собаки с подлежащими тканями.

Результаты наших исследований показали, что в начальной стадии (первые сутки) поджелудочная железа значительно увеличена, уплотнена, на разрезе имеет темно-красный цвет, отмечается стертость дольчатой структуры. На 2-3-й день от начала заболевания морфологическая картина определяется развитием деструктивных поражений. Так, при мелкоочаговом и крупноочаговом жировом панкреонекрозе некротические очаги четко отграничены от сохранившейся паренхимы железы. Вокруг очагов жирового некробиоза формируются демаркационная воспалительная реакция. Более выраженные и обширные некротиче-

ские очаги обнаружены на 7-е сутки. В эти же сроки при геморрагическом и смешанном типе поражении паренхимы поджелудочной железы определяются обширные зоны некроза, имеющие неправильные очертания, темнобурую окраску, переходящие на брюшину, покрывающую железу. Гистологические исследования показали, что при субтотальном и тотальном геморрагическом и смешанном поражении поджелудочной железы первоначальная стадия серозного отека быстро сменяется стадией некроза. Затем следуют расплавление и секвестрация некротических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Наши наблюдения показали, что наиболее часто подвергаются к деструктивным изменениям головка поджелудочной железы (в 75% случаев) по сравнению с телом и хвостатым отделом.

Таким образом, из выше изложенного можно заключить что, патоморфологические изменения железы при панкреонекрозе в первую очередь зависят от длительности начала заболевания и от типа поражения паренхимы поджелудочной железы. При геморрагическом и смешанном типе часто развивается субтотальное и тотальное поражение паренхимы поджелудочной железы. При жировом панкреонекрозе часто обнаруживаются мелкоочаговые, реже крупноочаговые очаги некроза.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ ОРГАНОВ ПРИ РАДИАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель. Изучить действие радиационного поражения на иммунокомпетентные органы в эксперименте.

Материалы и методы. Облучение 12 белых крыс проводилось радиоактивным Кобальтом в дозах 6 Грей, одновременно. Через одни сутки и на 15 день после облучения произведены забои, для гистологического исследования взяты материалы: лимфоузлы, селезенка, и отпечатки костного мозга бедренной кости. Материалы фиксированы в абсолютном спирте и залиты в парафин. Срезы толщиной 7, 5, 7 мкр. окрашены: Азур2 - эозином, гематоксилином.

Результаты исследования: Изменения со стороны лимфатических узлов, селезенки, а также лимфатических фолликулярных образований разбросанных по всему желудочно-кишечному тракту принципиально однотипны. В лимфатических узлах обнаруживается

распад лимфатических элементов, остаются одни ретикулярные клетки, сами узлы сморщенные, очень мелких размеров. Селезенка сморщена, в паренхиме лимфоидные фолликулы опустошены.

В первые сутки в костном мозгу отмечается картина усиления функции кроветворения, усиленный лейкоцитоз. На 15 сутки отмечается картина лимфопении и лейкопении. В костном мозге отмечается деструктивные изменения, распад клеточных элементов, что сопровождается уменьшением в периферической крови нейтрофилов, опустошением лимфоцитами лимфатических узлов и селезенки.

Таким образом, лучевое поражение у экспериментальных животных вызывает резкое угнетение функции всех иммунокомплектных органов.

РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ ИХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Цель исследования: изучение состояния внутренних органов при радиационном поражении белых крыс в дозе 6 Гр.

Материал и методы: В отделении лучевой терапии проводилось облучение 12 белых крыс (весом 140-150 грамм) радиоактивным кобальтом в дозе 6 Грей, одномоментно. Через 15 суток проводился забой животных. Для гистологического исследования взяты: тонкий кишечник, печень, почка, легкие, яйцо. Материал фиксирован в 10% р-ре формалина. Парафиновые срезы толщиной 7 мкр. окрашены: гематоксилин - эозином, по Ван Гизону, Азур II – эозином. Поставлена ШИК-реакция на нейтральные полисахариды и гликоген.

Результаты исследования. Нарушена структура печени, дисконплектация печеночных балок и перикапиллярный отек. Картина паренхиматозной и жировой дистрофии. Потеря гликогена печеночных клеток, накопление в стенках сосудов нейтральных полисахаридов. В очагах некроза отсутствуют реактивные изменения, т.е. реакции воспаления и пролиферации.

В почке - очаги некроза, повышенная проницаемость клубочков, накопление белка в капсуле клубочка. Дистрофия и некроз извилистых канальцев, запускание клубочков. В паренхиме отсутствуют реактивные изменения ретикуло-эндотелиальной системы типа воспалений и пролифераций. Отсутствуют клетки ретикулоэндотелия и кровяные элементы.

В кишечнике отмечаются обширные кровоизлияния, очаги некроза, дистрофические изменения по всей слизистой оболочке.

В легких - полнокровие и отек. На основе кровоизлияния и отека легких образуется серозный геморрагический экссудат, лишенный лейкоцитов.

В яичках отмечается резкое угнетение спермогенеза с гибелью семяобразующего эпителия.

Таким образом, радиационное действие в дозе 6 Грей вызывают в печени, кишечнике, легких, почках и яичках выраженные некротические изменения обширного характера.

УДК 615.849:612.017.34-092.9

К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. СУЛТАНОВ, И.Н. НАСИРОВ, Ж.Ш. МАДИХАН,

М.С. КАЙРАКБАЕВА, Ж.Т. НУРГАЗИН

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАДИАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ ГАММА-ИЗЛУЧЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе
РГКП «АОЦСЭЭ», Актюбе

Цель. Изучение морфологических изменений внутренних органов экспериментальных животных при радиационном поражении гамма-лучами в различных дозах.

Методы и материалы. Облучение экспериментальных животных (36 крыс) в дозах 2, 4, 6 Гр проводилось в отделении лучевой терапии Медицинского центра ЗКГМУ им. Марата Оспанова. Забой производился через 24 часа после облучения. Для гистологического исследования взяты: тонкий кишечник, печень, почка, легкие, отпечатки костного мозга бедренной кости. Материал фиксирован в 10% р-ре формалина. Парафиновые срезы толщиной 7 мкр. окрашены: гематоксилин - эозином, по Ван Гизону, Азур II – эозином. Поставлена ШИК-реакция на нейтральные полисахариды и гликоген.

Результаты и их обсуждение. При дозе 2 Гр в препаратах внутренних органов выраженных морфо-

логических изменений не определяется. В костном мозгу несколько усилена функция кроветворения.

При дозах 4 и 6 Гр в печени, почках определяются участки некроза, при этом отсутствуют реактивные изменения. В кишечнике отмечаются кровоизлияния и очаги некроза. В легких явления полнокровия, отека, образования серозного экссудата.

В костном мозгу отмечается распад клеточных элементов, уменьшение в периферической крови нейтрофилов.

Таким образом, при радиационном поражении дозой 2 Гр на вторые сутки выраженных морфологических изменений в внутренних органах экспериментальных животных не определяются, за исключением усиления функции кроветворения в костном мозге. При дозах 4 и 6 Гр во всех исследованных органах отмечаются признаки некротических изменений.

ИЗМЕНЕНИЯ В ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ НА ФОНЕ ИНТОКСИКАЦИИ СОЕДИНЕНИЯМИ БОРА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель. Изучение состояния внутренних органов экспериментальных животных на фоне интоксикации соединениями бора в дозе 5 мг/кг.

Материалы и методы исследования. Гистологическому исследованию подверглись внутренние органы крыс (сердце, легкие, почки) на вторые сутки после интоксикации соединениями бора. Материалы прошли полную гистологическую обработку и залиты в парафиновые блоки. Срезы толщиной 7 мкр. окрашены: гематоксилин-эозином, по Ван Гизону, Азур 2 – эозином и поставлена Шик реакция с амилазой.

Результаты исследования и их обсуждение. На вторые сутки при исследовании эпикард пропитан гемолизированной кровью желто-оранжевого цвета, более выраженные в области крупных сосудов. В центре таких скопления четко определяются эритроциты с пустым просветом, в поле зрения зернистый гемосидерин отсутствует. В миокарде отмечаются участки очагового некроза с дистрофией волокон и единичные лейкоциты. Просветы сосудов оголены, стенки утолщены. Выраженная отрицательная Шик реакция миокарда и резкое истощение гликогена.

В материалах легких нарушена альвеолярная структура, определяются очаговые зоны ателектаза, сочетающиеся с эмфиземой и участками кровоизлияний. Бронхи спазмированы, местами видны мелкие разрывы стенок, в просвете определяются эпителий и слизь. В очагах ателектаза выраженная картина клеточной инфильтрации воспалительного характера. Шик реакция стенок сосудов и мелких бронхов положительная.

На микропрепарате почек отмечается диффузное пропитывание коркового слоя и капсулы гемолизированной кровью. Структура клеточных элементов почек не отмечается, видны лишь базофильные ядра соединительнотканых элементов. Клубочки спавшие, полость капсулы Шумлянско расширена, просвет пуст. Почечные канальцы плохо различимы. В поле зрения также определяются участки очагового некроза.

Таким образом, в исследованных органах крыс на фоне интоксикации соединениями бора определяются признаки острого отравления.

УДК 616.34:615.916:547.27-092.9

И.Н. НАСЫРОВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, К.М. КИБАТАЕВ, А.А. ЖАЙЛАУБАЕВА, С.И. НАСЫРОВ

МОРФОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СОЕДИНЕНИЯМИ БОРА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель. Изучить морфологию органов пищеварения экспериментальных животных при интоксикации соединениями бора в дозе 5 мг/кг.

Материалы и методы исследования. Гистологическому исследованию подверглись органы пищеварения крыс (желудок, 12-перстная кишка, печень и поджелудочная железа) на вторые сутки после интоксикации соединениями бора. Материалы прошли полную гистологическую обработку и залиты в парафиновые блоки. Срезы толщиной 7 мкр. окрашены: гематоксилин-эозином, по Ван Гизону, Азур 2 – эозином и поставлена Шик реакция с амилазой.

Результаты исследования и их обсуждение. Микроскопически в желудке и 12-перстной кишке выявляются дистрофические и некробиотические изменения поверхностного эпителия, с участками эрозии и обнажения до серозных и мышечных слоев.

Структура печени нарушена, сосудистый рисунок не выражен, местами не прослеживается центральная вена. В паренхиме определяются очаговые зоны

некроза по периферии печеночных долек. Гистохимически – неравномерное содержание гранулы гликогена, местами зерна гликогена отсутствуют.

В препарате поджелудочной железы отмечается нечеткость рисунка, в краевой зоне интенсивное кровоизлияние. Местами определяется картина некроза и дистрофические изменения. Дистрофическим изменениям подвержены инсулярные структуры железы, во многих островках ядра инсулиноцитов смазаны или совершенно не видны. В ацинарных клетках железы не просматриваются зимогенные гранулы. Гистохимическая картина при Шик реакции с амилазой показывает резкое истощение и отсутствие шикопозитивных веществ в составе секреторных гранул.

Таким образом, в исследованных органах пищеварения экспериментальных животных на фоне интоксикации соединениями бора определяются признаки кровоизлияния, очаговые некрозы, явления дистрофии и снижения секреторной функции.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В РАБОЧИХ ЦЕХАХ АТЫРАУСКОГО НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. По литературным данным известно вредное воздействие продуктов отхода нефтепродуктов на здоровье работников, в связи повышенным содержанием серы, сероводорода и других ароматических углеводородов (бензол, бензин и др.).

Цель. Выяснение в эксперименте воздействие выбросов Атырауского НПЗ на состояние внутренних органов экспериментальных животных.

Материалы и методы. В заводских цехах АНПЗ содержались 200 крыс белых весом 150-170 гр в течение 90 дней. Для исследования отобраны материалы сердца и легких животных и фиксированы в 10% р-ре нейтрального формалина. Произведена проводка материала и заливка в парафин. Срезы толщиной 7-10 мкр окрашены: гематокемлин-эозином, по Ван Гизону, Азур 2 - эозином и проведена ШИК реакция на гликоген по Шабадашу.

Результаты и их обсуждение. При вскрытии трупов экспериментальных животных в слизистой бронхов отмечается резкое полнокровие сосудов, слизи-

стая покрыта буроватыми массами содержащие продукты распада слизистой и разрушенных гемоглобинов, кислый гематин, метгемоглобин. В пневмонических очагах отмечается деформация и некроз с расплавлением хрящевой ткани мелких бронхов. В зоне распада эластичной ткани легких масса нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов.

Перикард буро красного цвета, в полости определяется жидкая темная кровь. Сердечная мышца дряблая, темного цвета. Сосуды сердца просвечиваются с черноватым оттенком, в просвете жидкая кровь.

Гистологически - выраженная паринхиматозная дистрофия миокарда с мелкими участками некроза и кровоизлияний, исчезновение поперечной полосатости миокарда, расширение межмышечных волокон с замещением соединительной тканью. Количество сосудов резко уменьшены, стенки их утолщены.

Таким образом, в эксперименте отмечается токсический межочечный миокардит, эмфизема легких, пневмосклероз, хроническая бронхопневмония.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ ЖКТ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ АТЫРАУСКОГО НПЗ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель. Изучить в эксперименте воздействие вредных выбросов Атырауского НПЗ на органы желудочно-кишечного тракта экспериментальных животных.

Методы и материалы. В заводских цехах содержались 200 белых беспородных крыс весом 150-170 гр. в течении трех месяцев. По истечении срока животные были забиты. Отобраны материалы для гистологического исследования: пищевод, желудок, тонкий и толстый кишечника разных отделов. Материал фиксированы в 10% р-ре нейтрального формалина, а проводки залиты в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкр окрашены: гематоксилин - эозином, по Ван Гизону, Азур 2 - эозином и поставлена ШИК реакция на нейтральные полисахариды.

Результаты и их обсуждение. При вскрытии трупов отмечается полнокровие внутренних органов. Желудки резко расширены, наполнены пищевыми массами, по ходу кишок неравномерно расширены отдельные участки и резко вздуты. Отдельные участки кишечника резко сужены спайками. Брыжейка и сальник

полнокровны. Слизистая оболочка желудка серо красного цвета, легко отторгается. В отдельных участках стенки разрушены до серозной оболочки. В двенадцатиперстной и тонких кишках наблюдаются участки отторжения омертвевшей слизистой оболочки. Микроскопическое исследование показывают некроз эпителия слизистой оболочки желудка, тонких и толстых кишок. Стенки слизистой желудка при реакции не слизь наряду зонами с резкой ШИК позитивной реакции показывают зоны, где почти не выявляется нейтральная слизь. Гистологически в тонкой кишке отмечаются некроз, дистрофические изменения слизистой и воспалительная инфильтрация.

Таким образом, в условиях длительного содержания в цехах завода АНПЗ у животных отмечается хронический гастрит, дуоденит и энтерит некрозом слизистой их стенок, картина хронического гнойного колита с рубцовым сужением просвета и спаечный процесс всего желудочно-кишечного тракта.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ И ПОЧКАХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАВШИХСЯ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ АТЫРАУСКОГО НПЗ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель. Изучение состояния печени и почек у экспериментальных животных, содержащихся в производственных помещениях Атырауского НПЗ.

Методы и материалы. Для постановки эксперимента 200 белых беспородных крыс (весом 150-170 гр) размещены в цехах завода. По истечении 3 месяцев крысы забиты для гистологического исследования, взяты внутренние органы: печень и почки. Материалы фиксированы в 10% р-ре нейтрального формалина. После проводки и заливки в парафин, срезы толщиной 5-7 мкр окрашены: гематоксилин - эозином, по Ван Гизону, Азур 2 – эозином. Поставлена гликоген ШИК реакция по методу Мак Мануса.

Результаты и их обсуждение. Печень полнокровна. Микроскопически отмечаются выраженные расстройства кровообращения, рисунок печени смазан, нечеткий, резко нарушено дольчатое строение. В поле зрения центральная дольчатая вена почти не обнару-

живается, видны резко расширенные собирательные вены, в просвете их жидкая кровь, распад эритроцитов, отдельные нейтрофилы. Выраженная паренхиматозная и жировая дисфория гепатоцитов. Участки очагового некроза, мелкоочаговая лимфоидная инфильтрация. Стенки сосудов ШИК позитивны, не снимаются амилазой. В гепатоцитах слабо выраженные пылевидные скопления гликогена.

В поле зрения срезов почек отмечается некроз, опустошение клубочков и извитых канальцев. Рисунок канальцев почек не выражен, на их месте отмечается беспорядочное разрастание фиброгенных клеток.

Таким образом, после трехмесячного содержания животных отмечается хроническая токсическая дистрофия печени, лимфостаз, клеточная инфильтрация, очаговые некрозы. В почках некротический нефроз и нефроцирроз с атрофией клубочков и канальцев.

УДК 616.33-018.98:612.017.34:615.916

С.Б.РАХМАНОВ, А.Д.БАЛМАГАМБЕТОВА

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА ЖЕЛУДКА И ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ ХРОМОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Состояние внутренней среды организма зависимо от экологических факторов. Учитывая тот факт, что большинство токсических веществ попадают в организм через пищеварительный тракт, возрастает роль лимфоидных образований и лимфатического русла среди иммунных органов в механизмах защиты и адаптации. По данным ряда исследователей полые органы пищеварительного тракта являются воротами между внутренней и внешней средой, поэтому они рассматриваются как составная часть экзозоологической среды (Сапин М.Р., 2001, Бородин Ю.И., 2009).

Целью исследования явилось изучение морфологии лимфатического русла желудка и лимфоидных образований тонкого кишечника при воздействии бихромата натрия. Эксперимент проведен на 40 белых беспородных крысах с массой 200-250 гр.

При остром воздействии бихромата натрия в желудке и тонком кишечнике белых крыс выявляются реактивные и компенсаторно-приспособительные изменения: характеризуется очаговостью поражения

желудка, очаговое одновременное заполнение кровеносных сосудов и периневрального пространства, за счет повышения проницаемости сосудистых стенок, изменения лимфомикроциркуляторного русла регионарных лимфатических узлов белых крыс при острой хромовой интоксикации выражаются в увеличении объема синусов в результате возрастания лимфооттока в ранние сроки эксперимента (1- и 3-е сутки), а поздние на 7-е сутки опыта – регионарного и общего застоя лимфы. Увеличение числа и объема лимфоидных бляшек во всех отделах кишечника, увеличение удельной площади лимфоидных узелков особенно узелков со светлыми центрами, достоверное уменьшение объема межузелковой зоны, нарушение рециркуляции малых лимфоцитов.

Таким образом, возрастание лимфооттока и увеличение объема синусов и лимфоидных узелков, активные проявления клеточной трансформации при острой хромовой интоксикации является основным звеном развития иммунологической реакции желудочно-кишечного тракта.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ВЛИЯНИЯ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ КРАПИВЫ И КОРНЯ ЛОПУХА С ФЕРРОПРЕПАРАТОМ НА КОСТНЫЙ МОЗГ ЖИВОТНЫХ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель. Провести сравнительный анализ влияния фитопрепаратов «Крапивы масло», «Лопуха корня масло» в комбинации с ферропрепаратом «Сорбифер дурулес» на эритроидный росток костного мозга животных с алиментарной железодефицитной анемией.

Материал и методы: Экспериментальные исследования проведены на 125 беспородных белых крысах-самках массой тела 120-150г. Алиментарную железодефицитную анемию вызывали по методу Адайбаева Т.А. с соавт., животные содержались на малобелковой (6,5%) диете, питье воды заменяли дачей 13% раствора аптечного танина. В экспериментах применялись масляные экстракты «Крапивы масло», «Лопуха корня масло», разработанные на кафедре фармакологии ЗКГМУ им. Марата Оспанова, препарат сульфата железа «Сорбифер Дурулес».

Результаты: Исследование костного мозга животных с алиментарной ЖДА показало, что общее количество эритрокариоцитов снизилось в 1,8 раза по сравнению с показателем контрольной группы. Повышение количества незрелых и снижение зрелых

эритрокариоцитов приводило к снижению индекса их созревания в 1,7 раза. Комбинированное 14 дневное введение масляных экстрактов с препаратом железа вызывало достоверное повышение количества полихроматофильных и оксифильных нормоцитов, что приводило к увеличению эритрокариоцитов в 2,4 и 2,1 раза, при этом индекс созревания повышался на 38,6% и 43,2% по сравнению с показателями у животных с ЖДА.

Выводы: Таким образом, введение препаратов «Крапивы масло», «Лопуха корня масло» в комбинации с ферропрепаратом оказывает выраженное стимулирующее влияние на эритропоэз в костном мозге животных с алиментарной ЖДА. «Лопуха корня масло» с препаратом железа оказывали достоверно более выраженный стимулирующий эффект на темп восстановления эритроидного ростка костномозгового кроветворения, чем «Крапивы масло» с ферропрепаратом, о чем свидетельствует более выраженное повышение количества эритрокариоцитов на стадии полихроматофильных и оксифильных нормоцитов.

УДК 611.611:611.14-07

Л.А. УДОЧКИНА, Э.С. КАФАРОВ

ВЕНОЗНОЕ РУСЛО ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА В ПЛОСКОСТНОЙ, СТЕРЕОПРОЕКЦИИ И ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХМЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития РФ, Астрахань, Россия

Изучение особенностей строения внутри- и внеорганных вен почек представляет не только теоретический интерес, но имеет и существенное практическое значение в связи с широким распространением различных реконструктивных операций производимых на сосудах этого органа.

Целью исследования являлось выявление вариантов строения венозной системы почки человека в плоскостном (2-D), стерео (3-D) изображении и по результатам трехмерного моделирования, а также оценка дифференциально-диагностических возможностей цифровой рентгенангиографии, МСКТ и КТ - исследования в визуализации венозных сосудов почек человека.

Методом определения меры схожести двух образов, основанном на принципе получения среднего сигнала изображения для перцептивного хеширования выявлено, что в плоскостной проекции, инверсии почечных венозных сосудов встречаются в двух вариантах: а) относительно горизонтальной плоскости - подо-

бие принципа конкурирующих кривых линий, обнаруженных в 72 % случаев, и б) относительно фронтальной плоскости - принцип глубины расположения, выявленных в 69 % случаев. При этом степень схожести параметров составляет $simPhi$ (схожесть угла) от 72,86% до 97,30%; $simLen$ (схожесть векторов по длине) составляет от 66,72% до 97,84%.

При анализе КТ с шагом 1 мм средние значения диаметров, длины и углов слияния притоков почечной вены незначительны (98,56% до 99,67%); $simLen$ составляла от 99,30% до 99,81%. Анализ КТ с шагом 2,5 мм после 3Dмоделирования выявил появление грубых деформаций венозных притоков, слияние стволов и появлению дополнительных (несуществующих) венозных притоков (28,6% случаев). При этом, степень схожести параметров составляла $simPhi$ от 89,93% до 98,42%; $simLen$ составляла от 79,69% до 96,53%. На основании полученных данных разработан алгоритм выявления особенностей венозного русла человека.

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ БИХРОМАТОМ КАЛИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

На 32 беспородных крысах-самцах, после острой хромовой интоксикации (внутрибрюшинная инъекция водного раствора бихромата калия в дозе 25 мг/кг) изучались трахеобронхиальные лимфатические узлы в сроки 1,3 и 7 суток.

При остром отравлении бихроматом калия наблюдалось выраженное изменение клеточного состава лимфоидной паренхимы лимфоузла. Так, в корковом плато происходило увеличение количества клеток плазмочитарного ряда. Возрастало количество дегенерирующих клеток и макрофагов. Количество митотически делящихся клеток было заметно ниже, по сравнению с контрольными данными.

В лимфоидных узелках лимфоузла отмечен увеличение количества созревающих плазматических клеток, возрастание численности дегенерирующих клеток и макрофагов. В этой функциональной зоне появляются ассоциации тучных клеток и эозинофилов.

В паракортикальной зоне трахеобронхиального лимфоузла клетки плазмочитарного ряда появляются только на 3 и 7 сутки после острого отравления бихроматом калия. Выявляемые при хромовой интоксикации дегенерирующие клетки к 7 суткам эксперимента составляют почти 4% от общего количества клеток в этой зоне. Количество макрофагов на 3 сутки опыта существенно возрастает.

В мязотных тяжах отмечались еще более выраженные плазмочитарная и макрофагальная реакции. Заметно возрастало количество дегенерирующих и тучных клеток.

Таким образом, на токсическое действие соединений хрома в лимфоидной паренхиме трахеобронхиальных лимфатических узлов происходит выраженная плазмочитарная реакция и увеличение количества дегенерирующих клеток, на последнее лимфоузел отвечает выраженной макрофагальной реакцией.

УДК 616.24-006.6

Т.Ж. УМБЕТОВ, Ж.Е. КОМЕКБАЙ, Г.Д. СУЛТАНОВА, А.Р. КАЛИЕВ

ЛИМФОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКИХ КРЫС

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Работа выполнялась на беспородных белых крысах обоего пола. Материалом для исследования служили кусочки легких. Изучались анатомические особенности, гистологические строения и клеточный состав лимфоидных структур бронхиального комплекса легких.

При изучении лимфоидных образований легких было установлено 3 формы структурных организаций лимфоидной ткани: очаговые лимфоидные скопления, лимфоидные узелки, лимфоэпителиальные узелки.

Очаговые лимфоидные скопления выявляются на любом уровне бронхиального дерева и в интерстиции легких, около сосудов, межальвеолярном и межбронхиальном пространстве. Их размеры незначительны, число клеток не велико, в основном это малые и средние лимфоциты.

Лимфоидные узелки представляют собой довольно плотные скопления лимфоидных клеточных элементов округлой и овальной формы, которые располагаются в подслизистой оболочке крупных бронхов, в собственной пластинке слизистой оболочки средних и мелких бронхов, в стенках кровеносных сосудов. На всей площади узелка можно наблюдать примерно одинаковую плотность клеток, или более низкая в центре, чем в краевой зоне. Клеточный

состав представлен всеми видами лимфоцитов и плазмочитами.

Лимфоэпителиальные узелки встречаются в стенке крупных бронхов. В отличие от лимфоидных узелков они тесно связаны с покровным эпителием, который в этих участках представлен 1-2 рядами кубических клеток без ресничек, отсутствуют бокаловидные клетки, но имеются лимфоциты. В таких узелках можно выделить следующие зоны: 1-субэпителиальная, расположенная под базальной мембраной, состоящая из малых и средних лимфоцитов; 2-центральная, представленная различными лимфоцитами. Со стороны фиброзно-хрящевой оболочки он окружен 3-ей краевой зоной из малых и средних лимфоцитов, которая продолжается в тангенциальном направлении в 4-ую-параузелковую зону, прилежащую к покровному эпителию. В этой зоне преобладают малые и средние лимфоциты. Эти лимфоэпителиальные узелки часто имеют грушевидную форму.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что лимфоидная ткань имеет место во всех отделах бронхиального дерева и паренхимы легких.

**ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН
КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ
МАҢЫЗДЫ СҰРАҚТАРЫ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕ-
СТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
КДП №3, Актобе

По данным литературы, частота артериальной гипотензии (Аг) у детей в различных климатогеографических регионах составляет от 3,1 % до 20,9 % , а артериальной гипертензии (АГ) - от 1 % до 12 % .

В литературе подчеркивается возможность трансформации отклонений артериального давления (АД) в гипертоническую и гипотоническую болезни. Имеется сведения, что контингент больных с гипертонической болезнью пополняют не только дети, страдающие артериальной дистонией с высокими показателями АД, но и с низкими, так как неустойчивость сосудистого тонуса, наблюдаемая при артериальной гипотензии, нередко становится первым этапом на пути формирования гипертонической болезни .

Обследовано – 55 детей в детских дошкольных учреждениях г. Актобе. Оценку показателей артериального давления (АД) проводили в динамике неоднократно, по центильным таблицам. При повторном исследовании сохранение АД ниже 5 - 10% считалось – артериальная гипотензия (Аг), а повышение выше 90% центильного коридора считалось - высокое нормальное АД - (ВНАД) и 25 - 50% центильного коридора считалось нормальное АД. По результатам исследования

сформированы следующие группы: первая - дети с артериальной гипотензией (Аг) - 30; вторая группа дети с высоким нормальным уровнем АД (ВНАД) - 25. Из них девочек – 52,7%, мальчиков – 47,8%.

В результате клинического исследования установлено, что у детей с Аг основными симптомами в дошкольном возрасте являются: головная боль у 14 (46,6%); общая слабость у 17(56,6%); мраморный оттенок кожи у 5 (16,6%) и кожные изменения в виде бледности кожных покровов у 4 (13,3%), боли в области сердца у 5 (16,6%) детей. Во второй группе, у детей с ВНАД также основными симптомами является общая слабость у 9 (36%), боли в животе у 7 (28%) детей. Боли в основном носили функциональный характер. Бледность кожи наблюдалась у 6 (24%), респираторные нарушения в виде вздохов определены у 6 (24%)детей.

Таким образом, основными клиническими симптомами артериальной гипотензии у детей раннего и дошкольного возраста являются головная боль, изменение кожных покровов в виде мраморности и общая слабость, у детей с ВНАД - общая слабость, боли в животе.

УДК 616-0.37 : 618.439 (574.13)

К.Б. АБДРАХМАНОВ, Н.Б. БИСАЛИЕВ, Р.Н. БИСАЛИЕВА, Д.К. БЕКНИЯЗОВА

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НЕДОНОШЕННЫХ И ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА 2010 ГОД

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе,
Городская детская клиническая больница, Актобе,
Актюбинский медицинский колледж имени М. Маметовой, Актобе

Одним из интегрированных показателей здоровья населения является патологическая пораженность детей раннего детского возраста и качество их реабилитации. Именно патологическая пораженность определяет структуру младенческой смертности в том или ином регионе.

Поэтому своевременное и адекватное лечение любых проявлений имеющихся заболеваний, становятся патогенетически оправданными мероприятиями профилактики перинатальных и младенческих потерь.

Целью данного исследования является анализ причин смерти детей от различных причин с позиции распространенности соматической пораженности у умерших детей по данным ГДКБ г. Актобе.

Материалы и методы исследования. Нами подробно проанализированы медицинские карты стационарного больного и протоколы патологоанатомического исследования трупов 49 умерших детей в ГДКБ за 2010 год с учетом поставленной цели настоящего исследования.

При анализе основных причин смерти (ведущих клинических диагнозов) 49 медицинских карт стационарного больного умерших детей родившихся недоношенными (28) и доношенными (21) в 2010 году от-

мечается, что, среди недоношенных, в структуре этой смертности преобладала церебральная ишемия II – III степени – 85,7 %, внутриутробная пневмония и ателектазы легких – по 71,7 %, внутрижелудочковая кровоизлияния в головном мозгу – 67,8 %, морфофункциональная недостаточность - 64,2 %, отечно – геморрагический синдром - 39,2 % и другие, а среди доношенных преобладали случаи врожденного порока сердца – 52,3 %, внутриутробная пневмония – 47,6 %, церебральная ишемия и внутрижелудочковые кровоизлияния в головной мозг по 42,8 %, которые свидетельствуют о необходимости разработки мероприятий по предупреждению младенческой смертности от этих факторов, а также отмечаются тенденции роста отечно-геморрагического синдрома, энтероколита и внутриутробного сепсиса среди недоношенных.

Таким образом, проведенный нами тщательный анализ 49 случаев смерти детей позволил выявить решающее влияние соматической пораженности беременных женщин и сделать вывод о необходимости исследования женщин детородного возраста до наступления беременности на наличие внутриутробной инфекции, а при необходимости принимать меры по лечению и оздоровлению;

59

своевременного выявления и адекватного лечения любых гнойно-воспалительных заболеваний во время беременности, особенно инфекций мочевыводящих и половых путей; санация очагов хронической инфекции

и своевременное противорецидивное лечение хронических рецидивирующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний.

УДК 616.12-008.331.1

А.У. АБДУЛЛИНА, А.Н. ЖБАНОВА, Р.С. ЦАРЕВА, А.С. АЛТЫБАЕВА

ВЛИЯНИЕ ДИСПЕПСИИ НА ТЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Известно, что существует зависимость клинических проявлений коронарной патологии от наличия диспепсического синдрома. Существовали диагнозы (холецисто-кардиальный синдром), были наблюдения об эффективности комбинированного лечения стенокардии и гастро-дуоденальных расстройств.

Цель исследования – оценка влияния диспепсических нарушений на течение стабильной стенокардии у больных ИБС. Материал и методы. Проведено амбулаторное клинко-инструментальное обследование 36 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сопровождающимися диспепсическим синдромом, и ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией. Средний возраст больных был $54 \pm 12,3$ лет. Были сформированы две группы. 1-я группа ($n=15$) включала пациентов со стенокардией напряжения без диспепсических жалоб, вторую группу ($n=21$) составили больные со стенокардией и диспеп-

сическим синдромом. Результаты. При анализе Холтеровского мониторирования электрокардиографии (ЭКГ) выявлено, что длительность ишемии миокарда в течение суток во второй группе в среднем в 4,2 раза больше, чем в первой. Анализ количества эпизодов ишемии миокарда в течение суток показал, что сочетание ИБС с диспепсическим синдромом связано с их увеличением в 2,8 раз по сравнению с первой группой. Кроме этого, у пациентов с ИБС и сопутствующими заболеваниями ЖКТ было в 2,1 раз больше эпизодов безболевого ишемии миокарда в ночное время по сравнению с пациентами первой группы. При анализе соотношения эпизодов изжоги и ишемии миокарда выявлено, что изжога связана с увеличением длительности эпизодов ишемии.

Таким образом, наличие диспепсического синдрома влияет на характер стенокардии, увеличивая частоту и длительность эпизодов ишемии миокарда.

УДК 616.24:615.03

Ш.А. АБЕНОВА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕТИД МУЛЬТИДИСК У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Областной медицинский центр, Кызылорда

Цель исследования: оценить эффективность комбинированного препарата серетид мультидиск (50 мкг сальметерола и 250 мкг флютиказона пропионата в 1 дозе) у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы: серетид мультидиск применялся у 18 больных бронхиальной астмы средней степени тяжести. Возраст больных от 18 до 49 лет, средний возраст составил $47,8 \pm 2,1$ лет. Назначался препарат по 2 ингаляции (50/250 мкг) 2 раза в день в течение 6 месяцев. У всех больных наряду с бронхиальной астмой имелись сопутствующие заболевания: аллергический ринит у 4 больных (22,2%), атопический дерматит у 3 больных (16,7%), поллиноз у 5 больных (27,8%), пищевая аллергия у 2 (11,1%). У двух больных (11,1%) бронхиальная астма сочеталась с хронической пневмонией, т.е. локальным пневмосклерозом. Длительность заболевания к моменту начала исследования составляла в среднем $6,8 \pm 2,4$ лет. Состояние больных оценивалось по ВАШ по десятибалльной шкале методом анкетирования.

Результаты исследования: на фоне лечения серетид мультидиском отмечена положительная динамика в состоянии всех больных. При анкетировании 12 больных (66,7%) оценили эффект от лечения как «очень хорошо», 4 больных (22,2%) как «намного лучше». Причем значительный эффект отмечался уже после первого месяца терапии. Тенденция к улучшению состояния больных в течении терапии сохранялась. Число дней в месяц без симптомов бронхиальной астмы до начала лечения составляло 5 дней, после первого месяца лечения 17 дней, а после шестого месяца лечения 24 дня. Отмечена положительная динамика функции внешнего дыхания. Прирост показателей к концу наблюдения составил: ФЖЕЛ на 19,7%; ОФВ₁ на 25,6%.

Выводы: серетид мультидиск является эффективным препаратом для лечения бронхиальной астмы средней степени тяжести, в том числе протекающих с сопутствующей патологией. Переносимость препарата была удовлетворительной.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА

Областная клиническая больница, Атырау

В медицинской практике оценка качества жизни больного имеет как прогностическое значение, так и как система показателей количественного анализа для фармакоэкономического обоснования различных схем лечения. Синдром нарушенного пищеварения при холецистите на фоне описторхоза обусловлен не только нарушениями синтеза и экскреции желчи в печени, но и патогенезом описторхоза. Основным методом лечения нарушенной функции гепатобилиарной системы это консервативная блокада энтерогепатической циркуляции желчных кислот. Изменение структуры желчной мицеллы в 12-ой кишке нарушают эмульгирование жиров, снижают действие панкреатической липазы. Интерес к изучению холестероза внепеченочных желчных протоков с каждым годом усиливается и связано с функциональными нарушениями внепеченочной билидинамики. В связи с тем, что нарушение функций печени и внепеченочные билиарные дисфункции в патогенезе липидного дистресс-синдрома имеют главенствующее значение, их устранение является пунктом номер один в стратегии диагностики и лечения. Обследован больной Ж., 15 лет, с признаками холецистита. При осмотре больного печень выступает из-под правого подреберья, уплотнена. Диагно-

стика описторхоза по клинической картине заболевания трудна из-за отсутствия симптомов и синдромов, характерных только для данной болезни. При осмотре пациента желчный пузырь значительно увеличен и напряжен. Пальпация поджелудочной железы болезненна. В крови пациента признаки аллергии. При микроскопии дуоденального содержимого определяется во всех порциях увеличение количества лейкоцитов, эпителиальных клеток и детрита, кристаллов билирубина и холестерина, личинки гельминтов. Нарушение двигательной функции желчного пузыря отмечается по гипокинетическому типу дискинезии. Адекватная терапия значительно улучшает показатели качества жизни при любом методе лечения холецистита и снижает зависимость пациента от строгой диеты. Больному назначена диета (стол №5 и №5п). Таким образом, синдром нарушенного пищеварения при холецистите на фоне описторхоза обусловлен не только нарушениями синтеза и экскреции желчи в печени, но и патогенезом описторхоза. Оценка качества жизни больного имеет прогностическое значение и применяется как система показателей количественного анализа для фармакоэкономического обоснования схем лечения.

УДК 612.014.47:616-001.717-089

Н.К. АБИШЕВ

ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ВРАЩАЮЩИМИСЯ МЕХАНИЗМАМИ

ГКП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи», Актобе

Возникающие повреждения при контакте с вращающимися механизмами (электро- и бензопилы, циркулярные пилы, «болгарки»), в связи с высокой скоростью режущих элементов носят тяжелый характер, имеют свои характерные особенности и требуют индивидуального подхода в выборе тактики и оперативного лечения, иногда и различных реконструктивных хирургических вмешательств.

За период 2007-2012г.г. в травматологическом отделении БСМП проходило лечение 118 больных, получивших повреждения от вращающихся механизмов. Возраст больных составил - 17-60 лет, все – мужчины. Самостоятельно обратились 49(41,5%) пострадавших, 69(58,5%) - доставлены машиной скорой помощи. По локализации повреждений конечностей распределились следующим образом: поражения кисти и пальцев составили – 68(57,6%), стоп и пальцев стоп – 40(33,9%), предплечья – 4(3,4%), голени – 6(5,1%).

Всем больным в экстренном порядке были проведены оперативные вмешательства под местной инфильтрационной анестезией – 59(50%), под внутривенной анестезией с промыванием по Сызганову-Ткаченко-49(41,5%), у 10 больных (8,5%) проводилась общая анестезия. Характер оперативных вмеша-

тельств: первичная хирургическая обработка (ПХО) ран кисти и пальцев с восстановлением сухожилий - у 40(33,9%), с восстановлением сухожилий и остеосинтезом костей кисти с помощью спиц – 25(21,2%), с восстановлением сухожилий и остеосинтезом плюсневых костей стоп с помощью спиц – 27(22,9%), ПХО ран голени и предплечья с восстановлением мышц и сухожилий – 18(15,3%), формирование культи пальцев кисти – 5 (4,2%) и стоп -3 (2,5%). При первичном восстановлении сухожилий учитывался характер повреждения сухожилия. При больших дефектах и разволокнения концов сухожилий восстановление первичный шов на сухожилие не накладывался. Проводилась лишь ПХО с восстановлением мягких тканей дефекта. Гнойное осложнение в виде нагноения ран возникло у 10 (8,4%).

Таким образом, повреждения конечностей вращающимися механизмами характеризуются обширностью повреждения мягких тканей, в том числе и сухожилий, и переломов костей. Наиболее оптимальным способом фиксации отломков при переломах костей кисти и стоп является остеосинтез их спицами. При этом механизме повреждений отмечена высокая частота нагноений мягких тканей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМБРОБЕНЕ У ДЕТЕЙ

Детская городская поликлиника, Актау

Актуальность: в структуре заболеваний дыхательной системы острый трахеит, острый бронхит занимают лидирующее положение. Улучшение дренажной функции бронхов – одно из важнейших условий эффективного лечения больных трахеитов, бронхитов, альвеолитов. В связи с этим возникает необходимость применения эффективных препаратов для купирования кашля при респираторной патологии.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности амбробене (компания MERCKLE) при лечении детей с респираторной патологией.

Материалы и методы: проведены исследования по оценке эффективности различных отхаркивающих средств в комплексной терапии 51 детей в возрасте от 1 до 16 лет с острой и хронической бронхолегочной патологией в поликлинических условиях. Из них 10 детей (19,6%) получили мукалтин, 11 (21,6%) – бромгексин, 4 (7,8%) – йодистый калий, 5 (9,8%) – ацетилцистеин, 21 ребенок (41,6%) получали амбробене в

обычных терапевтических дозировках. Параллельно детям по показаниям назначались препараты других групп: антибиотики, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия, витамины.

Результаты: у 17 детей (80,9%), получавших амбробене, эффект наступал на 3-4 день заболевания, в то время как при лечении бромгексином у 8 детей (72,7%) на 4-5 день, мукалтином (80,0% детей) и йодистым калием (75,0% детей) – на 5-7 день болезни. Применение ацетилцистеином у 3 детей (7,0%) сопровождалось усилением бронхоспазма, что значительно увеличивало сроки выздоровления. Наиболее ранее выздоровление наступало при назначении детям амбробене (в среднем на 3-5 дней раньше, чем при лечении остальными средствами).

Выводы: сравнительно ранний и стойкий клинический эффект при лечении амбробене определяет перспективу широкого применения препаратами при выборе отхаркивающих средств у детей.

УДК 616.9: 615.015.8

К.Ш. АЙМАГАМБЕТОВА

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛ

Актюбинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, Актобе

Высокая заболеваемость населения Актюбинской области сальмонеллезом (15,2 на 100 тыс. населения), их значительный удельный вес в этиологической структуре острых кишечных инфекций (от 4,3 до 19,7%) и высокая (69,3 %) высеваемость сальмонелл от здоровых лиц указывают на актуальность проблемы. Причину широкой распространенности сальмонелл среди людей многие исследователи видят в их экологической пластичности и повсеместном росте резистентных штаммов к антибактериальным и дезинфицирующим средствам.

Целью наших исследований является составление антибиотикограммы сальмонелл в зависимости от их серологической и экологической принадлежности. Чувствительность к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом.

Сальмонеллы основных групп до 95% случаев были представлены видами *S. typhimurium* и *S. enteritis*. Сальмонеллы редких групп составили около 5% всех выделенных культур. Чувствительность сальмонелл редких групп к антибиотикам в целом до 7-10% ниже, чем сальмонелл основных групп. Сальмонеллы

основных групп, выделенные от больных проявляли очень высокую чувствительность ко всем цефалоспорином. Сальмонеллы, выделенные от здоровых людей на 5-7% менее чувствительны к цефалоспорином, а также к левомицетину и ампициллину. Выделение резистентных культур из этой же группы к ампициллину, цефалоспорином и левомицетину достигает 47%. Степени активности антибиотиков к сальмонеллам обеих групп, независимо от источника выделения, следующая (по убывающей): цефалоспорины – аминогликозиды – левомицетин – ампициллин- эритромицин. Сальмонеллы редких групп оказались в целом менее чувствительными (до 17-20%), чем сальмонеллы основных групп почти ко всем испытуемым антибиотикам. Все сальмонеллы, независимо от серологической и экологической принадлежности, оказались высоко резистентными к полимиксину.

Таким образом, для санации источников сальмонеллезной инфекций независимо от характера источника и серологической принадлежности возбудителей, препаратами выбора являются цефалоспорины.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ

Актюбинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы,
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

На сегодняшний день становится очевидным, что противоэпидемические мероприятия в борьбе с кишечными инфекциями, в частности с сальмонеллезами не дают желаемого результата. Прежде всего это касается внутрибольничных сальмонеллезов, длительности бактерионосительства, быстрого распространения бактерий среди контактных, санации источников инфекции и нейтрализации факторов передачи возбудителей.

В 2011 году высеваемость сальмонелл в очагах у контактных достигала 69,3 %, т.е. контагиозность сальмонелл стала сравнима с воздушно-капельными инфекциями. Такому быстрому распространению возбудителей сальмонеллезной инфекции способствуют сложившиеся социально-экономические и природно-климатические условия. По мнению многих исследователей немало важными являются особенности биологических свойств сальмонелл. Без учета изменяющихся биологических

свойств сальмонелл, унифицированные противоэпидемические мероприятия проводимые при кишечных инфекциях по отношению к сальмонеллозам окажутся не эффективными. В связи с этим считаем, что периодическое микробиологическое слежение за эпидемиологическими значимыми субъектами и объектами являются необходимым условием повышения эффективности противоэпидемических мероприятий в борьбе с сальмонеллезами. При этом микробиологический мониторинг включает не только дифференциацию сальмонелл до серологических вариантов, но и обязательное фаготипирование и определение резистентности их к внешним факторам. Такие мероприятия дали бы возможность определить пути и ареал распространения конкретного серовара сальмонелл, установления источника возбудителя, коррекции противоэпидемических мероприятий и в конечном результате сокращению заболеваемости населения сальмонеллезами.

УДК 614.3:616.34-008.87(574.13)

Қ.Ш. АЙМАГАМБЕТОВА

РАЗНОВИДНОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ ЗА ПЕРИОД 2009-2011 ГГ. ПО АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

РГКП Актюбинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы КГСЭН МЗ РК, Актюбе

Условно – патогенные бактерии *Escherichia coli*, *Bacillus cereus*, различные виды протей, клебсиелл, вибрионов, энтерококков являются возбудителями пищевых токсикоинфекций. Материалом для исследования являются рвотные массы, промывные воды желудка, испражнения, остатки пищи. Для диагностики используют бактериологический метод. За 2009/2011 гг. проведены исследования патологического материала от больных с диагнозом «Пищевая токсикоинфекция». Пищевые токсикоинфекции (ПТИ) – это острые неконтагиозные заболевания, возникающие в результате употребления пищи, массивно обсемененной определенными видами микроорганизмов или содержащей токсичные для организма вещества микробной или немикробной этиологии. Токсикоинфекции смешанной этиологии вызываются содружеством 2-3 возбудителей (*B.cereus* и *S.aureus*; *Escherichia coli* и *S.aureus* и т.д.). За период 2009/2011 гг. из биоматериалов больных ПТИ в основном высеивается патогенный стафилококк (2009 г. – 6,4%; 2010 г. – 4,8%; 2011 г. – 5,1%). Дифференцирование штаммов стафилококка проводят методом фаготипирования, биотипирования,

по чувствительности к антибиотикам и по выявлению плазмид. Биотипирование, серотипирование и определение чувствительности к антибиотикам оказались неэффективными, лишь 25% удалось фаготипировать. Более перспективным методом является плазмидный анализ. Кишечная палочка хорошо высеивалась на средах Плоскирева, Эндо, Левина, а также на среду обогащения Мюллера и составила 1,7%, 0,5% и 0,4% в соответствующие годы. Для решения вопроса об этиологической роли возбудителя в возникновении ПТИ необходимо учитывать ряд критериев: выделение эшерихий определенных сероваров, относящихся к пяти категориям, в монокультуре в сочетании с непатогенными сероварами эшерихий; массивное выделение энтеротоксигенных кишечных палочек (10^6 /г фекалий и более) и значительное их преобладание над представителями другой условно-патогенной флоры. Таким образом, в основе профилактики ПТИ является строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований на объектах общественного питания и водоснабжения, выявление источников инфекции в медицинских учреждениях, изоляция и лечение больных.

АКУШЕРЛІК ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ПЕРИТОНИТТІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жедел медициналық көмек ауруханасы, Ақтөбе

Акушерлік операциядан кейінгі перитонит - басқа хирургиялық және гинекологиялық операциялардан аса өзгешелігі бар «Кесар тілігі» операциясынан кейін дамиды ерекше перитонит.

Оның ерекшеліктері:

- акушерлік операциядан кейінгі перитонит қосалқы аурулармен қажымаған фертильдік (тоқтаспаған) жастағы, денсаулығы жақсы әйелдерде кездеседі;

- жүкті әйелдің үлкен гормоналды өзгеріске ұшыраған, бейімделу және иммунобиологиялық қорғану механизмі нашарлаған жағдайында, жыныс жолдарынан қан кетуден кейін дамиды;

- этиологиясы мен патогенезінде жетекші рөлді, әсіресе бастапқы кезде, әйелдердің жыныс

ағзаларындағы шартты – патогенді микробтар атқарады. Негізінен факультативті анаэробтар мен облигатты клостриальдық емес анаэробты микробтардың ассоциациясы;

- акушерлік перитонит көбіне ауыр ағымды эндометритпен қосарланады. Эндометриттің клиникалық ағымын перитониттен ажырату үлкен қиындық туғызады;

- акушерлік операциядан кейінгі перитонитте перитониттің клиникалық ағымының бірінші, яғни реактивті сатысы жоқ немесе өте әлсіз, сондықтан 2 сатылы ағым – токсикалық және терминальдық сатылар тән.

Акушерлік перитонитті кешенді емдеу барысында аталған ерекшеліктерді ескеру қажет.

УДК 616.381-002:618.3

А.Н. АҚАТАЕВА

АКУШЕРЛІК ПЕРИТОНИТКЕ БЕЙІМДЕУШІ ФАКТОРЛАР

Жедел медициналық көмек ауруханасы, Ақтөбе

Акушерлік операциядан кейінгі перитониттің пайда болуының қауіпті факторлары бар екені белгілі. Олардың ішіндегі ең қауіптісі – ұзаққа созылған сусыз кезең. Су кеткеннен кейін 6 сағатта залалдануға тест оң мәнді, ал 12 сағат және одан жоғары барлық жағдайда эндомиетриттің белгілері бар.

Операциядан кейінгі перитониттің қынап арқылы тексерудің жиілігімен тікелей байланысы бар екені анықталған. Су кеткеннен кейін қынап арқылы тексеру 3 және одан көп болса, операциядан кейін инфекция дамуға бейімділік өте жоғары.

Этиологиялық факторларға созылмалы қабыну ошақтары, анемия, семіздік, экстрагенитальдық аурулар, ауруханада ұзақ жату, зәр шығару жолдарының инфекциясы жатады.

Кесар тілігі операциясының өзі көптеген қорғану механизмдерін әлсіретіп, инфекцияның таралуы мен өршуіне себепкер болады. Операциядан кейінгі ерте уақытта іріңді – қабыну процессіне бейімдеуші факторлар көп: тромб түзілуіне байланысты жергілікті қан айналым нашарлайды, бөгде дененің болуы (тігістері жіптер), тіндердің тілік аймағындағы деструкциясы, ұйыған қан және т.б.

Инфекцияның белсенді түрге көшкендігінің нағыз белгісі, әрі өрши келе перитонит даму барысындағы себептің басты көзі – эндометрит.

Сондықтан акушерлік перитониттің алдын алудың негізгі мақсаттарының бірі – эндометритпен күресу.

УДК 616.381-002:618.3

А.Н. АҚАТАЕВА

АКУШЕРЛІК ПЕРИТОНИТКЕ БЕЙІМДЕУШІ ФАКТОРЛАР

Жедел медициналық көмек ауруханасы, Ақтөбе

Акушерлік операциядан кейінгі перитониттің пайда болуының қауіпті факторлары бар екені белгілі. Олардың ішіндегі ең қауіптісі – ұзаққа созылған сусыз кезең. Су кеткеннен кейін 6 сағатта залалдануға тест оң мәнді, ал 12 сағат және одан жоғары барлық жағдайда эндомиетриттің белгілері бар.

Операциядан кейінгі перитониттің қынап арқылы тексерудің жиілігімен тікелей байланысы бар екені анықталған. Су кеткеннен кейін қынап арқылы тексеру 3 және одан көп болса, операциядан кейін инфекция дамуға бейімділік өте жоғары.

Этиологиялық факторларға созылмалы қабыну ошақтары, анемия, семіздік, экстрагенитальдық аурулар, ауруханада ұзақ жату, зәр шығару жолдарының инфекциясы жатады.

Кесар тілігі операциясының өзі көптеген қорғану механизмдерін әлсіретіп, инфекцияның таралуы мен өршуіне себепкер болады. Операциядан кейінгі ерте уақытта іріңді – қабыну процессіне бейімдеуші факторлар көп: тромб түзілуіне байланысты жергілікті қан айналым нашарлайды, бөгде дененің болуы (тігістері жіптер), тіндердің тілік аймағындағы деструкциясы, ұйыған қан және т.б.

Инфекцияның белсенді түрге көшкендігінің нағыз белгісі, әрі өрши келе перитонит даму барысындағы себептің басты көзі – эндометрит.

Сондықтан акушерлік перитониттің алдын алудың негізгі мақсаттарының бірі – эндометритпен күресу.

УДК 616.381-002.3

Н.А. АҚАТАЕВ

ЖАЙЫЛҒАН ІРІНДІ ПЕРИТОНИТТІҢ АУЫРЛЫҒЫН АНЫҚТАУДАҒЫ ОБЪЕКТИВТІ КРИТЕРИЙЛЕР

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жайылған іріңді перитонитті кешенді емдеу барысында оның ауырлық ағымына әсер ететін қауіпті факторларды ескеру қажет.

Клиникалық белгілермен қатар оған төмендегідей объективті критерийлер жатады:

- ауру жағдайын анықтауда кеңінен қолданылып жүрген интегралдық шкалаларды пайдалану (APACHE, APACHE II, APACHE III, SAPS, SOFA, MODS және т.б.);

- перитониттің өзінің ерекшеліктеріне негізделген спецификалық шкалаларды пайдалану (перитониттің Мангеймдік индексі-ПМИ, релапаротомияның болжамдық индексі-РБИ);

- гомеостаздың кейбір жекелеген көрсеткіштерін жағымсыз нәтиженің (ақырдың) тәуелсіз болжамдары есебінде пайдалану.

Бірінші топтағы шкалалар перитонитке спецификалық емес, олар басқа да қатаң дерттердің ауырлық дәрежесін анықтауда қолданылатын интегралдық шкалалар (кірігу, бірігу шкалалары) болып есептеледі.

Абдоминальдық сепсиспен асқынған жайылған перитониттің ақырын болжауға тән қолданбалы шкалалар болып екінші топтағы перитониттің Мангеймдік индексі (ПМИ) және релапаротомияның болжамдық индексі (РБИ) есептеледі.

Үшінші топқа альбуминнің эффективті концентрациясын (АЭК)- транспорттық қызметті атқаруға жеткілікті концентрацияны жатқызады.

Жоғарыдағы келтірілген шкалалардың бағамдық маңызы (құндылығы) әртүрлі:

- APACH II - науқас жағдайының ауырлығын анықтау және патологиялық процесстің ағымын бағалау үшін қолданылады. SAPS шкаласын да осы мақсатта пайдаланады.

- SOFA және MODS – көп ағзалық дисфункцияның ағымын және емдеу іс-әрекетінің тиімділігін анықтау үшін;

- Мангейм индексі – операция кезінде іш қуысы ағзаларының және іш пердесінің қабыну-деструкциясын анықтау үшін;

- Релапаротомияның болжау индексі – қайтара операция жасау мүмкіндігін болжау үшін.

УДК 616.348-002.44-08

Н.А. АҚАТАЕВ, М.Н. ЖУМАБАЕВ, М.М. МУКУШЕВ, Б.М. ШАГИРОВ, М.Е. БАЛШАМБАЕВ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе.

Приоритетным направлением в лечении неспецифического язвенного колита (НЯК) является консервативная терапия, к хирургическому вмешательству прибегают только при развитии у пациента жизненно-опасных осложнений (перфорация толстой кишки, токсическая дилатация, массивное кровотечение, рубцовое сужение с нарушением пассажа кала). Лечебная тактика при НЯК определяется локализацией патологического процесса в толстой кишке, его протяженностью, тяжестью атаки, наличием местных или системных осложнений.

Лекарственные препараты, используемые для лечения НЯК, можно разделить на 2 группы. Первая - включает в себя препараты содержащие 5-АСК (месалазин), кортикостероиды и иммунодепрессанты. Одним из наиболее эффективных препаратов, содержащих месалазин, является Салофальк.

При хроническом непрерывном течении НЯК и в случаях гормональной зависимости целесообразно назначение Азатиоприна (1,5-2,5 мг/кг массы тела в сутки).

Дополнительная терапия включает применение антибактериальных средств, пробиотиков, препаратов полиненасыщенных жирных кислот, методов экстракорпоральной детоксикации. Симптоматическое лечение направлено на купирование диареи, анемии, коррекцию белковых и электролитных нарушений, регидратацию, дезинтоксикацию.

Противорецидивное лечение, согласно одной из точек зрения, рекомендуется проводить пожизненно, но учитывая стоимость препаратов и риск побочных эффектов при их длительном применении, возможно применение другой тактики. Так, после купирования атаки назначается поддерживающая доза аminosалицилатов сроком на 6 мес. При этом, если не было проявления обострения заболевания и при контрольном эндоскопическом исследовании наблюдается ремиссия, то лечение можно прекратить. Если же за это время требовалось увеличить дозу аminosалицилатов для устранения симптомов обострения, то противорецидивное лечение необходимо продолжить еще на полгода.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ГЛУБОКОГО ГИДРОЛИЗА БЕЛКА ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Областной перинатальный центр, Актобе

Преждевременно родившиеся дети нуждаются в питании, адекватно отвечающей их особым потребностям. У глубоко недоношенных детей снижены липолитическая активность и выработка желчных кислот, протеолитическая, лактазная активность. Одним из специальных продуктов для энтерального вскармливания недоношенных детей являются безлактозные смеси на основе глубокого гидролиза белка, содержащие среднецепочечные триглицериды. Помимо глубокой недоношенности показаниями для их назначения являются органические заболевания кишечника, состояния после операций на желудочно-кишечном тракте, полиорганное атопическое заболевание.

В отделении патологии новорожденных нашей медицинской организации для вскармливания детей с массой тела при рождении от 500 до 1400 граммов применялась смесь «Нутрилон Гастро», полностью отвечающая вышеперечисленным характеристикам. Назначалась смесь с 1-2 суток жизни, продолжительность вскармливания – в среднем 3 недели. Должный

суточный объем питания определялся энергетическим методом. Результаты наблюдения показали, что данная лечебная смесь обеспечивает адекватную динамику физического развития, хорошо переносится детьми, диспептические нарушения на фоне вскармливания не выявлены. В копрограмме в раннем неонатальном периоде экскреция нейтрального жира была небольшой, а к окончанию периода наблюдения нейтральный жир не определялся. Убыль массы тела составляла от 5,4% до 10,6%. Постнатальный возраст восстановления массы тела при рождении был 14-15 дней.

Таким образом, для выхаживания недоношенных новорожденных детей для уменьшения дефицита энергообразующих нутриентов в течение ранней постнатальной адаптации рекомендуется использовать смеси безлактозные смеси на основе глубокого гидролиза белка, содержащие среднецепочечные триглицериды.

УДК 616.25-002.5-07(083.131)

А.В. АЛИЕВ, М.А. ЗЕЙНАЛОВ

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННЫХ

Отделение легочных заболеваний, Губинская Центральная Районная Больница, Губа, Азербайджан

Целью данного исследования являлось изучение частоты выявляемости экссудативного плеврита различной этиологии у беременных женщин поступивших в Кубинский Региональный Перинатальный Центр (КРПЦ) для принятия родов. В течение 2011 года в кабинете ультразвукового исследования (УЗИ) КРПЦ было обследовано 98 беременных женщин поступивших в КРПЦ для принятия родов.

Возраст больных варьировал в пределах 28-41 лет. Это были женщины, переносившие нормальную беременность. У 6 из этих женщин при УЗИ была выявлена патологическая жидкость в плевральном синусе с права, у 4 женщин с лева, и у одной женщины с обеих сторон. У 8 из этих женщин никаких клинических проявлений экссудативного плеврита не наблюдалось. У 3 больных в течение недели наблюдались одышка, субфебрильная температура, тошнота. При флюорографическом исследовании наличие патологической жидкости в плевральной полости была подтверждена.

Больные были проконсультированы в отделении легочных заболеваний. После полного обследования больных у 9 женщин был установлен диагноз экссудативного плеврита туберкулезной этиологии и у 2 женщин неспецифической этиологии. Согласно клиническому протоколу у 8 женщин с экссудативным плевритом туберкулезной этиологии роды принимались в отделении легочных заболеваний. Одна больная была направлена в Республиканский Перинатальный Центр. Следует отметить, что роды прошли удачно, состояние новорожденных в норме. 8 женщин продолжили специфическую терапию в стационаре отделения легочных заболеваний.

Эпидемиологическая ситуация в северных районах Азербайджана повышает риск заболеваемости беременных женщин туберкулезом. Данное исследование показало, насколько важна фтизиатрическая настороженность работников УЗИ кабинетов родильных и гинекологических отделений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЛОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ СИФИЛИСА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Одной из важных проблем в лечении сифилиса остается проблема серологической резистентности и замедленной негативации серологических реакций после лечения сифилиса.

Несмотря на совершенствование методов лечения имеется значительная группа больных, у которых после лечения любым методом КСР остаются стойко положительными.

Однозначного ответа на вопрос о причинах данного состояния современная наука дать не может. Серорезистентность с равной долей вероятности может быть как результатом персистенции в организме L- и цист-форм бледных трепонем (недоступных действию антибиотиков сохраняющих жизнеспособность благодаря незавершенному фагоцитозу) так и благодаря формированию «иммунологической памяти» после перенесенного сифилиса. Среди возможных причин развития серорезистентности также является сочетание сифилиса с другими ИППП, наличие сопутствующих соматических заболеваний, хронических интокси-

каций, снижающих реактивность организма, аутоиммунный характер развития патологического процесса. В последние годы доказана и не вызывает сомнений высокая значительность иммунорегуляторных нарушений в формировании серорезистентности.

Иммунокорректирующую терапию в настоящее время рассматривают как один из важнейших вспомогательных средств в повышении эффективности лечения и профилактики серорезистентности.

Нами использовался ВЛОК для лечения 63 пациентов с серорезистентностью и замедленной негативации серологических реакции при сифилисе. Процедуру проводили ежедневно в течение 5-7 дней.

Переносимость ВЛОК у всех пациентов была хорошей, побочных явлений не выявлено. В результате у 27 пациентов отмечалась полная негативация КСР, у 30 – тенденция к негативации КСР.

Таким образом, использование ВЛОК оправдано в комплексной неспецифической терапии больных сифилисом.

УДК 616.972-07

Р.К. АЛИЕВА

ОШИБКА В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Среди медицинских работников нет такого, кто не слышал бы о росте заболеваемости сифилисом и своеобразии его течения. Давно было образно замечено, что «сифилис подобен обезьяне», т.к. копирует симптомы многих других болезней. Выявление сифилиса – это наша общая проблема, она касается любого врача, медицинской сестры, акушерки.

Важно своевременно распознать болезнь. Ошибки в диагностике могут случиться в любом периоде сифилиса. Приведем случай из нашей практики, когда сифилитические высыпания были расценены как проявления аллергии.

Б-ой Е., 53лет, житель села, разведен, половые связи в течение полутора лет отрицает, работает по договору найма. В июне 2012 года заметил на теле высыпания, обратился к дерматологу, назначена противоаллергическая терапия, высыпания побледнели. Примерно через месяц вновь появилась сыпь, со слов больного «другая» в том числе на ладонях и подошвах. Обратился в ОКВД. При осмотре пациент пониженного питания, патологический процесс носил рас-

пространенный характер. На туловище, руках и ногах рассеяно располагались крупные возвышающиеся папулы, диаметром до 2см, темно красного цвета, на ладонях и подошвах папулы, слившиеся, по периферии шелушения по типу «воротничка Биетта». В области гениталий эрозивные, мокнущие папулы. В зеве застойного цвета эритема четкими границами. Шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы увеличены до размеров крупных горошин, плотно – эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации. КСР резко положительны с титром 1:160; в процессе лечения титр реактивов повысился до 1:320. Проведена специфическая терапия согласно клиническим протоколам.

Выводы: - поверхностный осмотр
- недостаточно собранный анамнез
- отсутствие осторожности
- игнорирование серологической диагностики
приводят к ошибкам в диагностике сифилиса.

АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЗЕРВНОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

На сегодняшний день во фтизиатрии особое место занимает изучение проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Во время лечения препаратами резервного ряда не только подавляется жизнедеятельность микобактерий туберкулеза, но оказывается влияние на макроорганизм человека. С целью изучения побочных реакций у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ) были исследованы 162 больных, получающих лечение в режиме DOTS-plus в легочно-терапевтических отделениях областного противотуберкулезного диспансера города Актобе. Курс интенсивной фазы длился не менее 6 месяцев и определялся отрицательными результатами двух исследований (микроскопии мокроты и посевов). Результаты исследования показали наличие побочных реакций на препараты резервного ряда у 61 (37,7%) больного. Это преимущественно были реакции токсического и токсико-аллергического характера, в основном, встречающиеся у больных с сопутствующими заболеваниями (67,3%). Среди них: желудочно-кишечные расстройства в 34,4% случаях, артралгии и артриты в 21,3%,

аллергические дерматиты в 18,03% и психоневрологические расстройства у 14,8% больных. По степени тяжести побочные реакции были легкой (68,9%) и средней степени тяжести (27,8%), обратимыми, требующие временной отмены резервных препаратов. Несмотря на плохую переносимость резервных препаратов, эффективность лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в виде конверсии мокроты достигнута в 69,9% случаев. Причем, прекращение бактериовыделения у большинства – 37 (56,9%) больных - произошло через 2 месяца от начала химиотерапии. Закрывание полостей распада к аналогичному сроку было достигнуто у 38,7 % больных. Из ПТП резервного ряда наиболее часто (в 29,5% случаев) лекарственная непереносимость отмечалась к препарату ПАСК и его производным. Создание оптимального микроклимата в отделении и окружении больного, ежедневный прием по показаниям патогенетических и симптоматических препаратов способствуют профилактике побочных реакций на противотуберкулезные препараты.

УДК 616-009.614-053.207

К.Ж. АЛТАЕВ, Ж.С. АБДИКАЛИКОВ, Г.Ж. БАЙНИЯЗОВА, Г.А. ДЖАНОВА

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ НЕЙРОРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Современные нейрорентгенологические (НР) исследования представляют собой один из важнейших компонентов диагностики и лечения больных детей с патологией центральной нервной системы.

Цель исследования: обеспечение безопасного и адекватного анестезиологического пособия у детей при НР обследованиях, оптимизация условий их проведения, контроль и поддержание жизненно важных функций, неотложная диагностика, терапия и профилактика возможных осложнений.

В основу работы положен анализ проведения анестезиологических пособий у детей при НР исследованиях с 07.2011 по 02.2012 гг. КТ исследовании – 44, МРТ-56, всего – 100 детей. Возраст детей от 1 дня до 6 лет. Премедикация осуществлялась атропином, димедролом, кетаминном в возрастной дозировке внутримышечно за 5-10 минут до обследования. Для седации и общей анестезии использовали следующие препараты: кетамин (в/в и в/м), бензодиазепины, дроперидол, ГОМК и диприван, ингаляционный анестетик севофлюран и изофлюран.

Амбулаторных 29 больных (28%) и стационарных больных 72 (78%) детей от 1 дня до 6 лет. По своим возрастным характеристикам все обследуемые дети были разделены на новорожденных- 12, грудных от 1 месяца до 1 года -27, от года до 2 лет -36, 2 лет до 6

лет – 25. Дети старшей возрастной группы, если у них отсутствуют нарушения в психической сфере и клаустрофобия, вполне в состоянии лежать спокойно и неподвижно в течение всего исследования без вмешательства анестезиолога. Проведение же исследований, связанных даже с минимально болезненными моментами (миелография, ангиография), требует седации, а иногда и проведения общей анестезии. Даже неинвазивное КТ- и ЯМР-исследование у детей младшего возраста может вызвать паническую реакцию, сделав проведение исследования невозможным.

Различные нейрорентгенологические исследования в настоящее время являются важнейшей частью диагностического процесса у детей с самой разнообразной патологией головного и спинного мозга. Подготовка, седация и обездвиживание больных при НР-исследованиях, оптимизация условий их проведения, контроль и поддержание жизненно важных функций, неотложная диагностика, терапия и профилактика возможных осложнений — вот далеко не полный спектр деятельности анестезиолога в нейрорентгенологическом отделении. Поэтому мы считаем, что в отделении нейрорентгенологии должны работать наиболее квалифицированные анестезиологические кадры.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИПРИВАНА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

В настоящее время в педиатрической анестезиологии стал использоваться новый внутривенный анестетик ультракороткого действия – пропофол (диприван). Цель работы: оценить эффективность комбинированной анестезии с использованием Дипривана у детей при лапароскопических операциях.

Проведен анализ 558 анестезиологических пособий лапароскопических оперативных вмешательств при варикоцеле, аппендиците, пахомошоночной грыже. Возраст детей от 1 года до 15 лет. Проводилось 2 вида анестезиологического пособия: тотальная внутривенная анестезия (ТВА) с ИВЛ 259 (46,4%) и внутривенный наркоз 299 (53,6%). При ТВА с ИВЛ премедикация на операционном столе: атропин 0,02 мг/кг, димедрол 0,1 мл/год жизни. Для индукции применяли кетамин из расчета 2 мг/кг., диприван в дозе 3,0-2,5 мг/кг., медикаментозный сон наступал примерно в течение 40-60 сек. Перед интубацией трахеи осуществлялась миоплегия листеноном 2 мг/кг., пипекурониумом (ардуан), расход миорелаксанта составил $0,072 \pm 0,004$ мг/кг. ч. Поддержание анестезии дробным введением кетамина 0,5 мг/кг и диприван 1 мг/кг. ИВЛ проводилась аппаратом "5/S Avance". Длительность опе-

раций от 20 минут до 1,1 часа. Интраоперационный мониторинг: АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ, пульсоксиметрия. Анестезия адекватная во всех случаях. Постнаркозное наблюдение 2 часа. Осложнения в послеоперационном периоде не было.

Введение кетамина сопровождается стимуляцией гемодинамики - повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений на 20-30%; кетамин обладает бронходилатирующим эффектом, что главным образом связано с его бета-адренергической активностью. При введении дипривана наблюдается дозозависимая артериальная гипотония - болюсное введение сопровождается снижением систолического, диастолического и среднего АД у детей на 5-25%, у детей старшего возраста до 35% вследствие снижения сосудистого сопротивления; отмечено повышение вагусного тонуса и брадикардии.

Выводы: Введение дипривана в сочетании с кетамина нормализует гемодинамические показатели и является наиболее приемлемым гипнотиком для проведения ТВА, так как он позволяет постоянно титровать уровень анестезии и прекрасно сочетается с кетамином и другими препаратами.

УДК 616.441-002-053.2: 616.312-037-085.35

Е.Н. АЛЬФЕРОВИЧ, Т.Н. ВОЙТОВИЧ, Л.В. ГРАК, Н.В. КОКОРИНА

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ФЕНИЛТИОКАРБАМИДА

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Цель работы – изучить генетическую детерминированность способности ощущать вкус горечи фенилтиокарбамида у девочек с патологией щитовидной железы.

Фенилтиокарбамид необходимо растворить в 100 мл дистиллированной воды. Сделать серию из 15 разведений: первая концентрация 1,3 г/л, каждая последующая уменьшается путем разведения вдвое. Испытуемому наносится на кончик языка концентрация раствора (0,08 мг/л) в порядке от наименьшей величины (15-е разведение) до момента четкого ощущения горечи. Популяционный порог чувствительности находится между 4-5 разведениями.

Данная методика использовалась у взрослых людей больных раком щитовидной железы и у женщин с аутоиммунным тиреоидитом. В детской практике такое исследование не проводилось.

Нами обследовано 28 девочек с диагнозом аутоиммунный тиреоидит. Все обследованные девочки

ощущали вкус горечи. Однако 64,3% ($\chi^2=6,9$ $p=0,01$) пациентов имели повышенный порог восприятия горечи (с 9-го разведения и выше) и были отнесены к сверхчувствительным. Среднечувствительных к горечи больных было 21,4% (с 5-го до 9-го разведения) и слабочувствительных к горечи больные составили 14,3% (ниже 5-го разведения). Способность ощущать вкус горечи фенилтиокарбамида наследуется как аутосомно-доминантный признак. Люди, способные ощущать вкус горечи в высоких разведениях, имеют в своем генотипе 2 доминантных аллеля, т.е. являются гомозиготами (ТТ). Лица со средним уровнем ощущения горечи являются гетерозиготами (Тt). Следовательно, большинство девочек с аутоиммунным тиреоидитом 64,3% являются доминантными гомозиготами. Этот доминантный признак будет передаваться следующему поколению и вероятность возникновения патологии щитовидной железы у детей высока. Данную методику можно использовать как скрининг-тест по выявлению тиреоидной патологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА

Областная детская клиническая больница, Актобе

Актуальность. Артериовенозная мальформация (АВМ) спинного мозга относится к редко встречающейся патологии, в основном наблюдаются у молодых пациентов и чаще встречаются в области шейного и грудного отделов. Они обычно проявляются острыми неврологическими симптомами, вызванными интрамедуллярными кровотечениями. Спинальные артериовенозные мальформации (АВМ) обычно обнаруживаются при миелографии; при этом в подпаутинном пространстве видны извитые сосуды.

Цель. Исследование при подозрении на мальформацию шейного отдела спинного мозга.

Методы и материалы. Использовали метод магнитно-резонансной томографии (контрастирование омнисканом) ребенку 8 лет, с подозрением на мальформацию шейного отдела спинного мозга.

Результаты и обсуждение. При усилении контрастом в шейном отделе на уровне $C_{IV} - C_{VI}$, в заднем отделе субарахноидального пространства, в режиме T2 определяется округлой формы, гипоинтенсивные, диаметром 8,4 и 7,1 мм, однородной структуры, с четкими контурами два образования связанные с сосудами. Эти образования оказывают давление на спинной мозг сзади на уровне $C_{IV} - C_{VI}$ и совместно с множественными извитыми сосудами опускаясь до уровня T₁ соединяются с позвоночными артериями справа.

На основании данных МРТ исследований был выставлен диагноз: АВМ (мешотчатая форма) на уровне $C_{IV} - C_{VI}$.

Таким образом, метод магнитно-резонансной томографии является одним из ранних методов диагностики артериовенозной мальформации шейного отдела спинного мозга.

УДК 616-006.36:612.017.34

К.М. АМАНТАЕВА, Ж.Т. ЕШИМБАЕВА, Л.К. САРСЕМБАЕВА, С.О. ТУРЕБАЕВ

ЖАТЫР МИОМАСЫНЫҢ ӨРТҮРЛІ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ВАРИАНТТАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жатырмиомасы әйелдердің аурушандығын жоғарлатуда, ол бедеулікке, жатырлық қан кетулерге, жамбас мүшелерінің қызметінің бұзылыстарына әкеледі және гистерэктомианың негізгі себептерінің бірі болып табылады. Әдебиет мәліметтері бойынша, жатыр миомасымен науқастардың 45-75% хирургиялық ем алады және олардың шамамен 27% репродуктивті жастағы науқастар. Оның ішінде 60,9-95,5% радикалды операция – жатыр ампутациясы және экстирпациясы жасалады, әйелдердің репродуктивті қызметінің жойылуына, айқын гипоталамо-гипофизарлы-аналық без жүйесінің бұзылысына әкеледі. Біз жатыр миомасының өртүрлі гистологиялық түрлеріне байланысты миоматозды түйіндердің орналасу ерекшеліктерін анықталды. Жай жатыр миомасымен науқаста миоматозды түйіннің 55,2% ішперде астында, бұлшықетаралық ішпердеде 26,9% орналасуы анықталды. Жатыр миомасының митотикалық активті түрімен науқаста бақылауда көптеген өсу түрі орын алды: миоматозды түйіннің кілегей асты 67,4%, бұлшықетаралық орнала-

суы 73,4% кездесті. Науқастарды клиникалық зерттеу барысында 3 салыстырмалы топтың барлығында науқастардың шағымдары және анамнез мәліметтері кеңіл аударды. Байқағанымыздай, шағымдардың айқындығы және қарқыны жатыр миомасының митотикалық активтігі бар науқастарда басым болды. III топтың науқастарының негізгі шағымдары: етеккірі көп мөлшерде 63,3%, ұзақ келетін етеккір 53,1%, дизуриялық симптомдар 55,1%, іштің көлемінің ұлғаюы 55,1%. Бәрімізге белгілі, жатыр миомасы жатырлық қан кетулермен бірге жүреді, барлық жағдайда науқастың анемизациясына әкеледі, ол миоманың осы морфологиялық түрінде өсу факторының гепарин байланыстыру экспрессиясының жоғарлауына байланысты. Зерттеуде ЖМ митотикалық активтігі бар науқастарда тұқымқуалаушылық аурулары, асқынған соматикалық, акушерлік гинекологиялық анамнезі бар екені және осы түрінің жиі аденомиозбен, эндометрийдің гиперпластикалық процестерімен бірге жүретіні анықталды.

УДК 616.328.1(574.42)А 625

Д.М. АМРЕНОВА

ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО АБСЦЕССА

КГП ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», Усть-Каменогорск

Топографо-анатомические особенности окологлоточного пространства затрудняют своевременную диагностику, усложняют лечение абсцесса. Расположение

гнояника вблизи крупных магистральных сосудов делает его крайне опасным заболеванием. В последнее время данная патология перестала быть редкой, что

явилось основанием для опубликования одного клинического случая.

Больной Д. заболел остро, когда возникла острая боль в горле, постепенно состояние ухудшилось, заболевание связал с многократным переохлаждением на работе. За медицинской помощью обратился в ЛПО по месту жительства только на 9 сутки заболевания, когда общее состояние заметно ухудшилось появилась припухлость шеи справа, гиперемия кожи этой области, появилась дисфагия, подъемы температуры тела до 39⁰С и выше, был госпитализирован в экстренном порядке на хирургические койки районной больницы, где находился на лечении 5 дней. В день поступления лор врачом произведено вскрытие флегмоны шеи справа (наружным доступом – линейным разрезом длиной 3 см), произведено эндоларингиальное вскрытие абсцесса надгортанника. Назначена общая дезинтоксикационная, антибактериальная терапия (цефазолин, метрид), парентерально. На третий день лечения состояние больного резко ухудшилось (за счет нарастания одышки, дисфагии, боли, на фоне сохраняющейся лихорадки). По телефону, лор врачом о пациенте было доложено только на пятые сутки лечения, когда состояние больного стало крайне тяжелым, рекомендован срочный перевод в областное оториноларингологическое отделение г. Усть-Каменогорска (с подозрением на гнойный медиастинит из-за создания недостаточного дренажа, с учетом полученной информации по телефону). В условиях мно-

гопрофильной областной больницы г. Усть-Каменогорска, при содействии торакального хирурга, произведено экстренное «Вскрытие и дренирование парафарингиального абсцесса, флегмоны шеи с иссечением передней группы (некротизировавшихся и лизированных) шейных мышц» под общим наркозом. Выделено 300 мл зловонного сливкообразного гноя, произведена некрэктомия коротких мышц шеи, подкожной клетчатки, фасции, санация полостей абсцесса, дренирование. После операции выставлен ДЗ: Парафарингиальный абсцесс справа. Эпиглотит. Гнойно-некротическая флегмона мышц шеи и превертебральной клетчатки. Шейный медиастинит. Сепсис. В динамике, следуя причинно-следственному механизму, присоединился: Двухсторонний гидронефроторакс. Двухсторонняя застойная пневмония. Экссудативный плеврит. На лечение больного было затрачено огромное количество бюджетных средств, физических и духовных сил лечащего медицинского персонала оториноларингологического, торакального, реанимационного отделения областной больницы. Пациент был выписан на 31 сутки лечения с положительной клинико-лабораторной динамикой, на амбулаторное наблюдение.

Отсутствие необходимого объема специализированной помощи, достаточной квалификации врача и недостаток опыта, по месту первичного обращения больного, не должно быть поводом для самонадеянных рискованных экспериментов над пациентами.

УДК 616.155.194.8:615.03

З.Ж. АННАКУЛОВА

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАРДИФЕРОН У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Филиал АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» - «Актюбинская железнодорожная больница», Актюбе

Цель: оценить эффективность и безопасность железосодержащего препарата тардиферон (1 таблетка-ретард содержит: железа сульфата 256,6мг (соответствует 80 мг двухвалентного железа), мукопротеозы 80 мг, аскорбиновой кислоты 30 мг) у больных с железодефицитной анемией (ЖДА).

Методы: обследованы 16 человек (14 женщин, 2 мужчин), средний возраст 52,1 года. Средняя степень тяжести анемии была у 7 пациентов и у 7 – легкая степень. Оценивались уровень гемоглобина (Hb) крови, уровень сывороточного железа и насыщение трансферрина железом (НТЖ). Препарат назначался по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером) за 30 минут до еды до достижения уровня Hb 115 г/л, средняя длительность терапии составила 20 дней. Показатели обмена железа и уровень Hb определялись до лече-

ния, после отмены препарата и через 1 месяц после завершения лечения.

Результаты: клинический эффект и положительные сдвиги лабораторных показателей были у всех пациентов. Средняя скорость увеличения Hb составила 2,7±0,5 г/л сутки, а через 1 месяц показатели Hb достоверно не отличались от достигнутого уровня (115,1±1,2 г/л). Исходная концентрация железа (7,1±0,3 мкмоль/л) после лечения составила 15,8±1,1 мкмоль/л, что является достоверным. Во время лечения значительно увеличилось насыщение трансферрина железом. Во время лечения не отмечалось появления побочных эффектов, все пациенты отмечали хорошую его переносимость.

Выводы: тардиферон является эффективным и безопасным препаратом для лечения больных с железодефицитной анемией.

БІРІНШІЛІК ГИПОПАРАТИРЕОЗДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

«А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ, Алматы

Кіріспе. Гипопаратиреоздың диагностикасы және емі қазіргі уақытта хирургиялық эндокринологияның күрделі бөлімдерінің бірі

Зерттеудің мақсаты. Біріншілік гипотиреоздың хирургиялық емінің нәтижелерін жақсарту. Материалдар және тәсілдер. А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығында 1962 жылмен 2011 жыл аралығында біріншілік гипотиреоздың әртүрлі формалары бар 17 мен 62 жас арасындағы 98 науқас емдеуден өтті. 51 (52,0%) науқаста біріншілік гипотиреоздың сүйектік формасы, 36 (36,7%) науқаста аралас формасы, 7 (7,2%) науқаста бүйректік формасы, 4 (4,1%) науқаста висцеральды формасы кездесті. Біріншілік гипотиреозды анықтаудағы лабораториялық диагностиканың негізгі критерилері гиперкальциемия және гиперпаратиреинемия болды. Қандағы кальцидін мөлшері 2,7 - 3,4 ммоль/л болды, ал паратиреоидты гормонның мөлшері 1,5-2 есе көп болды. Ауруды диагностикалауға ультрадыбысты зерттеу, компьютерлік және магнитті-резонансты томография қолданды.

Зерттеу нәтижелері. Барлық 98 науқасқа ота жасалды. 76 науқаста зерттеулермен интраоперациялық тексеру кезінде қалқанша маңы безінің өзгерістері анықталды, барлығына

паратиреоидэктомиа жасалды. 3 (3,1%) науқасқа паратиреоидэктомиамен бірге қалқанша безінің төменгі полюстарының экономды резекциясы жасалды. Паратиреоаденомының қалқанша безінің терең қабатында орналасуына байланысты 15 (15,3%) науқасқа қалқанша безінің артқы кабырғасының резекциясы орындалды. 4 (4,1%) науқаста қалақанша маңы безінің өзгерісі анықталмады. Морфологиялық зерттеулердің нәтижесі бойынша: 64 (65,3%) науқаста – аденома, 19 (19,4%) науқаста – гиперплазия, 15(15,3%) науқаста – қалқанша маңы безінің обыры анықталды. Бақылаудағы 94 (95,9%) науқаста хирургиялық ем оң нәтиже беріп, науқастардың қан құрамындағы кальций мөлшері 3-7 күнде қалпына келді

Қорытынды. Алған нәтижелер бойынша тек паратиреоидэктомиа біріншілік гиперпаратиреозды емдеудің тиімді әдісі болғанын және оң нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік бергенін куәландырады. Емнің оң нәтижелігі аурудың ауырлық дәрежесіне тікелей байланысты. Ауруды ерте диагностикалау сүйек жүйесі мен бүйрек қызметінің бұзылыстары бар емделушілерді қайта қалпына келтіру мәселесінің шешімін таба алады.

УДК 616.438:616.133.211

Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, Ш.Ш. ЖУРАЕВ, Е.У. ШАЙХИЕВ, Б.К.ОРМАНОВ,
А.А. ШОКЕБАЕВ, Н.Е. ИМАММЫРЗАЕВ

ДИФФУЗДЫ-ТОКСИКАЛЫҚ ЗОБЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАЛҚАНША БЕЗІ АРТЕРИЯСЫНЫҢ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ ОККЛЮЗИЯСЫ

«А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ, Алматы

Кіріспе. Қалқанша без хирургиясының интраоперациялық асқынуларын алдын алу шаралары әлі де толығымен шешімін таппаған мәселе болып табылады. Зерттеудің мақсаты. Диффузды-токсикалық зобы бар науқастардың хирургиялық емінің нәтижелерін жақсарту. Материалдар және әдістер. А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында 2012 жылдан бастап диффузды – токсикалық зобы бар науқастарға ота алдындағы дайындық мақсатында қалқанша без артериясын эмболизациялау жаңа әдісі енгізілді. Жұмыстың негізіне 2011 жылмен 2012 жылдың I тоқсан аралығында диффузды-токсикалық зобпен емделген 8 науқастың хирургиялық емінің нәтижелері талданған. Тәжірибедегі 26 мен 52 жас аралығындағы 7 науқастың 2 (28%) ер адам, 5 (72%) әйел адам болды.

Зерттеу нәтижелері және талқылау. Қалқанша без артериясын эндоваскулярлы эмболизациялау әдісі тәжірибеде ота алдындағы дайындық ретінде ота алдынан 3-4 күн бұрын жасалынды. Осы уақыт ішінде қалқанша без көлемі біршама кішірейіп, ота алдындағы тиреостатикалық терапияның әсері жақсарып, интраоперациялық қан кету көлемі азаюына қол

жеткізілді. Қалқанша без артериясын эндоваскулярлы эмболизациялау әдісі жасалғаннан кейін барлық 7 науқасқа қалқанша безінің субтотальді резекциясы жасалынды. Науқастарға жасалған отаның ұзақтығы 45,4±5,8 минутты құрады. Отадан кейінгі асқынуларды талдау барысында науқастарда тиреотоксикалық криз, гипотиреоз, отадан кейінгі қан кету көріністері болған жоқ. Қалқанша безге жаңа әдісті қолданып ота жасағандықтан науқастың отадан кейінгі стационарлық емнің ұзақтығы 2-3 тәулікке азайды. Ем жүргізілген науқастар арасында өлім жағдайы тіркелген жоқ.

Қорытынды: Қалқанша без артериясын эндоваскулярлы эмболизациялау әдісі диффузды-токсикалық зобы бар науқастарға ота алдындағы дайындық ретінде жасалғандықтан тиреотоксикоз көрінісі азайып, қалқанша без көлемі салыстырмалы түрде кішірейіп, интраоперациялық қан кету көлемі азаюына алып келгендіктен, ота жасау техникалық тұрғыдан жеңілдеді. Қалқанша без артериясына эндоваскулярлы эмболизациялау әдісін ота алдындағы дайындық ретінде қолданғандықтан отаның ұзақтығы мен интраоперациялық қан кету көлемін азайтады.

ЖАЙЫЛҒАН МИАСТЕНИЯНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

«А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ, Алматы

Кіріспе. Тұрғындар арасында аутоиммунды аурулардың көбеюі миастения ауруының өсуіне алып келді. Бұл патология үдемелі ағыммен жүретін және еңбекке қабілетті жас тұлғаларды жылдам мүгедектікке әкелгендіктен әлеуметтік-экономикалық және медициналық тұрғыдан жоғары маңыздылыққа ие. Зерттеудің мақсаты. Жайылған миастенияның хирургиялық емінің нәтижелерін жақсарту. Материалдар және әдістер. А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында 1980 жылмен 2011 жылдар аралығында 17-65 жас арасындағы 83 науқас миастения ауруынан емделді. Олардың 53(63,9%) әйелдер, 30(36,1%) ер адамдар болды. Ауруды анықтау үшін науқастарда диагностикалық кезең 1-8 жылды қамтыды. Бақылаудағы 13(15,7%) науқаста аурудың жеңіл түрі, 42(50,6%) науқаста орташа ауырлықтағы, 28 (33,7%) науқаста миастенияның ауыр түрі анықталды. 51 (61,4%) науқаста айырша бездің гиперплазиясы анықталды, ал 27 (32,5%) жағдайда тимоманың гормональді-белсенді формасының әр түрлері анықталды, қалған 5(6,1%) жағдайда айырша бездің қатерлі ісігі анықталды. Арнайы ота алдындағы дайындықтан кейін 53(63,9%) науқасқа стернатомды ену жолы арқылы және 30

(36,1%) науқасқа видеоэндоскопиялық әдіс арқылы тимэктомиа жасалынды.

Зерттеу нәтижелер. Интраоперациялық асқинулар ішінде ең жиі асқину медиастинальді плевраның зақымдалуы 14 (16,8%) жағдайда, иықбас венасының зақымдалуы 2 (2,4%) жағдайда кездесті. 1 (1,2%) науқаста лимфатикалық өзек тармағының зақымдалуы байқалды. Отадан кейінгі кезеңде миастеникалық криз 12 (14,5%) науқаста, холинергиялық криз 2 (2,4%) науқаста болды. Отадан кейін 3(3,6%) науқас қайтыс болды. Жалпы 25 (30,1%) науқаста емнің өте жақсы нәтижесі байқалды. 7 (8,5%) науқаста жүргізілген ем нәтижесіз болды. Миастенияның өршуінен және ісіктік үрдістен кеш кезеңде бақылаудағы 8 (9,6%) науқас қайтыс болды.

Қорытынды. Айырша безді эндоскопиялық әдіспен алып тастау аз зақымдалулармен жүреді. Сондықтан аз өлшемді қатерсіз тимоманы және айырша безді эндоскопиялық әдіспен алып тастау тиімді. Айырша без ауруларының асқынған түрінде және қатерлі ісіктерін емдеуде стернатомды ашық ену жолы арқылы безді тотальды және без маңындағы лимфа түйіндерін алып тастау тиімді болып табылады.

УДК 616.329-007.271.-001.17-089

Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, Ш.Ш. ЖУРАЕВ, Е.У. ШАЙХИЕВ, К.Э. СИМОНЬЯНЦ, Н.Е. ИМАММЫРЗАЕВ

КҮЙІКТЕН КЕЙІНГІ ӨҢЕШТІҢ ТЫРТЫҚТЫ ТАРЫЛУЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ

«А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ, Алматы

Кіріспе. Хирургиялық көмек - өңештің химиялық күйіктерінің зардаптары бар науқастардың, тұрақты тыртықты өзгерістерін радикалды коррекциялауға, науқастың жазылуына мүмкіндік беретін жалғыз ғана тиімді әдіс болып табылады.

Зерттеудің мақсаты. Күйіктен кейінгі өңештің тыртықты тарылуларын хирургиялық жолмен емдеудің нәтижелерін жақсарту.

Материалдар және тәсілдер. А.Н. Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталығында 1980ж-2011ж аралығында өңештің күйіктен кейінгі тыртықты тарылуы бар 16 мен 71 жас аралығындағы 301 науқасқа хирургиялық ем жүргізілген. Олардың ішінде 130 (43,2%) ер адамдар, 171 (56,8%) әйелдер. Тыртықты тарылулардың пайда болу себебі науқастардың улы химиялық заттарды ішке қолдануы. Науқастарға тексерудің жалпы клиникалық және арнайы әдістері қолданылды. 75 (24,9%) науқаста өңеш және асқазанның қосарланған зақымдалуы, ал 27 (8,9%) жағдайда жұтқыншақ пен өңештің қосарланған зақымдалуы және 199 (66,2%) науқаста тек өңештің тыртықты тарылуы анықталған. Емделушілердің басым көпшілігінде дене салмағының жетіспеушілігі анықталды.

Зерттеу нәтижелері. Науқастарға ем екі кезең бойынша жүргізілді. Тек өңештің зақымдануында бірінші кезеңде гастростомия жасалынды. Ал қосарланған асқазанның шығар бөлігінің тарылуы кезінде қосымша гастроэнтеростомия орындалды. Екінші кезеңде өңешке радикалды ота жасалынды. Өңештің экстирпациясы кезінде, өңеш пластикасы үшін асқазаннан пішілген трансплантат қолданылды. Ал өңештің қосарланған зақымдануларында жасанды өңеш жасауға жуан ішекті қолданды. 162 (53,8%) науқасқа эзофагогастропластика, 25 (8,3%) науқасқа шунтталған эзофагогастропластика, 114 (37,9%) науқасқа шунтталған эзофагоколопластика орындалды. Мойындағы анастомоздың тұрақсыздығы эзофагогастропластикада 27(14,4%) науқаста, ал эзофагоколопластикада 12(10,5%) науқаста пайда болды. Эзофагогастропластикадан кейін өліммен аяқталу 2,7%(n=5) жағдайда, эзофагоколопластикіден кейін 3,5% (n=4) жағдайда кездесті.

Қорытынды. Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлігінің зақымдану дәрежесіне дұрыс баға беру нәтижесінде, оларға ұтымды радикалды хирургиялық ем таңдау арқылы отадан кейінгі оң нәтижелерге жетуге болады.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Диагностическим критерием инфаркта миокарда наряду с клиническими и электрокардиографическими признаками являются лабораторные маркеры повреждения миокарда: МВ – фракция креатининфосфокиназы (СК-МВ масс), миоглобин, тропонины, кроме того мозговой натрийуретический пептид (BNP), отражающий уровень – дисфункции миокарда. Некроз миокардиальной ткани ведет к разрывам сарколеммы, и внутриклеточные макромолекулы попадают сначала в интерстициальное пространство, а затем в кровоток. Лабораторные методы выявления этих молекул в сыворотке крови играют важную роль в диагностике инфаркта миокарда. Среди них наибольший интерес представляет тропонин. Это связано с высокой чувствительностью и специфичностью маркера, с ранним (от 3 до 12 часов) и продолжительным повышением показателя (в среднем до 7-8 суток), что делает возможным диагностику инфаркта миокарда ретроспективно.

В клинику – диагностической лаборатории «МЦ» ЗКГМУ имени Марата Оспанова для определения риска острых коронарных синдромов исследуются маркеры тропонина Т. Это регуляторные белки мышечного

сокращения. Нами поведен анализ лабораторных данных за 1 – полугодие 2012г. по определению маркера повреждения – тропонина Т. Тропонин Т определяли в крови с помощью набора фирмы Roche Cardiac T Quantitative. На аппарате Corbas h 232 (Roche), который позволил проводить, количественную оценку уровня тропонина Т. Обследование проведено 600 больным. В зависимости от уровня тропонина Т больные были подразделены на три группы риска. Среди обследованных у 256 больных выявлен низкий риск (<0.03 ng/ml), у 278 – средний риск (0.03-0.1 ng/ml), у 66 высокий риск (0.1-2.0 и >2.0ng/ml). Разделение больных по уровню тропонина помогает для рационального проведения лечения, определения оценки индивидуального риска осложнений инфаркта миокарда или смерти у каждого больного с ОКС. Наличие признаков высокого риска является показанием для инвазивной стратегии лечения.

Таким образом, определение уровня тропонина является важным лабораторным диагностическим критерием ишемического повреждения миокарда, позволяющим судить об объеме поражения миокарда.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Диагностическим критерием инфаркта миокарда наряду с клиническими и электрокардиографическими признаками являются лабораторные маркеры повреждения миокарда: МВ – фракция креатининфосфокиназы (СК-МВ масс), миоглобин, тропонины, кроме того мозговой натрийуретический пептид (BNP), отражающий уровень – дисфункции миокарда. Некроз миокардиальной ткани ведет к разрывам сарколеммы, и внутриклеточные макромолекулы попадают сначала в интерстициальное пространство, а затем в кровоток. Лабораторные методы выявления этих молекул в сыворотке крови играют важную роль в диагностике инфаркта миокарда. Среди них наибольший интерес представляет тропонин. Это связано с высокой чувствительностью и специфичностью маркера, с ранним (от 3 до 12 часов) и продолжительным повышением показателя (в среднем до 7-8 суток), что делает возможным диагностику инфаркта миокарда ретроспективно.

В клинику – диагностической лаборатории «МЦ» ЗКГМУ имени Марата Оспанова для определения риска острых коронарных синдромов исследуются маркеры тропонина Т. Это регуляторные белки мышечного

сокращения. Нами поведен анализ лабораторных данных за 1 – полугодие 2012г. по определению маркера повреждения – тропонина Т. Тропонин Т определяли в крови с помощью набора фирмы Roche Cardiac T Quantitative. На аппарате Corbas h 232 (Roche), который позволил проводить, количественную оценку уровня тропонина Т. Обследование проведено 600 больным. В зависимости от уровня тропонина Т больные были подразделены на три группы риска. Среди обследованных у 256 больных выявлен низкий риск (<0.03 ng/ml), у 278 – средний риск (0.03-0.1 ng/ml), у 66 высокий риск (0.1-2.0 и >2.0ng/ml). Разделение больных по уровню тропонина помогает для рационального проведения лечения, определения оценки индивидуального риска осложнений инфаркта миокарда или смерти у каждого больного с ОКС. Наличие признаков высокого риска является показанием для инвазивной стратегии лечения.

Таким образом, определение уровня тропонина является важным лабораторным диагностическим критерием ишемического повреждения миокарда, позволяющим судить об объеме поражения миокарда.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

Цель: улучшение результатов лечения больных тромбозом легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Обследовано 138 больных с ТЭЛА. Средний возраст больных $48,3 \pm 3,7$ лет. По локализации эмболии: преобладали больные с массивной формой (48,1%), по клиническому течению с острой (56,3%) эмболией. В диагностике ТЭЛА и тромбоза глубоких вен (ТГВ) применяли электро-, эхокардио-, рентгенографию, УЗИ вен и каваграфию, перфузионную сцинтиграфию легких, ангиопульмонографию, компьютерную томографию, изучали состояние газообмена, гемостаза.

По способу лечения больные ТЭЛА были разделены на группы: I группа – без специфической (антикоагулянтной и тромболитической) терапии; II группа – с антикоагулянтной терапией гепарином; III группа – с тромболитической (фибринолизин, стрептокиназа, тканевой активатор плазминогена) и антикоагулянтной терапией. Тромболитическую проводили на 1-14 сутки от момента эпизода массивной ТЭЛА.

Результаты. В контрольной группе – выживших составило 2,3%, с применением антикоагулянтов –

54,9%, с тромболитической терапией – 65,1%. При сравнении результатов у больных с применением различных тромболитических препаратов выявлено, что при лечении фибринолизином выжили 40% больных, стрептокиназой – 56%, тканевым активатором плазминогена – 82,3%.

Хирургическое лечение при ТГВ проводили по строгим показаниям. При массивной ТЭЛА, при неэффективности или противопоказании к тромболитическому лечению у 4 больных выполнена эмболэктомия из легочной артерии. На основании проведенных исследований был разработан алгоритм диагностики и алгоритм выбора лечения в зависимости от локализации и клинического течения. Профилактическая установка кава-фильтра проведена 36 больным.

Выводы. Результаты исследования свидетельствовали о том, что широкое использование современных методов диагностики, лечения и профилактики позволило в два раза снизить летальность и улучшить результаты лечения больных ТЭЛА.

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА И ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ

ГКП на ПХВ «Центр лабораторной диагностики», Актобе

Цель: Выявить особенности состояния микрофлоры толстого кишечника у пациентов с кожными заболеваниями.

Методы: Все пациенты были обследованы с применением стандартных методов анализа дисбактериоза кишечника, рекомендованных АГИУВ.

Результаты: За 2 года обследовано 442 пациента с заболеваниями кожи, среди них 27% мужчин и 73% женщин в возрасте от 15 до 40 лет. Из 62% пациентов у всех снижены титры нормальной кишечной палочки. Увеличены титры лактозонегативной *E.coli* у 7 пациентов (11%). Представители кишечных УПМ обнаружены у 24 больных (38,7%): клебсиеллы (12,5%), протеи – *Pr.vulgaris* (4%), энтеробактеры (4%), *Citrobacter* (4%). Грибы *p.Candida* выделены у 33 пациентов (53,2%), *S.aureus* – в 11 случаях (17,7%). Снижены лактобактерий и бифидобактерий практически у всех пациентов.

Выводы: Проведенные исследования микрофлоры толстой кишки позволяет сделать вывод, что одним из наиболее часто встречающихся нарушений кишеч-

ного микробиоценоза является недостаточность бактерий нормальной микрофлоры – дефицит кишечной палочки, бифидобактерий и лактобактерий. Снижение количества бифидобактерий сопровождается ростом и развитием УПМ, что является признаком глубинных дисбиотических нарушений, отражающихся на состоянии кожи.

Микробный пейзаж микрофлоры к-ка у больных заболеваниями кожи			
Микрофлора	Норма	Показатели	Результаты
Общее к-во <i>E.coli</i>	$>10^7$	$<10^5$	48
Лактозонегат <i>E.coli</i>	$<5\%$	$>5\%$	7
<i>E.coli</i> с гем.акт-тью	0		16
Бифидобактерий	$>10^7$	$<10^7$	48
Лактобактерий	$>10^7$	$<10^5$	54
<i>S.aureus</i>	0		11
грибы <i>Candida</i>	$<10^4$	$>10^4$	33
упм	$<10^4$	$>10^4$	24

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Были изучены причины обострения заболевания у 68 пациентов с язвенной болезнью 12-перстной кишки. Все пациенты были распределены по возрастным группам: 1 гр. (≤ 29 лет) – 12 (17,6 \pm 4,6%) пациентов; 2 гр. (30-39 лет) – 17 (25,0 \pm 5,3%) пациентов; 3 гр. (40-49 лет) – 16 (23,5 \pm 5,1%) пациентов; 4 гр. (50-59 лет) – 13 (19,1 \pm 4,8%) пациентов; 5 гр. (≥ 60 лет) – 10 (14,7 \pm 4,3%) пациентов. При изучении частоты рецидивов заболевания у 6 (8,8%) пациентов отмечалось менее одного рецидива в год, у 41 (60,3%) пациента – два раза в год, у 21 (30,9%) – два и более раз в год. При изучении возникновения причин рецидивов у пациентов в зависимости от возраста было установлено, в 1-й возрастной группе основной контингент составляли молодые девушки, наибольшее значение имел психоэмоциональный фактор (84,0%), алиментарный фактор (84,0%), большую роль играла наследственность (48,0%). Психоэмоциональное перенапряжение весьма часто наблюдалось у лиц молодого возраста, что было связано с завершением учебы в школе, поступление в высшие учебные заведения, проблемы с трудоустройством. Во 2-й возрастной группе в возникновении ре-

цидивов, также играли роль психоэмоциональный фактор (73,9%) в сочетании с погрешностями питания (69,9%). Именно на данную возрастную группу приходится наибольшее количество пациентов, работающих в ночное время (52,2%). В данной группе наиболее значимыми дестабилизирующими психоэмоциональными причинами являлись семейные неурядицы, профессиональная неудовлетворенность, постоянный страх остаться без работы. В 3-й возрастной группе в развитии обострений заболеваний играли роль сопутствующая патология (70,0%), вредные привычки (20,0%), работа в ночное время (65,0%). В 4-й группе рецидивы заболеваний чаще всего возникали на фоне сопутствующей патологии органов пищеварения (87,5%), имел место психо-эмоциональный фактор (62,5%), а также вредные привычки (43,8%). В 5-й группе (старше 60 лет) рецидивы заболевания чаще всего возникали на фоне обострения сопутствующей патологии органов пищеварения (90,0%), имел место психо-эмоциональный фактор (81,8%), а также вредные привычки (45,5%).

УДК 616.379.-008.64

А.С. АЯГАНОВА

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Центральная городская клиническая больница, Алматы

Основными сосудистыми осложнениями сахарного диабета (СД) 1 типа являются микроангиопатия и нейропатия, которые существенно влияют на клиническую картину диабета. Наибольшее значение имеет поражение сосудов глазного дна, почек, нижних конечностей. Среди причин, вызывающих потерю зрения у больных с СД, на диабетическую ретинопатию (ДР) приходится 70%. Диабетическая нефропатия (ДН) является лидирующей причиной смертности больных СД 1 типа. Частота развития ДН составляет 35-40%. На развитие ДР и ДН влияют многие факторы: возраст больного, пол, возраст начала заболевания, длительность и тип болезни, генетическая предрасположенность. Ряд механизмов, таких как повышение уровня гликозилированного гемоглобина, окисления, гиперлипидемия могут привести к начальным изменениям или ускорению развития ДР и ДН на фоне СД. Основной причиной сосудистых осложнений является гипергликемия, так увеличение уровня гликозилированного гемоглобина всего на 1% увеличивает риск развития ДР в 2 раза.

Цель исследования: определение частоты развития ДР и ДН у больных СД 1 типа. Материал и методы. Обследовано 42 больных (20 мужчины и 22 женщины) с СД 1 типа в возрасте от 17 до 46 лет. Большинство

больных (62%) – лица молодого возраста от 21 до 29 лет с длительностью СД от 10 до 15 лет. У больных оценивали уровень сахара крови, наличие протеинурии и микроальбуминурии, показатели артериального давления, проведено офтальмологическое исследование. В результате проведенного исследования ДР была выявлена у 63% больных, из них непролиферативная стадия в 53%, препролиферативная - в 31%, пролиферативная - в 16%. Распространенность ДР возрастала с увеличением длительности СД: при стаже СД менее 5 лет выявлена у 10% пациентов, от 10 до 15 лет - у 52%, более 15 лет - у 90%. ДН выявлена у 59% больных. При стаже СД менее 5 лет нефропатия выявлена у 8% больных, от 10 до 15 лет - у 54%, более 15 лет - у 88%. Необходимо отметить, что только у 8% обследованных больных уровень сахара крови был менее 7 ммоль/л (стадия компенсации), у 62% пациентов его показатель превышал 7,5 ммоль/л (стадия декомпенсации). Таким образом, распространенность микрососудистых осложнений у больных СД 1 типа высока. Достижение компенсации диабета является важным критерием профилактики развития и прогрессирования сосудистых осложнений у больных СД 1 типа.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТРОЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркоманий, Павлодар

В настоящее время проблема ВИЧ-инфекции крайне актуальна в современном обществе. Данный факт подтверждается неуклонно растущей заболеваемостью, как в мировом, так и в региональном масштабах. Нарастающим итогом на 1 января 2012 г. в Павлодарской области зарегистрировано 1763 случая ВИЧ – инфекции (показатель на 100 тысяч населения – 180,5) (данные ГУ «Центр СПИД Павлодарской области»).

Кроме этого, налицо – ножницы между эффективной диагностикой и патогенетическим лечением. Наряду с теоретическими пробелами в терапии заболевания, недостаточно разработаны и разрознены

методы психологической помощи и психотерапевтической поддержки данной категории больных. Психотерапевтическое вмешательство позволяет пациентам не только обрести надежду, но и осознать собственную ответственность за качество своей жизни с болезнью, «повзрослеть» (Rhonda L., 1994).

При работе с такой группой пациентов в ментальном ключе необходимо тщательное построение программы, которая, прежде всего, должна учитывать хронический характер заболевания с его биологическими закономерностями, необходимость межсекторального взаимодействия со специалистами других областей.

УДК 616.831-053.2-08

К.А. БАГИТОВ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Консультативно-диагностическая поликлиника №1, Актобе

Нами проведено клиничко-лабораторное исследование эффективности танакана (EGB761) у 30 детей (20-девочек, 10 мальчиков) от 2 до 7 мес жизни с гипоксически-ишемической энцефалопатией. Критериями исключения из группы наблюдения: наличие судорожного синдрома в анамнезе, грубого церебрального органического дефекта, тяжелых сопутствующих заболеваний, геморрагического синдрома в неонатальном периоде, острых инфекционных заболеваний на момент обследования. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей такого же возраста. Танакан давали внутрь по 0,25 мл стандартизированного раствора 2 раза в день (утром и в обед) в течение 2 мес. В этот период другие вазоактивные, ноотропные и антиагрегантные препараты не использовали. Всем детям проводили массаж мышц туловища и конечностей. До назначения танакана и после завершения курса лечения проводили клиническое неврологическое исследование, нейросонографию и ультразвуковое доплерографию головного мозга.

В клинической картине гипоксически-ишемической энцефалопатии у 10 больных доминировал синдром пирамидной недостаточности, в половине случаев он сочетался с небольшой задержкой психомоторного развития. У 7 больных нарушения двигательных функций характеризовались наличием гемипарезов. У 7 детей имелся синдром мышечной гипотонии. У 1 ребенка преобладали гипертензионно-гидроцефальные проявления. Синдром мышечной дистонии отмечался у 5 детей. После лечения танаканом у всех больных произошло выраженное или умеренно выраженное улучшение состояния. У пациентов с признаками пирамидной недостаточности отмечалось снижение мышечного тонуса, улучшение рефлекторной сферы,

появление новых двигательных навыков, оживление психических реакций. У детей с гемипарезами уменьшилась их выраженность, отмечалось оживление двигательных реакций и исчезновение паретических установок. У одного ребенка к концу лечения признаки пареза полностью исчезли. Значительно уменьшилась выраженность синдрома мышечной гипотонии: тонус в руках в большинстве случаев повысился до нормы, в ногах сохранялась легкая гипотония, уменьшилась выраженность дис- и гиперметрии. У детей с синдромом мышечной дистонии тонус практически нормализовался, исчез патологический асимметричный тонический рефлекс, появились установочные выпрямительные рефлексы, оживились психические реакции. Уменьшилась выраженность церебральных симптомов. У детей с признаками периферического пареза в руках увеличились сила и объем движений в них, при этом сохранялась легкая гипотония мышц плечевого пояса. Нормализовался сон. На фоне доплерографического исследования, после лечения у больных улучшилась церебральная гемодинамика. Так, существенно увеличилось кровенаполнение мозга, о чем свидетельствовало статистически достоверное уменьшение пульсового индекса. На снижение внутричерепного давления указывало достоверное увеличение трансистолического времени. Согласно данным нейросонографии, после лечения танаканом у 8 пациентов с вентрикуломегалией уменьшились размеры III и боковых желудочков, а у 4 детей с гидроцефалией размеры желудочков мозга не изменились.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют об эффективности танакана при гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста.

ВЛИЯНИЕ ПАНТОПРАЗОЛА (КОНТРОЛОК) НА ЖЕЛУДОЧНОЕ КИСЛОТООБРАЗОВАНИЕ ПО ДАННЫМ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ РН-МЕТРИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе
Городская поликлиника №3, Актөбе
Областной центр крови, Актөбе

Цель: изучение влияния блокатора протонного насоса пантопразола (контролок) на кислотообразующую функцию желудка у больных язвенной болезнью различной локализации.

Методы: обследованы 22 пациентов (мужчин – 14, женщин – 8, возраст от 18 до 65 лет); с язвенной болезнью желудка – 9, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 13. Определение внутрижелудочной рН – метрии проводилось с использованием ацидогастрометра АГМ – 03 (ТОО «Исток Система», г. Фрязино). Исследование секреции желудка проводилось по традиционной методике. Значения рН в теле желудка в базальных условиях оценивали по критериям Е.Ю. Линара и Ю.Я. Лея (1971), как: гиперацидность (рН менее 1,2); нормаацидность (рН от 1,2 до 2,0) и гипоацидность (рН более 2,0). Изучалось влияние пантопразола (контролок) на показатели желудочной секреции: определялось время от момента приема препарата до появления эффекта, продолжительность действия, эффект препарата в различное время суток.

Исследование проводили больным до начала антисекреторной терапии или через 1-2 суток после отмены предшествующей терапии блокаторами H_2 -рецепторов гистамина. Пациенты, принимавшие блокаторы протонной помпы, в исследование не включались. Контролок назначался в стандартной дозе 40 мг 1 раз в день. В течение 30 – 40 минут проводили исследование базальной секреции, затем больной получал 40 мг пантопразола. В день исследования исключались все другие препараты, влияющие на секреторную функцию желудка.

Результаты: у всех больных обнаружено повышение рН под влиянием пантопразола (контролок). Более выраженный эффект наступал после приема первой дозы препарата. В ночное время рН желудка сохранялся на уровне 4-6 в течение 7 – 10 часов.

Выводы: пантопразол (контролок) является препаратом, эффективно подавляющим секреторную функцию желудка. Более выраженный ингибирующий эффект препарата наблюдается в ночное время.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАНТОПРАЗОЛА (ПАНТАСАН) В ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе
Городская поликлиника №3, №4, Актөбе
Филиал АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» - «Актюбинская железнодорожная больница», Актөбе

Актуальность: Высокая эффективность схем первой линии, включающих ИПП, амоксициллин и кларитромицин, доказана в многочисленных рандомизированных клинических испытаниях, мета-анализах этих испытаний и закреплена международными консенсусами (Маастрихтские соглашения I-III). Компоненты схемы в том числе обладают синергичным эффектом: при совместном применении кларитромицина и пантопразола концентрация последнего в крови и время его полувыведения увеличиваются. При одновременном приеме с пантопразолом отмечают также аналогичные изменения фармакокинетики у кларитромицина в виде линейного увеличения его концентрации и активного метаболизма в слизистой оболочке желудка и желудочной слизи.

Цель: изучение клинической эффективности пантасана (SUN) в эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* при язвенной болезни.

Методы: обследованы 18 человек в возрасте от 18 до 68 лет. Обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки подтверждалось эндоскопически.

H. pylori до начала терапии определяли с помощью уреазного теста и гистологически. Для контроля эрадикации *H. pylori* использовали дыхательный тест с ^{13}C мочевиной. Пантасан назначали 40 мг 1 раза в день 14 или 28 дней в зависимости от срока рубцевания язвы (эндоскопический контроль), первые 7 дней в сочетании с амоксициллином 2 г и кларитромицином 1 г в сутки.

Результаты: пантасан приводил к быстрому исчезновению симптомов (на 1-й день) и рубцеванию язвы (у 18 больных в течение 14 дней). Эрадикационная активность использованной схемы терапии составила 89%. В течение 12 месяцев рецидивы заболевания после успешной эрадикации *H. pylori* не наблюдались.

Выводы: Пантасан высоко эффективен при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки для рубцевания язвы, а в составе комбинированной терапии приводит к высокому проценту эрадикации *H. pylori*, обеспечивая длительную ремиссию заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБЕПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Областной центр крови, Актобе
Городские поликлиники №1 и 4, Актобе

Актуальность: Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) связана с ростом числа больных с этой патологией во всем мире. Результаты эпидемиологических исследований показывают, что распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%.

Цель работы: оценить эффективность и безопасность монотерапии рабепразолом (париет) в суточной дозе 20 мг в течении 4-х недель у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы: обследовано 27 больных (10 мужчин и 17 женщин), средний возраст которых составил $47,2 \pm 1,1$ лет. С ЭН ГЭРБ – 7 пациентов, с ЭП ГЭРБ – 20 пациент (I ст. – 9, II ст. – 11).

Всем пациентам проводилась базальная оценка клинической характеристики заболевания (изжога, боль за грудиной, в подложечной области, отрыжка). Изучалось состояние слизистой пищевода по результатам динамического эндоскопического наблюдения,

проводилась рН – метрия пищевода и желудка (АГМ-03, «Исток-Система» Россия). В процессе лечения регистрировались все нежелательные явления.

Результаты: изжога полностью исчезла к концу лечения у 100% больных, из них 97% пациентов – в течении 24 часов от начала терапии. Болевой симптом полностью купирован в 95% случаев, из них в течении первых 2-х суток – у 92% пациентов у остальных пациентов его интенсивность уменьшилась с 9 до 2-х баллов. Исчезновение отрыжки наблюдалось у 78% больных, уменьшение 2 балла – у 18%, у остальных пациентов отрыжка сохранялась. Полное заживление эрозий зарегистрировано у 100% пациентов. Препарат хорошо переносился всеми пациентами, побочных эффектов в ходе лечения не отмечалось.

Выводы: Использование париета у больных с ГЭРБ является эффективным и безопасным, обладает высокой клинико-эндоскопической эффективностью.

УДК 616-001-089

Е.М. БАЗАРКУЛОВ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ

ГКП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи», Актобе

Были изучены клиника и лечение 35-х больных в возрасте от 21 до 48 лет при множественной (10 пострадавших) и сочетанной (25) травме. Среди них наиболее часто встречались переломы голени в сочетании с переломами бедра и таза (15 пострадавших). Наибольшее количество больных с сочетанными повреждениями занимают пострадавшие с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) – 32 (90,6%) больных, у которых нередко были сложности проведения интенсивной терапии из-за необходимости внутривенного введения большого количества препаратов и опасности развития отека головного мозга. При сопутствующей ЧМТ может развиваться, так называемый, синдром промежуточного мозга, сущность которого заключается в развитии тахикардии, возбуждения, повышения температуры тела центрального генеза на фоне гипоксии мозга. При стабилизации переломов этот синдром не развивается или развивается в ослабленном виде со снижением летальности более чем в 3 раза. Поэтому, при лечении переломов в сочетании с ЧМТ в остром периоде на фоне индивидуальной интенсивной терапии производили первичную малоинвазивную фиксацию аппаратами внеочагового остеосинтеза. Это позволило избежать развития синдрома промежуточного мозга.

В раннем периоде, через 2-3 недели, после стабилизации состояния с целью активизации пострадавших производили вторичный погружной остеосинтез. Причинами смены фиксации являлись относительно частое (до 12%) воспаление в местах проведения спиц (стержней), большой вес конструкций, дискомфорт и необходимость постоянного ухода за ними. При переломах диафиза плеча, бедра и голени был использован внутрикостный блокирующий штифт (28 больных). Накостный остеосинтез пластинами АО (7 больных) производили при переломах костей предплечья. Внеочаговый остеосинтез был оставлен на весь период лечения у 3 больных с инфицированным переломом голени и у 2-х - с переломом костей таза. У последних, после выведения из шока, внеочаговая фиксация была продолжена.

Таким образом, у пострадавших с политравмой в остром периоде при множественных переломах для профилактики осложнений ЧМТ следует стремиться к ранней стабилизации отломков малоинвазивными методами фиксации. В дальнейшем необходимо переходить на современные методы стабильного погружного остеосинтеза. Такая тактика явилась действенной мерой профилактики осложнений, способствовала активизации больных и благоприятному течению травматической болезни.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

ГКП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи», Актобе

Блокирующий интрамедулярный остеосинтез (БИОС) длинных трубчатых костей применяется в мировой практике более 40 лет. В связи с этим накоплен огромный опыт внутренней фиксации переломов многими исследователями. Анализ результатов привел к пересмотру ранее бытующих принципов. В последние десятилетия возникли новые идеи в травматологии, получившие название рациональный, малоинвазивный или «биологический» остеосинтез, главной целью которого является сохранение жизнеспособности ткани в зоне перелома. При этом принципиальные преимущества блокирующего остеосинтеза следующие: закрытая репозиция отломков под ЭОП-ом, малый хирургический доступ вне перелома, благодаря чему не наносится дополнительная травма тканям в зоне перелома сохраняется периостальное кровоснабжение, которое является ведущим в регенерации длинных трубчатых костей. Достижимая стабильная фиксация при интрамедулярном остеосинтезе дает возможность ранней функциональной реабилитации больных. К этой категории операции интрамедулярный остеосинтез является новым поколением блокирующих стержней из стали и титана для бедренной, большеберцовой и

плечевой кости. Достоинством этого метода является: малая травматичность операции, что является важнейшим фактором при тяжелых сочетанных травмах, отсутствие необходимости внешней иммобилизации, возможность ранней осевой нагрузки. Нами интрамедулярный блокирующий остеосинтез выполняется с 2010г. и за этот период выполнены операции у 42 больных. Малые сроки нетрудоспособности у большинства пациентов обусловлены возможностью приступить к работе не дожидаясь полного сращения перелома ввиду особенностей данного вида остеосинтеза. На основании наших наблюдений можно сделать вывод, что интрамедулярный остеосинтез с блокированием является приоритетным методом как при лечении больных с переломами трубчатых костей, для которых актуально быстрое восстановление работоспособности, так и у пожилых, для которых особенно важна скорейшее возвращение в привычные бытовые условия. Данный способ оперативного лечения значительно сокращает сроки нетрудоспособности по сравнению традиционными видами остеосинтеза, что является важным социальным фактором.

УДК 615.065 (574.42)

М.А. БАЙГАЛИЕВА

О ПОСЛЕДСТВИЯХ БЕСКОНТРОЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НАФТИЗИНА

Медицинский центр «Медикер», Усть-Каменогорск.

Очевидно, что наиболее распространенными лекарственными препаратами при заболеваниях носа и околоносовых пазух являются сосудосуживающие капли, так называемые деконгестанты. В настоящее время предлагается огромный выбор таких медикаментов, и самый «популярный» из них - нафтизин. Применение нафтизина и подобных средств при риносинуситах патогенетически оправдано и даже необходимо, так как кроме снятия отека слизистой носа способствует восстановлению вентиляции слуховых труб и дренированию околоносовых пазух.

Причинами отравлений нафтизином именно у детей можно считать, во-первых, незрелость механизма возврата адреномиметиков в пресинаптическое окончание и недостаточную активность соответствующих инактивирующих ферментов, что приводит к увеличению концентрации деконгестантов в крови и появлению симптомов отравления, во-вторых, значительно меньшая площадь слизистой оболочки полости носа у детей по сравнению с взрослыми. При попадании на слизистую носа грудного ребенка «стандартного» количества сосудосуживающего средства он получает дозу в 30 раз выше, чем взрослый человек, что и приводит к отравлению ребенка.

Клиника отравлений деконгестантами имеет двухфазное течение. В первой фазе действия альфа-адреномиметиков отмечаются общая слабость, тош-

нота, рвота, головокружение, головная боль, беспокойство и чувство страха. Определяются умеренная бледность кожных покровов за счет спазма периферических сосудов, тахикардия за счет усиления сократительной способности миокарда и повышение артериального давления. Во второй фазе развивается типичная картина отравления: мышечная гипотония, усиление бледности кожи, снижение температуры тела, брадикардия.

Полное созревание механизмов синтеза, захвата, депонирования и инактивации катехоламинов происходит только к шестому-восьмому годам жизни ребенка, поэтому у старших детей и взрослых почти не бывает передозировки сосудосуживающими препаратами. В связи с этим необходимо строго ограничивать применение подобных капель у детей первых лет жизни. Как сказано выше, длительное применение нафтизина вызывает симптомы тахифилаксии, или синдром «рикошета», то есть постепенное ослабление сосудосуживающего действия препарата, с последующей вазодилатацией и усилением ринита. Применение капель в нос при беременности и лактации должно решаться строго индивидуально, когда ожидаемая польза оправдывает потенциальный риск для плода. Неизвестно так же, как долго эти препараты выделяются с грудным молоком при системном или местном

применении, поэтому кормящие женщины должны пользоваться деконгестантами с осторожностью.

Исходя из вышеизложенного, необходимо подчеркнуть, что при лечении деконгестантами нужно помнить о возможных осложнениях и побочных эффектах данных препаратов; учитывать длительность,

дозировку, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний; должным образом контролировать их использование пациентами, а детям первых лет жизни назначать сосудосуживающие капли только по строгим показаниям и применять альтернативные методы лечения.

УДК 613.26/29.001/574.52

Г.З. БАЙДОСОВА, Г.А. ТУЛЕГЕНОВА, А.А. НАУРЫЗОВА, Б.Б. СРАЖ, А.А. ТАМЕНОВА, А.К. ЖЕТПИСБАЕВА

ВЛИЯНИЕ ДИЕТО И ГЕЛИЙНЕОНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Известно, что важная роль в обеспечении нормального течения беременности принадлежит фолиевой кислоте. Дефицит этого витамина у беременных может вызвать спонтанный аборт, отслоение плаценты, кровотечения, анемию, угрожает нормальному развитию плода, в частности, тяжелыми последствиями недостатка фолиевой кислоты могут быть недоразвитие головного мозга (анэнцефалия), водянка головного мозга и другие.

Установлено, что у практически здоровых беременных женщин в 1 мл цельной крови в среднем содержится 87,1 нг фолиевой кислоты, что соответствует имеющимся литературным данным (М.Ф. Додхоева, 2007). В то же время у всех женщин страдающих ЖДА, уровень фолиевой кислоты в цельной крови был значительно ниже контрольных величин ($P < 0,001$). При этом, если у женщин с анемией 1 степени содержание фолиевой кислоты в крови было в среднем вдвое ниже, чем у практически здоровых беременных, то у обследуемых с анемией 1 степени содержание фолиевой кислоты в крови было ниже контроля уже в три раза. Кроме того, установлена тесная корреляционная зависимость между уровнем фолиевой кислоты

в крови и числом эритроцитов (0,63), а также количеством гемоглобина (0,81). Таким образом, обеспеченность фолатами зависит от тяжести анемии беременных женщин. Лазеротерапия и прием железосодержащих препаратов привели к увеличению содержания фолиевой кислоты в цельной крови как у женщин с анемией 1 степени, так и с анемией 2 степени. После проведенного лечения количество фолиевой кислоты в цельной крови беременных женщин с ЖДА 1 и 2 степени достигло сходных и находилось на уровне контроля. Таким образом, лазеротерапия совместно со специализированным продуктом является не только наиболее эффективным методом лечения наиболее эффективным методом лечения ЖДА, но и нормализует биохимические функции, способствует повышению уровня фолиевой кислоты в крови.

Итак, при анемии значительно возрастает потребность в фолиевой кислоте, что указывает на необходимость разработки эффективных мероприятий профилактики и лечения анемии беременных. Учитывая полученные данные, к таким мероприятиям можно отнести использование лазеротерапии и специализированного продукта «Арман».

УДК 616.21:615.838.9-08

У.Е. БАЙДУЛЛАЕВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА ИРРИГАЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ

Медицинская фирма «Ча-Кур», Актау

Этиопатогенез хронических заболеваний полости носа (ХЗПС) различен и отмечается характерными признаками: обструкция дыхания, вызванная отеком слизистой оболочки носа и гиперсекрецией желез с образованием слизи. В патогенезе ХЗПС участвует присоединившаяся вторичная инфекция, усугубляющая течение ринита. У атропических больных персистирующая инфекция провоцирует формирование «порочного круга», являющегося основой формирования хронических аллергических заболеваний. При оценке микрофлоры, колонизирующей слизистую оболочку носа у больных аллергическим круглогодичным ринитом (АКР) и инфекционным ринитом (ИР) установлено, что более 90% штаммов при АКР и 81% при ИР относились к грамположительной микрофлоре (кокковая флора с преобладанием стафилококков). АКР характеризуется поражением слизистой оболочки

носа, обусловленным сенсibilизацией организма к одному или нескольким аллергенам. Заболевание отличается длительностью течения и зачастую осложняется присоединением вторичной инфекции. Наибольшее опасение вызывает факт увеличения уровня антибиотикорезистентности и количества антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. Антибактериальная терапия должна основываться на данных мониторинга резистентности к антимикробным препаратам, позволяющим уменьшить селекцию антибиотико-устойчивых штаммов микроорганизмов. Использован принцип ступенчатой терапии, основанной на использовании различных лекарственных препаратов в зависимости от тяжести течения ринита. Первая ступень лечения предполагает элиминацию вдыхаемого с воздухом аллергена, вызывающего реакцию слизистой оболочки носа. В качестве средства элиминации ал-

лергенных частиц становится ирригационная терапия полости носа. Суть терапии направлена на вымывание из полости носа слизи и пылевых частиц, поступающих с вдыхаемым воздухом.

Исследовано 121 пациент с заболеваниями полости носа, за период 2010 года различной возрастной категории. С ХЗПС составили 75 больных (61%) и с острыми катаральными явлениями 46 больных (39%).

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

Е.Б. БАЙКЕНОВ

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОМАНИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

Патологический гемблинг является одной из наиболее распространенных форм поведенческой зависимости и по своим клиническим проявлениям более всего напоминает аддикции химические (Егоров А.Ю., 2005). Актуальность проблемы патологической зависимости от игры рассматривается в связи с тремя основными причинами: 1) возникновение социальных и финансовых проблем; 2) распространенностью противоправных действий; 3) высоким суицидальным риском (Frank M.L., Lester D., Wexler A., 1991; Petry N.M., Kiluk B.D., 1998; Kausch O., 2003). Азартными играми увлекаются прежде всего подростки (Минякина Ю.В., 2008). Чаще всего гемблинг понимается как гетерогенный комплекс активностей, который включает в себя множество видов азартных игр на деньги: карточные игры; игры в казино; лотереи; ставки на бегах; спортивные ставки; игра в игровые

С первых же дней обострения заболеваний полости носа даны рекомендации по применению элиминационной терапии изотоническим и гипертоническим растворами натрия хлорида или препаратов, содержащие аналогичные концентрации. В острую фазу больший терапевтический эффект оказывает изотонический раствор, при ХЗПС положительный эффект достигается за счет применения гипертонического раствора.

автоматы и т. д. (Ениколопов, С. Н., Умняшкина Д. А., 2008)

В рамках научно-технической программы Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании было проведено предварительное исследование распространенности рисков вовлечения в игроманию среди учащихся общеобразовательных школ г. Алматы, Актобе, Кустанай. Всего в исследовании приняли участие 611 человек в возрасте 14-17 лет. Из них учащиеся мужского пола составили 38,8% и 61,2% женского пола. Исследование проводилось с помощью теста Такера на выявление игровой зависимости.

По данным исследования 94,1±1,9% учащихся не имеют никаких последствий азартной игр, учащиеся с высокой вероятностью патологического гемблинга составило 0,8%±1,7% и с уровнем, который может привести к негативным последствиям 5,1(0,5<>2)%.

УДК 614.7:612.248-053.2

Л.К. БАЙМУХАНОВА

ЭКОЛОГИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Городская поликлиника №4, Актобе

Сохранение и укрепление здоровья обучающихся, их физическое развитие, здоровое питание являются приоритетными направлениями государственной политики, и рассматриваются в качестве необходимой гарантии успеха всех социальных и экономических реформ, проводимых в нашей стране. В течение последних 10 лет отмечается рост специфической детской заболеваемости, связанной с характером загрязнения территории. Бронхиальная астма (БА) является экологически обусловленным видом патологии. Город Актобе крупный областной центр с развитой промышленной инфраструктурой. Основными источниками загрязнения воздушной среды города являются крупные предприятия химической, металлургической, энергетической и горнорудной промышленности, а также автотранспорт. Основной вклад выбросов вносят Актюбинский завод ферросплавов, филиал АО «ТНК Казхром», АО «АЗХС», АО «Актобе ТЭЦ». Выбросы в атмосферу города Актобе увеличились с 58,7 до 79,8 тыс. тонн в год. В городе интенсивно растет общее количество автотранспорта. По состоянию на 2005 год в г. Актобе числилось 60 тыс. 402 единиц, на 2008 год зарегистрировано 90 тыс. 487 единиц, что

больше на 30 тыс. единиц (33%) по сравнению с 2005 годом. Детский организм более чувствителен к вредному воздействию факторов окружающей среды, в силу физиологических особенностей получает дозую нагрузки на вес тела больше, чем взрослые, при более низких способностях к детоксикации и выведению. Заболеваемость БА по Актюбинской области находится на уровне РК, но в самом г. Актобе (городе с максимальным уровнем антропогенной нагрузки и критической территорией по экологическому состоянию окружающей среды) имеет место статистически значимое превышение заболеваемости бронхиальной астмой во все периоды с 2003-2007 годы по сравнению с заболеваемостью БА по РК. Так в 2003 г. заболеваемость БА в г. Актобе составило 116,4 против 39,5 на 100 тыс. населения по РК, в 2006 г. - 120,6 и 48,6 на 100 тыс. населения по РК, в 2007 г. - 105,3 и 72,6 на 100 тыс. населения соответственно. Несмотря на совершенствование и повышение качества оказания медицинской помощи детскому населению, уровень заболеваемости БА остается высоким. Неблагоприятная экологическая обстановка на территории Актобе оказывает негативное влияние на уровень общей и

первичной заболеваемости детей БА. Поэтому в работе школьного врача большое внимание уделяется проведению необходимых профилактических меро-

приятий по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.

УДК 615.456-053.2

А.А. БАЙТУРИН, А.Т. БЕКЖАН, М.З. ГАБДЖАНОВА, Н.Н. МАНДРЫКА, Н.Н. ПУХОВИКОВА

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Городская детская клиническая больница, Актобе

В настоящее время повышение безопасности больного в анестезиологии и реаниматологии является одной из ведущих проблем специальности. Острый период реанимационных состояний у детей характеризуется невозможностью естественного питания через рот, что может быть связано с нарушением сознания, акта глотания, травмой лицевого скелета, травмой органов пищеварения, нарушением функции ЖКТ в критических состояниях. Парентеральному питанию присущи некоторые специфические проблемы, связанные с прямым введением нутриентов в сосудистое русло: более высокая частота инфекций кровотока, гипергликемия, гипертриглицеридемия. Также при нарушении методологии парентерального питания и использовании препаратов более «старых» поколений возможны некоторые метаболические нарушения и развитие органной дисфункции. При этом следует отметить, что голодание или недостаточное питание у пациентов в критических состояниях повышает летальность (категория С). Соответственно, необходимость применения парентерального питания возникает в том случае, когда в ближайшие 24 часа не может быть начато энтеральное питание (категория В) и у

пациентов с нутритивной недостаточностью, которые не могут получать адекватное питание орально или энтерально (категория С), отказ от парентерального питания невозможен. Среди вопросов безопасности применения парентерального питания необходимо выделить следующие: безопасность калоража - необходимо избегать гиперкалорического питания; безопасность объема - системы «все в одном» обеспечивают оптимальный калораж и потребности в макро- и микронутриентах в меньшем объеме нежели флаконная методика, осмотическая безопасность - необходимость введения концентрированных растворов аминокислот в центральные вены в медленном темпе, качественный состав жировых эмульсий - необходимо обратить внимание, что эмульсии на основе соевого масла могут приводить к перегрузке малого круга кровообращения и органной дисфункции. Парентеральный путь введения питательных веществ, расширяют возможности лечения и выхаживания детей в критических состояниях, обеспечивает естественный путь введения макро- и микронутриентов и нормализацию функции ЖКТ, тем самым, воздействуя на звенья патогенеза острых неотложных состояний.

УДК 618.14-006.6 : 615.371

С.К. БАЛМАГАМБЕТОВА

ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Медицинский центр «Мир женщины», Актобе

В Казахстане от рака шейки матки (РШМ) ежегодно умирает более 600 женщин. В 2011 г. по данным Актюбинского онкодиспансера, было выявлено 70 новых случаев верифицированного рака шейки матки, из них 69 - в I-II стадии, 1 - в III. Папилломавирусная инфекция привлекла особое внимание в последнее время в связи с ролью этой группы вирусов в развитии рака. По данным Прилепской В. Н. и соавт., в 58% случаев обнаружения ВПЧ у женщин присутствуют типы высокого онкогенного риска - 16 и 18.

За период с сентября 2011 по сентябрь 2012 г. мной было проведено 402 кольпоскопии, взято 307 цитологических мазков, 69 женщин по результатам кольпоскопии и цитологического скрининга направлено на ПЦР-диагностику вируса папилломы человека. Из 69 прошедших обследование на ВПЧ выявлено 23 случая инфицирования различными онкотипами (33,3%): 16 онкотип - 3 случая; 31 онкотип - 2 случая; 33 - 2; 39 - 2; 45 - 3; 51 - 5; 58 - 3; 59 - 3. Примечательно, что 16, 31, 39, 45, 51, 58, 59 типы, то есть практически все из выявленных, относятся к высокоонкогенным. Удельный вес высокоонкогенных типов вируса соста-

вил 91,3%! В одном случае было выявлено сочетание 33 и 51 онкотипов, что утяжеляет картину заболевания в целом. В 3 случаях выявление ВПЧ сочеталось с CIN-I, в 2 случаях - с CIN-II, то есть с легкой и умеренной дисплазиями шейки матки. 18 женщин из 23 (78,3%) находятся в возрастном диапазоне 18-25 лет, остальные 5 женщин - в возрасте 27-37 лет, то есть так же находятся на пике профессиональной, сексуальной и репродуктивной активности. Всем женщинам была показана вакцинация с целью профилактики тяжелых дисплазий и инвазивных процессов шейки матки. Из 2-х вакцин, работающих на казахстанском рынке, вакцина Церварикс обладает все же более высокой избирательностью в отношении высокоонкогенных штаммов ВПЧ в связи с перекрестным действием также и на 31 и 45 онкотипы вируса.

Учитывая актуальность профилактики рака шейки матки, имеющего тенденцию к значительному омоложению в связи с высокой трансмиссивностью вируса папилломы человека, возникает настоятельная потребность включения противораковых вакцин в состав национальной иммунизационной программы.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ АНЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

На современном этапе изучение особенностей функционирования высшей нервной деятельности при анемической гипоксии продолжает оставаться актуальной проблемой систем здравоохранения различных стран мира. Это связано с тем, что гипоксия встречается часто и служит важным компонентом множества заболеваний, в том числе железодефицитной анемии. Следует также подчеркнуть высокую частоту заболеваемости ЖДА среди студентов высших учебных заведений. Нарушения функции нервной системы обычно начинаются в сфере высшей нервной деятельности и проявляются в расстройстве наиболее сложных аналитико-синтетических процессов, в частности памяти и внимания. Особую значимость изучения данных процессов приобретает в условиях значительных умственных нагрузок, что имеет место при обучении в сфере высшего образования.

Целью исследования является изучение особенностей проявления функций ВНД при анемической гипоксии у лиц в возрасте 20 лет, количество – 60. Методы исследования: Использовались нейрофизиологические тесты: тест Бурдона, Трейл-тест, тест Лурия. С целью функциональной диагностики проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование.

Полученные результаты: Результаты тестирования обеих групп показали, что в тестах Трейл части «А» и части «В» такие функции, как внимание, пространственная ориентация, моторная координация, а также исполнительская функции различий не имели. В тесте Лурия, где оценивалась вербальная память, имелось достоверное различие с лучшими значениями в контрольной группе. Результаты корректурного теста Бурдона показали достоверное снижение внимания в опытной группе. Результаты ЭЭГ – исследования показывали на различия ЭЭГ ритмов в двух группах с явным снижением амплитуды основного α -ритма в 2-3 раза и за счет этого уплощенной, не правильной формы α -ритма, снижением в 2 раза индекса выраженности, не значительным снижением частоты α -ритма в опытной группе, что подтверждает снижение когнитивных функции за счет влияния анемической гипоксии.

Заключение: Таким образом, состояние «кислородного голода» отражается на эффективности морфофункциональных связей между фронтоталамическими и корковыми зрительными зонами, обеспечивающие проявление функций ВНД.

УДК 615.28

М.Б. БАСПАЕВА

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЗКГМУ ИМ. М. ОСПАНОВА ЗА 2011 ГОД

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе,

Отделение химиотерапии МЦ ЗКГМУ в 2011г. было развернуто на 30 коек. За отчетный период лечение проведено 467 онкобольным. По отдельным локализациям: Наибольшую часть больных, получивших химиотерапевтическое лечение составили пациенты раком молочной железы (РМЖ) – 43,3%, раком яичников (РЯ) – 17%, раком легкого – 7,6%, больные раком желудка и колоректальным раком (КРР) – по 3,8%. По стадиям: В 57,1% химиотерапия проводилась при поздних (III–IV) стадиях онкозаболеваний: из них РМЖ составил – 33,6%, рак яичников – 26,2%, рак легкого – 10,2%, рак желудка – 5,4%, колоректальный рак – 3,1%. В 42,9% лечение получали больные с ранними (I–II) стадиями заболевания: из них – 52,5% составили больные РМЖ, 5,9% – раком яичников, 4,6% – раком легкого, 1,9% – раком желудка. Режимы лечения: В 83% проводилась полихимиотерапия, в 17% - монохимиотерапия. В неoadьювантном режиме проведено 128 курсов, при этом 72,7% – больным РМЖ; 16,4% - раком яичников. Адьювантную химиотерапию проводили в 38,5% случаях больным РМЖ; в 22% - при РЯ; в 4,7% при раке легкого; в 5% - при раке желудка. Паллиативная химиотерапия проводилась чаще больным РМЖ – 31,7%; раком легкого – 14,9%. Симптоматическую терапию получили 17 больных (1,5%). Вид лечения: Больные получили

1095 курсов химиотерапии, из них 5,2% - химиотаргетной терапии, 22,7% - таргетной терапии, проведение которых основывается на ИГХ исследовании (проведено в 158 случаях – в 93,7% (РМЖ), у больных раком желудка – 3,8%, у больных раком легкого – 1,9%). Иммунотерапия в 91,3% проводилась больным раком почки и 8,7% - при меланоме. Гормонотерапия проводится с учетом гормонорецепторов: 52% составляют больные РМЖ и 48% - пациенты раком предстательной железы. Химиотерапия, как единственный метод системного лечения злокачественных новообразований, в последние годы стал применяться чаще: 1) адьювантно с целью эрадикации микрометастазов – количество адьювантных курсов увеличилось – от 4 до 6; вводятся в практику новые таргетные препараты (применяемые длительно), назначение которых основано на ИГХ исследовании, получаемом после радикальных операций, 2) неoadьювантно (основываясь на данных последних клинических испытаний, которые рекомендуют их применение до хирургического лечения), 3) самостоятельно (паллиативные курсы) – учитывая увеличивающийся арсенал химиопрепаратов и таргетных препаратов, используемых в качестве второй линии терапии.

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И ВОЗНИКАЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В настоящее время, в хирургии очень широко внедрено применение лапароскопических операций. Во многом зависит от малоинвазивности этого объема операций, вследствие внедрения и применения современных лапароскопов. Основная цель исследования, оценка возможностей лапароскопической хирургии, профилактика осложнений и лечение возникающих осложнений. Современная хирургия позволяет хирургам выполнять операции традиционно с помощью инструментов, а также используя современную фибровидеоэндоскопическую технику, индивидуально выбирая их для каждого больного дифференцировано.

Мы внедрили лапароскопическую хирургию в лечебную работу с 1994 года, на местной базе железнодорожной больницы. Использованы лапароскопы фирмы «Олимпус» с приставками «Сони» (Япония).

Всего выполнено, до 2011 года включительно 1513 лапароскопических операций. Из общего количества выполненных операций, при хроническом холецистите выполнено 972 операции, при остром холецистите 187, при остром аппендиците 267, при гинекологических заболеваниях выполнено 58 операций, при эхинококке печени 12 и 17 операций при травмах и спайках брюшной полости.

Больные перенесшие операции были в возрасте от 18 до 85 лет. Осложнения у перенесших операции

наблюдались у 53 больных (3,5%). При производстве лапароскопической холецистэктомии произошли перфорации желчного пузыря у 19 человек, подкожная эмфизема у 13, кровотечения из культи пузырной артерии у 7, истечение желчи из ложа желчного пузыря у 3, поддиафрагмальный абсцесс у 1, у 1 больного микроперфорация стенки общего желчного протока, у 1 выраженная гипотония. Все осложнения ликвидированы во время и после операции. Возникновение осложнений, кроме случаев вскрытия просвета желчного пузыря, потребовало перехода на лапаротомию или выполнение ее в раннем послеоперационном периоде. Часть от каждого вида удалось ликвидировать релапароскопией, в том числе и динамической. При операциях на нижнем этаже брюшной полости (аппендэктомии, адгезиолизис, гинекологические операции) осложнения были у 8 больных. При лапароскопической аппендэктомии были диатермические поражения тонкой кишки без образования кишечного свища и кровотечения из брыжейки червеобразного отростка. Последнее осложнение удалось ликвидировать без лапаротомии, частичные некрозы кишечной стенки также ушиты интракорпорально. В итоге, летальных исходов не было. Все больные перенесшие операции выписаны в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.366.381-089.85

Б.И. БАСПАЕВ, М.Б. БАСПАЕВА, А.К. КАНАТОВА

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Современная хирургия предусматривает внедрение в широкую хирургическую практику малоинвазивных вмешательств, и в частности, лапароскопических операций.

Непосредственная подготовка и последующее внедрение в клиническую работу эндовидеолапароскопии, в хирургической клинике г.Актобе у взрослых, начата и продолжена в железнодорожной больнице. Из объемных лапароскопических для того времени, первая современная холецистэктомия у нас, в хирургической клинике выполнена в феврале 1994 года. С 1994 года по 2011 год нами выполнено 972 холецистэктомии при хроническом и 187 при холецистэктомии при остром холецистите. Эндовидеолапароскопия, т.е. диагностическая и лечебная лапароскопия выполнялась лапароскопом фирмы «Олимпус» с приставками «Сони».

У оперированных 20% больных наряду с основным хирургическим заболеванием, выявлены сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, ожирение, анемия, бронхиты и т.д. Хорошее предоперационное обследование и долечивание, коррекция сопутствующих заболеваний, дало возможность выполнить предполагаемый объем операций. Больные перенесшие операции

были в возрасте от 18 до 87 лет. Изучены предоперационный и послеоперационный периоды у больных, перенесших эти операции. Все больные в предоперационном периоде были обследованы (лабораторные анализы, УЗИ, эндоскопические и другие методы). Подготовка к операции проводилась в хирургическом отделении, но при осложненном течении заболевания в отделении интенсивной терапии. Операции выполнялись подготовленными хирургами, освоившими лапароскопическую хирургию.

Трудным и значительно более сложным, было острое течение заболевания, из – за отека тканей, напряжения воспаленного пузыря, спаек шейки пузыря с окружающими тканями, органами, инфильтрата. Все операции завершались контрольным подпеченочным дренированием.

Послеоперационный период у перенесших лапароскопические холецистэктомии, протекал значительно лучше по сравнению с больными перенесшими лапаротомную хирургию. Состояние больных после операции контролировалось клиническим исследованием, а также аппаратом ультразвуковой диагностики «Апогей 800». Осложнения были у 38 больных (4,1%), все эти осложнения ликвидированы во время операции и некоторые в послеоперационном периоде. Летальных

исходов не было. Перенесшие лапароскопические холецистэктомии больные, все выписаны в удовлетворительном состоянии. Таким образом, лапароскопиче-

ские операции хорошо переносятся больными и должны выполняться высококвалифицированными хирургами.

УДК 616.381-089.85

Б.И. БАСПАЕВ, М.Б. БАСПАЕВА, А.К. КАНАТОВА

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Актуальным является выбор обезболивания при планировании лапароскопических операций. Несмотря на малоинвазивность лапароскопических операций, осуществление обезболивания было и является актуальным.

С 1994 года по 2011 год выполнено 1513 лапароскопических операций. Все больные в предоперационном периоде, прошли полное, комплексное клиническое обследование с подготовкой к предстоящему обезболиванию с соответствующей премедикацией. Все операции начинались с наложения пневмоперитонеума под эндотрахеальным или внутривенным наркозом. Наложённый пневмоперитонеум, постоянно повышает внутрибрюшное давление, которое влияет на вводный, основной наркоз и конечно же влияет на продолжение и окончание наркоза, при лапароскопических операциях.

В предоперационном периоде, все больные осматривались и хирургом и анестезиологом. Помимо ознакомления с больными, с расспросом их состояния,

осмотр начинался с оценки общего состояния больных, возраста, при наличии имеющихся основного и сопутствующего заболеваний, их осложнений. Лапароскопические операции малотравматичны и премедикация к наркозу была портативной, а именно, назначался фентанил 0,1 – 0,2 мг, антигистаминный препарат – димедрол 10 мг, включая атропин сульфат 0,4 – 0,7 мг. Вводный наркоз, интубация трахеи, выбор основного наркотического вещества, режим вентиляции легких проводились по общим принципам. Общая анестезия при лапароскопических холецистэктомиях, аппендэктомиях и др.: гинекологической патологии и при подозрении на онкологические заболевания сводилась к обеспечению наркотического сна и ИВЛ. Осложнений и летальных исходов не было, также осложнений после наркоза. Малотравматичность выполняемых, этих операций, снижает анестезиологический риск, при имеющихся сопутствующих заболеваниях. При операциях выполнены эндотрахеальный и внутривенный наркоз, но выбором был эндотрахеальный наркоз.

УДК 614.71:616.006(574.13)

А.М. БАСПАҚОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА, Ж.Б. МУЗАТОВА

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУЫНЫҢ ЖӘНЕ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРҒА ШАЛДЫҒУ ЕРЕКШЕЛІГІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қазіргі таңда тек Қазақстан Республикасының ғана емес, барлық адамзат үшін қатерлі жаңа түзілімдердің таралуы аса маңызды мәселелердің біріне айналып отыр. Әсіресе бұл мәселе қатерлі ісіктердің дамуына ықпал етуші факторлар кездесетін экологиялық қолайсыз аймақтарда аса көңіл бөлуді талап етеді.

Химиялық заттар жүктемесі төңірегінде онкологиялық аурушандылық көрсеткіштерін зерттеу маңызды болып табылады.

Ғылыми зерттеу жұмысымыздың мақсаты өндірістік қаланың атмосфералық ауасының ластануы және оның онкологиялық аурушандылыққа әсерін бағалау болып табылады. Зерттеу Ақтөбе облысы тұрғындарының 2008-2010жж. аралығында ауруға шалдығу мәліметтерінің сараптамасы негізінде жүргізілді. Онкологиялық аурушандылық көрсеткіштері Ақтөбе облысының жылдық есеп формаларынан Медициналық ақпараттық - аналитикалық орталықтың материалдары (Ақтөбе облысы тұрғындарының

денсаулық жағдайы статистикалық жинағынан) алынды.

Атмосфералық ауаның ластануы халықтың денсаулығына теріс әсер ететін қоршаған ортаға келеңсіз әсер етудің жетекші факторларының бірі болып қалуда. Қазақстан Республикасы Есеп Комитетінің мәліметтеріне сәйкес Ақтөбе облысының атмосфералық ауаның ластану индексі (қара металлургия және химиялық ластану бойынша) 2008 жылы - 8,6, 2009 жылы - 9,5, ал 2010 жылы - 7,6 құрады.

Статистикалық мәліметтерге сәйкес 2008 жылы Ақтөбе облысы бойынша 100 мың адамға шаққандағы жаңа түзілімдер саны 172,8 құрады. Осы көрсеткіш 2009 жылы - 167,9 құраса, 2010 жылы 171,8 болды.

Қорытындылай келе Ақтөбе облысы аймағында қатерлі жаңа түзілімдердің туындауына әсер ететін бірқатар арнайы факторлар жиынтығы бар екенін болжауға болады.

ПРОЯВЛЕНИЕ АДАПТАЦИИ К НАГРУЗКАМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

В условиях современного общества здоровье человека во многом определяется совершенствованием функциональных резервов в ходе адаптации к различным видам нагрузок и от межполушарных взаимоотношений, так как межполушарные взаимодействия лежат в основе надежности формирования физиологических и психофизиологических процессов, интеллектуальной деятельности, а так же обладает конституциональными признаками. Проблема произвольной регуляции двигательной функции, в частности, выяснение связи между разными типами профилей латеральной организации мозга и их адаптированности к нагрузкам стрессорного характера, типа «спринтерской» и альтернативной - «стайерской».

Цель: изучить особенности адаптированности лиц с различной функциональной асимметрией к «спринтерской» и «стайерской» нагрузкам путем регистрации параметров внешнего дыхания, 107 человек мужского пола, в возрасте 18-21 лет;

Методы исследования: функциональные пробы (моторные, зрительные, слуховые) для выявления фенотипов по функциональной асимметрии; велоэргометрия; спирометрия.

Полученные результаты: результаты по этнической принадлежности - леволатеральный фенотип

среди казахов 13% и праволатеральный фенотип 39%, среди русской национальности леволатеральный тип - 22% и праволатеральный 17%. Анализ спирометрии выявил, у левшей большие значения показателей внешнего дыхания по пяти параметрам в ходе выполнения спринтерской нагрузки, при стайерской динамика проявилась лишь по двум параметрам. Правши и амбидекстры не дали отличающихся результатов. Сравнение между группами при выполнении одинаковых нагрузок выявило, что правши большее напряжение по дыхательным объемам дали в сравнении с левшами после выполнения стайерской нагрузки. Изучение динамики сердечно-сосудистой системы по ЧСС показало, что в одинаковой степени достоверно происходит учащение ритма сердечной деятельности у правшей и левшей на стайерскую нагрузку в сравнении с исходными данными, они же большие по значению при сравнении с ЧСС амбидекстров при этой же нагрузке.

Выводы: Для левополушарных молодых мужчин адаптированность по показателям внешнего дыхания проявляется при выполнении «стайерской» нагрузки. Для «правшей» и «амбидекстров» адаптированность к обеим нагрузкам одинакова в равной степени без предпочтения какой-либо.

УДК 616.728.2-001.6-053.1-07

Ж.Т. БАУБЕКОВ, А.С. УМАРОВ, А.Е. АУБАКИРОВ, М.Р. ФАРУЗДИНОВ, Н.Ж. МУСИН

ТУА БІТКЕН ҰРШЫҚ БАСЫ ШЫҒУЫН ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН КОНСЕРВАТИВТІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе
Ақтөбе облыстық клиникалық балалар ауруханасы, Ақтөбе

Балалардың арасында ортопедиялық ақаулардың ішінде туа біткен ұршық басының шығуын кеш диагностикалау өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Сондықтан ерте диагностикалау негізгі өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

Соңғы жылдары қосымша тексеру әдістерінің бірі УДЗ әдісі, дегенмен осы бір қатерсіз әдіс күні бүгінге дейін дәрігерлер арасында кеңінен қолдау тапай келе жатыр десек те болады.

Зерттеу мақсаты: Туа біткен ұршық басы шығу ақауын ерте анықтап, емдеу әдісін жақсарту.

Материалдар мен деректер: Біздер клиникамызға қарасты емханаға қаралған соңғы 2010-2011 жылдар аралығындағы балалардың арасында 1 айдан 3 жасқа дейінгі 125 баланы тексеріп, 49 нәрестеге уақытылы диагноз қойып, консервативті емдік шара қолданып, 47 балада жақсы нәтижеге қол жеткіздік. Клиникада негізінен қолданылған объективті тексеру барысында анықталған негізгі симптомдар:

1. Сан буынын сыртқа ашқанда шектелуі.
2. Сан және бөксеңің тері қыртыстарының асимметриясы
3. Көзге көрінетін аяқтың қысқаруы.
4. Аяқ басының сыртқы ротациясы.
5. Жамбас сан буынында «тырсыл» симптомы (симптом Маркса Ортолани).

Диагностикалау мен емдеу барысына қиындық туғызған жағдайда қосымша тексеру әдісіне көрсеткіштер белгіледік, оған негізгі көрсеткіштер:

- Егер жоғарыдағы тексеру әдістерінің бірі күмән тудыратын болса;
- Нәрестені тексеру барысында негізгі клиникалық белгінің біреуі анықталса;
- Ата анасында тұқым қуалашы фактор немесе босану жолынан жамбаспен келген жағдайда;
- Рентгендік мәлімет күмән тудырса.

Қосымша тексерулерге нәрестеге жамбас сан буынына ультрадыбысты зерттеу мен 3 D компьютерлі томограмманы қолдандық. Емдеу барысында 3 айға дейінгі балаларға клиникамызда кеңінен қолданылатын жеңіл шинаны пайдалансақ, ал 4 айлық балаларға жамбастағы өкелуші бұлшық ет сіңірлеріне тері астылық тенотомия жасалып алғашқы 3 айда Лоренц-I, ал келесі емдеу сатысында Лоренц-II тәсілін пайдаланып, соңғы 3 айында Виленский шинасын қолдандық.

Қорытынды: ерте диагностикалауда туа болған ақаулық анықталған бойы алғашқы айда консервативті ем қолданылуы жақсы нәтижемен сауығатындығы анықталды.

БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ЖОЛ КӨЛІК АПАТЫ ЖАРАҚАТТАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАП ЕМДЕУ МЕН ЖАРАҚАТТЫҒА АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫН ҚАРАСТЫРУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе облыстық клиникалық балалар ауруханасы, Ақтөбе

Балалар арасындағы жарақаттардың бір бөлігін жол көлік апатының нәтижесінде кездесуі, дүние жүзіндегі өзекті мәселелердің бірі.

Материалдар мен деректер: соңғы 2010-20011 жылдарда ауруханада 192 бала жол көлік апатының салдарынан ем қабылдаған. Балалардың жасына қарай жарақаттанған науқастар 1 айлық нәрестеден 15 жас аралығында кездесті. Қыз балаларға қарағанда ер балалардың жарақат алу жиілігі 16% жоғарылығы анықталды.

Зерттеу мақсаты: жол көлік апаты салдарынан кездесетін жарақаттарды дер кезінде анықтаумен қатар емдеу әдісін жақсартып, алдын алу шараларын ұсыну.

Нәтижелер мен талқылау: Жарақаттардың ішінде диагностикалық және емдеу барысында ең қиындық туғызатын күрделі (бір жүйенің бірнеше жерден зақымдалуы) және қосарланған жарақаттар. Науқастарға нақты диагноз қою мақсатында тексеру әдістерін қажеттілігіне қарай: магниттік резонансты томография, компьютерлі томография, ультрадыбысты зерттеу мен рентгенография, лапароскопиялық және торокоскопиялық диагностиканы кеңінен қолданды. Емнің нәтижелілігі науқасты уақытында ауруханаға жеткізумен қатар дер кезінде науқасқа көмек көрсетумен негізделеді.

Ауруханада емделген науқастарға сараптама жасау барысында ең жиі кездескен жарақаттар бас миының жарақаты. Барлық науқастардың ішінде соңғы екі жылда 150(78,1%) балада кездесті. Кеуде қуысының жарақаты 1(0,52%) балада, іш қуысы жүйелерінің жарақаты-3(1,6%) балада, талақтың капсула ішілік жарақаты-2 балада, бауырдың жырталуы-1 балада анықталды. Балаларға шұғыл түрде іш қуысына лапароскопиялық диагностика жасалып, уақытында көмек көрсетілді. Қолбасы, білек, иық сүйектерінің жарақаттары- 9(4,7%), табан, балтыр, сан сүйектерінің сынықтары-29(15,1%) балада кездесті. Жарақаттардың ішінде қосарланған жарақат-14(7,29%) науқаста анықталды. Науқастардың барлығы толық емін қабылдап, сауығып шықты. Осы мәліметтерге сүйене отырып, қазіргі таңда жол көлік апатының алдын алу мақсатында әлі де болса жүргізілетін жұмыстар жеткілікті.

Қорытынды: Жарақаттанған науқасты жаңа технологияның жетістіктерімен диагностикалау мен емдеу әдістерін жақсарту мен қатар, сол жарақатты болдырмауды қарастыру: бала бақша мен мектептерде, отбасында және көлік жүргізушілер арасында жолда жүру ережелерін сақтай білуді нақты жолға қою, жан жақты ағарту жұмыстарын жүргізу қажет.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В КЛИНИКЕ ЗКГМУ ИМ. М.ОСПАНОВА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Эндовидеохирургия как наука ещё молода, но развивается семимильными шагами. С расширением материально-технической базы нашей клиники вопрос о внедрении малоинвазивных операций в онкохирургии стал остро, и мы тоже стали внедрять данные методы операции с начала 2012 года. Нам удалось выполнить три ассистированные лапароскопические правосторонние гемиколэктомии в первом квартале текущего года. Все трое больных – мужчины 54, 60 и 72-х лет. У всех – «Карцинома правой половины толстой кишки. St2 T2N0M0», т.е. без поражения регионарных лимфоузлов и отдалённых метастазов. Ассистированное пособие (внебрюшинный анастомоз) запланировали сразу, ввиду отсутствия опыта в наложении апаратного эндоскопического анастомоза.

Краткое описание операции: карбоксиперетонеум до 14 мм рт. ст., рабочие троакары - 5 мм в правой подвздошной области и в правом подреберье, 10 мм троакары для тракции и протivotракции введены по срединной линии вверху и ближе к левой подвздошной

области. Положение Фовлера и Тренделенбурга применяют в зависимости от мобилизации правого фланга толстой кишки. Осмотр брюшной полости на наличие диссеминации и отдалённых мтс поражений. Вначале выделяются правые колярные и подвздошные сосуды. Нам удалось клипировать их во всех трёх случаях, наложив на проксимальный конец по две клипсы. Мобилизация бокового канала без особых технических трудностей, учитывая малые размеры опухоли, мочеточник был прослежен визуально. После был наложен экстракорпоральный, двухрядный анастомоз «конец в конец» через небольшую срединную лапаротомию. Все трое пациентов активизированы на 2-е, 3-и сутки и выписаны на 7-е сутки. Все трое пациентов через месяц пришли на контроль без признаков рецидивирования и прогрессирования.

Заключение:

1. Лапароскопия в хирургии кишечника сопровождается малоинвазивностью и травматичностью, при возможном соблюдении принципов онкологии.

2. Снижается пребывание пациента в клинике.
3. Необходимо внедрение в клинику полной лапароскопии с наложением аппаратного, интракорпорального анастомоза в ближайшее время.
4. Развитие данных операций будет взаимосвязано с работой скрининговых программ, т.е. будет зави-

сеть от выявляемости колоректального рака в ранних стадиях.

5. Продолжительность операции при современном анестезиологическом пособии не играет большой роли.

УДК 616.24-002-08

Т.П. БЕЙСЕНБАЕВ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

ГККП Областной противотуберкулезный диспансер, Актобе

Частым и опасным осложнением воспалительных заболеваний легких, оперативных вмешательств на органах грудной полости и травм груди является эмпиема плевры. Проблема становится актуальной в связи с увеличением частоты патологических состояний, течение которых осложняется эмпиемой плевры.

Современная торакальная хирургия располагает арсеналом малоинвазивных методов, с помощью которых можно купировать воспалительный процесс в плевральной полости у подавляющего большинства пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных эмпиемой плевры путем использования хирургических методов, антибактериальной и иммуностимулирующей терапии.

При выборе лечебной тактики у больных эмпиемой плевры необходимо учитывать степень ригидности и негерметичности легкого. Больным с распространенной и тотальной эмпиемой плевры с резко или полностью нарушенной способностью легкого к рас-

правлению, в том числе с бронхоплевральной фистулой и массивным сбросом воздуха, показано выполнение традиционных оперативных вмешательств.

Оптимальной методикой санации плевральной полости у больных закрытой эмпиемой плевры является видеоторакоскопическая санация в комбинации с локальной протеолитической терапией.

Использование видеоторакоскопии в комплексе мероприятий у больных закрытой эмпиемой плевры после пневмонэктомии повышает эффективность лечения и сокращает его продолжительность. Дифференцированная эмпирическая антибактериальная терапия, учитывающая этиологию эмпиемы плевры, создает условия для более раннего купирования воспалительного процесса.

После ликвидации гнойного процесса с помощью малоинвазивных методов лечения у больных эмпиемой плевры в отдаленном периоде отмечается благоприятная динамика остаточных воспалительных явлений.

УДК 616.25-089.819.85

Т.П. БЕЙСЕНБАЕВ

АКТУАЛЬНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

ГККП Областной противотуберкулезный диспансер, Актобе

Экссудативный плеврит, представляющий собой симптомокомплекс в виде скопления жидкости в плевральной полости, является, как правило, осложнением различных заболеваний. Эта патология характеризуется широкой распространённостью и не имеет тенденции к снижению.

К «традиционным» методам диагностики относятся плевральная пункция и торакоцентез, а среди современных методов, в первую очередь, можно выделить видеоторакоскопию. Данным методом можно одновременно провести визуализацию изменений листков плевры и органов грудной клетки с взятием биоптатов для гистологической и бактериологической верификации, осуществить пневмолиз, эвакуировать экссудат с установкой дренажей в оптимальных местах.

Видеоторакоскопия, сопровождающаяся биопсией плевры, позволяет морфологически верифицировать диагноз практически в 99,7% случаев.

Были проанализированы результаты видеоторакоскопических исследований по данным Актюбинского областного противотуберкулезного диспансера. При проведении видеоторакоскопии были проведены: визуальный осмотр, взята биопсия плевры.

Анализ полученных результатов показал, что при интегральной оценке диагностической эффективности видеоторакоскопии выявлено-диагностике плевритов туберкулезного и ракового происхождения по отношению к «традиционным» методам ее чувствительность, специфичность и точность намного выше.

Применение видеоторакоскопии в основной группе пациентов позволило уменьшить интенсивность экссудации и на 7,8 суток ускорить расправление лёгкого.

Предоставляется возможность получить биоптат из наиболее труднодоступных, измененных участков плевры, что позволяет дифференцировать туберкулез, опухолевый процесс и экссудативный плеврит неспецифической этиологии.

Резюмируя итоги, проведенного анализа, можно утверждать, что необходимо включать торакоскопию в круг методов, определяющих этиологию экссудативных плевритов, то есть, диагностическую торакоскопию с биопсией плевры можно рассматривать как информативную методику верификации плеврального выпота.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

«ГККП» ОКВД;

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Останова, Актобе

Актуальность алопеции связана не только с ростом заболеваемости и увеличением числа больных с тяжелыми формами, но также с трудностями в терапии этих больных и проблемами социально-психологической адаптации, существенно влияющими на качество жизни. Согласно данным P. R. Dawber 50% мужчин и 50% женщин к 50 годам имеют различную степень поредения волос в лобно-теменной зоне. В 95% всех случаев поредения и истончения волос связаны именно с андрогенетической алопецией. Это состояние связано с генетически предопределенной повышенной чувствительностью волос к влиянию мужских гормонов-андрогенов.

Под наблюдением находилось 69 больных (39 мужчин и 30 женщин) андрогенетической алопецией в возрасте от 30 до 50 лет с давностью заболевания от 5 до 15 лет. У 15% из них выявлены заболевания яичников, щитовидной железы, железодефицитные состояния, повышенные уровни пролактина. У 85% пациентов никаких отклонений в состоянии здоровья, влияющих на рост волос выявить не удалось.

Все пациенты проходили компьютерную диагностику волос и кожи волосистой части головы ком-

плексной системой TRICHOLOGIC. В результате данного исследования у 85% пациентов выявлено андрогенетическая алопеция. У 8% пациентов – гнездная алопеция, у 5% больных - телогеновая алопеция, у 2% пациентов-аногеновая алопеция. В настоящее время результаты терапии андрогенетической алопеции у мужчин и у женщин являются неудовлетворительными. Системная антиандрогенная терапия у мужчин приводит к снижению либидо и потенции. Антиандрогенные препараты, применяемые наружно, такие, как ципротерона ацетат, хлормадинона ацетат, спиронолактон и флутамид не дают значительных результатов. Недостаточная активность Миноксидила (Регейн) и ряд побочных эффектов, включая избыточный рост волос на лице, синдром <<отмены>> после прекращения применения препарата во многих случаях ограничивают его применение.

Все это показывает большую актуальность создания новых типов препаратов, обладающих антиандрогенными свойствами для наружного использования, блокирующих чувствительность рецепторов волосных фолликулов к андрогенам.

УДК 616.594.12-0562

Н. М БЕКБАУОВА, Р. К АЛИЕВА, Ж. Н ЖАРАСОВА, А БАКЫТКЫЗЫ, Г.Е. РАБАЕВА

ЭТИОЛОГИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

«ГККП» ОКВД;

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Останова, Актобе

Очаговая алопеция является полиэтиологическим, мультифакториальным заболеванием и относится к хроническим, аутоиммунным воспалительным процессам, которые затрагивают волосные фолликулы.

Нами были проанализированы 24 истории болезни детей, проходивших лечение по поводу гнездовой алопеции на базе областного кожно-венерологического диспансера г. Актобе. До настоящих времен неизвестно, что является промотором и активатором начала заболевания у детей. Во внимание принимаются несколько факторов, которые влияют на течение и исход очаговой алопеции. Один из которых длительный психологический стресс, он рассматривается как внешний раздражитель у детей, предрасположенных к развитию гнездовой алопеции. По результатам нашего исследования стресс отмечен в 5 (20,8%) случаев. Предполагается, что аутоиммунный генез заболевания обусловлен дисфункцией Т-лимфоцитов. Гнездная алопеция часто ассоциируется с другими аутоиммунными заболеваниями, особенно заболеваниями щитовидной железы и атопическим дерматитом. Проведенные экспериментальные исследования *in vitro* показали, что интерлейкин-1 является сильным ингибитором роста волос. Инфекционные и хронические заболевания были у 6 (25%) детей с очаговой алопецией. У 6 (25%) детей выявлен лямблиоз.

У наших пациентов аллергия встречалась у 5 (20,8%) детей. Также в 18% случаев близкие родственники страдали заболеваниями щитовидной железы или сахарным диабетом. При проведении спондилографии у 94% больных были выявлены изменения в шейно-грудном отделе позвоночника, проявляющиеся искривлением, ротационным подвывихом шейных позвонков и аномалии Киммерли. При оценке показателей реоэнцефалографии в 87,5% была обнаружена ангиоцеребральная дистония с преобладанием гипертонуса артерий и артериол у 87,5% детей. Косвенные признаки вертебрального воздействия на вертебро-базиллярную артерию у 87,4%, венозная дисфункция у 93,8%, признаки хронической вертебро-базиллярной недостаточности у 94% пациентов.

Таким образом, в результате анализа литературных данных и наших наблюдений можно сделать следующие выводы:

1. Инфекционные заболевания, стресс, и аллергия этиопатогенетически тесно связаны с гнездовой алопецией.

2. У подавляющего числа обнаруживаются изменения со стороны шейного отдела позвоночника и функциональные изменения мозгового кровотока. (Функциональные нарушения мозгового кровотока являются одной из причин развития гнездовой алопеции).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Актуальность проблемы нерубцовой алопеции обусловлена широкой распространенностью заболевания, разнообразием провоцирующих факторов, трудностью дифференциальной диагностики, недостаточной эффективностью проводимой терапии и социальной значимостью для конкретного пациента [Дрибноход Ю.Ю., 2008; Кандалова О.В., 2006; Rook A., Dawber R., 1985 и др.]. Нерубцовая алопеция часто встречается в практике дерматолога и врачей других специальностей, что делает ее значимой междисциплинарной проблемой. Поражения волос в структуре кожной патологии занимают 4% и около 1% всего населения хотя бы раз наблюдали выпадение волос [Адаскевич В.П., 2000]. Однако эти данные не соответствуют истинной картине. При первичном скрининге, проведенном в косметологических салонах, различные варианты выпадения волос регистрируют у 20,5% женщин в возрасте 31,36±0,9 года [Един А.С., 2010]. Являясь выраженным косметическим дефектом, нерубцовая алопеция создает ряд социальных (ограничение выбора профессии, устройство личной жизни и т.п.) и экономических (большие затраты на лечение) проблем [Дегтяренко Н.И., 2008; Соколовский Е.В., 2003; Tosti A., Dawber R., 1999; Рубина В.В., Колосова О.А., 1990].

Цель: изучить особенности заболеваемости нерубцовой формой алопеции.

Материалы и методы. Нами обследовано 49 больных (29 мужчин и 20 женщин) с различными формами очагового облысения в возрасте от 18 до 58 лет с давностью заболевания от нескольких месяцев до 15 лет. Для исследования психического статуса и определения роли стресса в развитии нерубцовой алопеции использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии по Zigmond.

Результаты. У 41 (83,67%) из обследованных пациентов заболеванию предшествовала психическая травма, у 27 (55,10%) из них это были сильные внезапные нервно-психические потрясения.

У больных с длительностью заболевания от 1 месяца до 8 лет по госпитальной шкале депрессии и тревоги Zigmond было выражено высокое значение тревоги и низкая устойчивость к стрессу; с длительностью заболевания до 15 лет – клинически выраженная депрессия, однако хронический стресс отсутствовал.

При исследовании неврологического статуса у 23 (46,93%) больных выявлены нарушения в виде гиперстенической формы неврастении, сопровождающиеся вегетативными расстройствами, у 10 (20,40%) – явления гипостенической неврастении. Т. е., у 33 (67,34%) из 49 обследованных больных обнаружены функциональные нарушения нервной системы.

Таким образом, пациенты с нерубцовой алопецией нуждаются в психотерапевтической коррекции.

УДК 625.8:619.9-036.2(510:(4-15):574.13)

Ж.Е. БЕКЕНОВ, Л.Б. НҰРМАҒАМБЕТОВА, Н.Ж. НҰРҒАЛИЕВА, Р.М. ДЖАНБАУОВА, А.Т. АХМЕТОВА

БАТЫС ҚЫТАЙ – БАТЫС ЕВРОПА ТРАНСПОРТ ДӘЛІЗІНІҢ АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ АУМАҒЫНДАҒЫ БӨЛІГІН ЭПИЗООТОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Ақтөбе обаға қарсы станциясы, Ақтөбе

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында Батыс Қытай-Батыс Европа автомагистралының құрылысын салу қарқынды жүруде. Жалпы халықаралық транспорт дәлізі Қытай Халық Республикасы, Ресей, Қазақстан мемлекеттері арқылы өтеді. Жоба бойынша жүк тасымалы үш бағытта: Қытай – Қазақстан, Қытай – Орталық Азия, Қытай – Қазақстан – Ресей – Батыс Европа. Жалпы ұзындығы 8445 шақырым. Жолдың 2787 шақырымы Қазақстан Республикасына қарайды, осының 532 шақырымы станция қадағалайтын аумақта орналасқан. Жолдың салынуы аса қауіпті аурулардың табиғи ошақты аумағынан өтетіндіктен ауруды сақтаушылардың жол бойында таралу аумағын ұлғайтып, жаңа экологиялық «дәліздің» пайда болуы – ошақты эпидемиологиялық маңыздылығын жоғарылатады.

Сондықтан да болуы мүмкін аса қауіпті аурулардың алдын-алу, олардың таралуын анықтау мақсатында 2012 жылдың шілде-тамыз айларында автомагистралдың бойына эпизоотологиялық тексеру жұмыстары жүргізіліп, әкелінген материалдар станцияның зертханасында оба, туляремия,

пастериллез, лептоспироз, ішек иерсинозы, псевдотуберкулез ауруларына зертханалық тексеруден өтті.

8 түрге жататын 563 кеміргіш тексерілді, оның ішінде орман тышқанының қақпанға түсуі 81,1%, тоқал тіс 11,3%, қаптесер 3,1%, қалған кеміргіштердің қақпанға түсуі 1,2-0,7 пайыз аралығында болды.

Тексеру қорытындылары бойынша кеміргіштердің лептоспирозбен залалдануы 0,17 пайыз, пастериллезбен залалдануы 0,80 пайыз, псевдотуберкулез бен ішек иерсинозының залалдануы 0,50 пайызды көрсетті. Тексеру қорытындылары бойынша алдын-алу жұмыстары жүргізілді.

Кеміргіштердің зооноздық індеттермен залалдануын есепке ала отырып осы аумақтарда аса қауіпті аурулардың алдын-алу үшін тұрақты эпизоотологиялық қадағалау және автотрассаға жақын орналасқан елді мекендерге кешенді алдын-алу шаралары жоспарлы түрде жүргізу қажет. Зооноздық індеттердің табиғаттағы айналысында кеміргіштердің атқаратын ролі назардан тыс қалмауы керек.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕФТРИАКСОНА В ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

Цель: Выявление эффективности и безопасности препарата Цефограм (цефтриаксон), фармацевтической компании «Orchid healthcare», антибактериального препарата из группы цефалоспоринов III поколения.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 27 больных (9 женщин и 18 мужчин) с внебольничной пневмонией средней степени тяжести, средний возраст 37 лет. Наиболее часто в патологический процесс вовлекались сегменты средней доли правого легкого и нижней левой.

У 5 больных имелось двустороннее поражение, у 3 – экссудативный плеврит. Все пациенты получали цефограм по 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки в сочетании с дезинтоксикационной терапией. Длительность лечения составляла 7-10 дней. Эффективность проводимого лечения оценивалась по динамике клинических симптомов, лабораторных и рентгенологических показателей.

Результаты: В процессе лечения удалось добиться клинического эффекта у всех больных. На 2-4 день снижались температура, уменьшались боли в грудной клетке и симптомы интоксикации. При контрольной рентгенографии на 15-20 день от начала терапии наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения (у 6 больных) и исчезновения (у 21 больных) инфильтрации легочной ткани. Нормализовалась картина крови. Можно отметить удовлетворительную переносимость препарата.

Выводы: Цефограм можно рассматривать как один из препаратов выбора в терапии больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести. Эффективность лечения во многом определялась своевременной диагностикой, содержанием лечебных мероприятий на догоспитальном этапе.

УДК 615.517-08

Б.Д. БЕКМАГАМБЕТОВА, А.М. ЯРЛЫКАПОВА

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА

Областной Кожно-венерологический Диспансер, Атырау

Цель: обратить внимание врачей - дерматовенерологов на инновационные способы терапии тяжелого псориаза.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находился пациент М., 20 лет, с диагнозом: распространенный псориаз. Болен псориазом с 17 лет. Заболевание сразу приобрело распространенный и непрерывно -рецидивирующий характер. Длительное время получал метотрексат, глюкокортикостероидные препараты перорально и парентерально. На фоне проводимого лечения псориазные высыпания на коже сохранялись. На момент поступления в стационар ОКВД пациент получал Циклоспорин в дозе 5 мг на кг массы тела в сутки, 300 мг в сутки. На фоне применения Циклоспорина в указанной дозировке на коже туловища и верхних конечностей отмечались множественные псориазные высыпания. В связи с тяжелым течением псориаза, неэффективностью проводимого лечения, получением в анамнезе длительное время глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов и пациенту был назначен Устекинумаб (Стелара) в дозе 45мг подкожно. Через 4 недели была сделана вторая инъекция. Переносимость препарата была хорошая. В

последующем препарат назначался каждые 12 недель. Всего получил 4 инъекции.

Результаты: Через месяц высыпания полностью регрессировали, исчезли. Кожные покровы стали чистыми. Уменьшение индекса PASSI (степень очищения кожной поверхности тела) произошло на 90%. Повысилась качество жизни пациента. Устекинумаб, структурно представляющий собой полностью человеческое моноклональное антитело, блокирует связывание интерлейкинов 12 и 23 с рецепторами недифференцированных Т-клеток, предотвращает дифференциацию и рост популяции патогенных Т-хелперов 1 и 17 типа, которые секретируют цитокины, такие как фактор некроза опухоли интерферон гамма, интерлейкины, тем самым Устекинумаб предотвращает запуск каскада воспалительных процессов в эпидермисе и дерме.

Выводы: Описанный клинический пример демонстрирует возможность эффективного использования инновационного биологического лечения. Биологическая терапия или развитие генно-инженерных биотехнологий позволило кардинальным образом пересмотреть отношение к терапии этого заболевания.

НЕСТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Рак желудка в РК по-прежнему остается в лидирующих позициях по показателям заболеваемости и смертности. В структуре онкопатологии занимает 4-е место, в структуре смертности 2-е место. Удельный вес больных распространенными формами рака желудка достигает до 80% и не имеет тенденцию к снижению. Такая ситуация почти во всех регионах РК, в том числе и в Актюбинской области.

Представлены результаты 136 симультанных, расширенных и расширенно-комбинированных операции выполненных в клинике с 2002 по 2008 гг. Основной операцией была гастроспленэктомия, дистальная субтотальная резекция желудка выполнена в 5 случаях, проксимальная субтотальная резекция выполнена 2 пациентам.

При 4 типе роста по Борманн выполнялись комбинированные операции типа экзисцерации левой половины верхнего этажа брюшной полости (без резекции левой доли печени). Наряду с гастроспленэктомией часто выполнялись резекции поджелудочной желе-

зы, резекции пищевода, резекции поперечной ободочной кишки. Продолжительность расширенно-комбинированных операции существенно не отличалась от стандартной гастроспленэктомии D2 и в среднем составила 180 мин. Показаниями к резекции левой доли печени в 6 случаях явились прорастание первичной опухоли, в 4 случаях метастазы рака желудка. Показаниями к выполнению симультанной правосторонней гемиколэктомии были вторая опухоль правой половины ободочной кишки.

Выводы:

1. Выполнение расширенных и расширенно-комбинированных операции при раке желудка сопровождается увеличением показателей резектабельности и увеличивает удельный вес радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств;

2. Расширение объема операции не сопровождается увеличением количества осложнений и показателей послеоперационной летальности.

УДК 616.379-008.64-053.2:616.612:616-072.7

М.А. БЕЛОВА, А.Н. ЧЕРНОВ

МАРКЕРЫ РЕНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Диабетическая нефропатия (ДН) - одно из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета (СД), приводящее к развитию терминальной почечной недостаточности. Раннее выявление и адекватная терапия позволяют затормозить прогрессирование нарушения функции почек, в связи с этим актуален поиск ранних маркеров ренального поражения. Один из подходов к ранней диагностике ДН - оценка состояния канальцевого аппарата нефрона.

Нами обследованы 106 детей больных СД типа 1 в возрасте от 3 до 16 лет с длительностью заболевания до 12 лет. Для оценки состояния канальцев проведено определение уровня ферментурии и интенсивности аммионогенеза.

Установлено, что у детей, больных СД типа 1, определяется повышение в моче уровня органоспецифических ферментов нейтральной α -глюкозидазы (Нейтр- α -Гл) и L-аланинаминопептидазы (ААП), что свидетельствует о повреждении эпителия проксимальных канальцев. Данные нарушения выявляются уже при манифестации СД (активность Нейтр- α -Гл была повышена в 4 раза, ААП в 3,5 раза), уменьшают-

ся после назначения инсулинотерапии и диеты. На ранних стадиях заболевания выявляется увеличенное выделение H^+ и повышение активности аммионогенеза, которое сменяется прогрессирующим снижением, что указывает на нарушение синтетической и секреторной способности тубулярного эпителия. Повышение уровня гликемии и увеличение «стажа» СД способствуют нарастанию тубулярной дисфункции почек.

Микроальбуминурия (МАУ) является общепризнанным ранним маркером поражения почек при СД. В нашем исследовании повышение активности Нейтр- α -Гл и ААП в моче наблюдалось как в группе с МАУ, так и у пациентов без МАУ, т.е. признаки повреждения тубулярного эпителия выявляются до развития микроальбуминурии и являются ранним маркером поражения почек.

Таким образом, определение уровня органоспецифических ферментов проксимальных канальцев может быть использовано в качестве раннего маркера ренального поражения, определение активности аммионогенеза является дополнительным тестом состояния тубулярного эпителия.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ПОСТУПЛЕНИЯ КИСЛОРОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АКТОБЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В настоящее время население индустриальных городов вынуждено жить и работать в сложных экологических условиях. Содержание кислорода в атмосфере снижено до 10%. С каждым вдохом мы недополучаем кислорода почти в 2 раза. Физическая работоспособность нередко используется как показатель физического здоровья человека. А для поддержания на должном уровне физической работоспособности необходимо пополнять организм жизненно важным элементом – кислородом. Самый простой способ получения нужного количества чистого кислорода - кислородный коктейль.

Основную группу составили 48 девочек 16 лет, не имеющих хронических заболеваний и здоровых на момент эксперимента, в течение 3 недель принимавших кислородный коктейль. Контрольную группу составили 46 шестнадцатилетних девочек, идентичных по состоянию здоровья, но не получавших кислородный коктейль. Дети занимались в основной медицинской группе по одной программе физического воспитания.

Физическую работоспособность определяли при помощи теста PWC170 по В.Л. Карпману. Средние показатели физической работоспособности в обеих группах на начало эксперимента находились на одном уровне: в основной группе - $\bar{X} = 585,86 \pm 32,55$ кгМ/мин, в контрольной - $\bar{X} = 576,13 \pm 34,02$ кгМ/мин, и были ниже среднего показателя для этого возраста (PWC₁₇₀=640±105 кгМ/мин по Карпману)

После трехнедельного приема кислородного коктейля экспериментальной группой в объеме 300 мл средний показатель их физической работоспособности стал равен $\bar{X} = 734,12 \pm 28,22$ (средний прирост составил 168,26 кгМ/мин), что почти в 10 раз больше чем в контрольной группе, где физическая работоспособность осталась на том же уровне - $\bar{X} = 593,48 \pm 30,08$ (средний прирост составил 17,35 кгМ/мин.).

Из выше сказанного следует, что кислородный коктейль благоприятно сказывается на физической работоспособности, как показателе нормального функционирования всех органов и систем организма.

УДК 613,955-004(574,13)

А.Е. БЕСПАГАМБЕТОВА

ВЛИЯНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

ГКП Городская поликлиника №2, Актобе

Результаты мониторинга здоровья школьников г.Актобе показали, что у них преобладают заболевания глаз и опорно-двигательного аппарата в связи этим целью нашего исследования было изучение влияния персонального компьютера (ПК) на здоровье учеников старших классов. Общеизвестно, что основными вредными факторами ПК, влияющими на здоровье человека являются:

- сидячее положение в течение длительного времени;
- электромагнитное излучение;
- перегрузка суставов кистей;
- повышенная нагрузка на зрение.

Методом исследования было анкетирование и анализ анкет. Исследования проводились в 9-11 классах средней школы №11 г. Актобе. Анкетированием охвачено 220 учеников.

По результатам анкетирования выяснилось, что 85% учеников имеют дома ПК; 100% умеют работать на нем.

Время, проводимое учениками за ПК в норме не должно превышать 3 часов. Среди участников анкетирования ежедневно за ПК проводят более 3 ч 72%,

более 5 ч 25 %, не работают за компьютером 3%. Среди опрошенных 95% в основном играют в компьютерные игры, только 5% используют ПК для получения информации. О постоянном желании играть в компьютерные игры заявили 4,5% школьников. Среди обследованных 70 учеников заявили, что им трудно оторваться от компьютерной игры. У 30 % анкетированных имеются нарушения зрения. Гимнастику для глаз никто из опрошенных не делает.

Выводы. Большинство из опрошенных школьников не знает правил безопасной работы с ПК, проводят длительное время за компьютером, тем самым нанося вред своему здоровью. У части обследованных школьников наблюдаются признаки компьютерной зависимости, что в последующем может привести к психическим нарушениям.

Для предупреждения возникновения заболеваний, в том числе глаз и опорно-двигательного аппарата, учителям, родителям и медицинскому персоналу школы необходимо проводить среди учеников разъяснительную работу по правильному пользованию ПК.

ДИАГНОСТИКА РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ) СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ И ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти, до поры изолированные и разрозненные, явления приобретают характер неконтролируемых социальных эпидемий, с вовлечением от 7 до 10% населения планеты. В рамках исследования научно-технической программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании было проведено исследование распространенности игровой, компьютерной и религиозной зависимости среди школьников и студентов. Перед проведением масштабного скринингового исследования, было проведено исследование в фокус-группах, результаты которого приведены ниже. Количество выборки составило 535 студентов ВУЗов и 205 учащихся старших классов общеобразовательных школ.

Среди студентов выявлено, что низкая степень религиозной аддикции встречается у 41,9% опрошенных, средняя – 57,3%, высокая у 0,7%. Среди школь-

ников: у 54,1% - низкая степень, 45,4% средняя и 0,5% высокая степень религиозной аддикции.

По компьютерной зависимости у студентов: нет риска развития компьютерной зависимости у 29%, на стадии увлеченности 52% опрошенных, риск развития компьютерной зависимости у 19% и наличие компьютерной зависимости у 0,7% опрошенных. Среди школьников: нет риска развития компьютерной зависимости у 28%, стадия увлеченности – 49%, риск развития компьютерной зависимости у 22% и наличие компьютерной зависимости у 0,7% опрошенных.

По игровой зависимости (игровые автоматы, спортивные ставки и т.п.) у студентов: нет никаких последствий азартной игры у 93,4%; уровень, который может привести к негативным последствиям у 5,8% опрошенных. У школьников: нет никаких последствий азартной игры у 91,1%, уровень который может привести к негативным последствиям у 7,9%.

УДК 618.43-439:616-053.31

Х.М. БИКТАШЕВА

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

РГП на ПХВ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», Алматы

Перинатальная смертность является одним из важных показателей, характеризующих репродуктивное здоровье населения, а также качество акушерской и неонатальной помощи. Поэтому поиски путей снижения перинатальных потерь являются важной государственной задачей. Особое внимание заслуживают причины перинатальной смерти, поскольку их анализ позволяет определить значимость отдельных заболеваний матери и патологии плода в уровне смертности, оценить эффективность диагностических и лечебных технологий, а также патология беременности и родов, обусловивших гибель ребенка.

Основными причинами перинатальной смертности плода являются внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, врожденные аномалии, дыхательные расстройства новорожденного (дистресс), инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, преходящие эндокринные нарушения и нарушение обмена, специфичные для новорожденного, врожден-

ная пневмония, геморрагические и гематологические нарушения у новорожденного.

Распределение территорий по уровню перинатальной смертности обладает явной асимметрией, т.е. наличием крайних значений, далеко отстоящих от показателей основной массы территорий, при анализе региональных особенностей рекомендуется использовать метод деления совокупности территорий на процентилях, т.е. на 4 группы, каждая из которых включает 25% диапазона региональных различий показателя.

Анализ региональных аспектов перинатальной смертности позволяет разработать эффективную систему дифференцированных мер, направленных на ее снижение. Кроме того, детальная информация об уровне и причинах перинатальной смертности в регионах позволяет рационально планировать материальные и кадровые ресурсы при осуществлении организационных, лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ

РГП на ПХВ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», Алматы

Особую актуальность в свете перехода на рекомендации (ВОЗ) приобретает изучение перинатальной смертности с новых позиций.

С января 2008 года по всей республике внедрены критерии живорождения с массой от 500гр., вследствие чего возросла перинатальная смертность и все составляющие: как ранняя неонатальная и мертворождаемость (таблица).

Таблица.

Основные показатели перинатальной смертности

	2007	2008	2009	2010	2011
ПС	12,8	22,0	19,4	17,4	15,1
РНС	6,3	11,2	9,3	8,1	6,0
МРЖ	6,6	11,0	10,2	9,4	9,2

Для снижения перинатальной заболеваемости и смертности необходимо внедрение перинатальных

технологий, особенно на III уровне, которые в себя включают:

- мониторинг беременных группы риска; профилактику и коррекцию гестационных осложнений у пациенток с дефектами гемостаза; экстракорпоральные методы детоксикации для коррекции нарушений, при преэклампсии; использование глюкокортикоидов для профилактики синдрома дыхательных нарушений; единая система первичной реанимации маловесных новорожденных, введение искусственного сурфактанта в первые 10мин жизни; выхаживание детей с низкой массой в кувезах, с формированием «гнезда»; инфузионная терапия, включающая микродозы гепарина; ведение маловесных новорожденных на этапах ранней реабилитации по технологии совместного пребывания с матерью до выписки из стационара.

УДК 616.155.194.8 : 618.439 (574.13)

Н.Б. БИСАЛИЕВ, Қ.Б. АБДІРАХМАНОВ, Р.Н. БИСАЛИЕВА, С.А. КАРАКУЛОВ

АҚТӨБЕ ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНДА ӨЛГЕН ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУ КӨРСЕТКІШТЕРІ ЖӘНЕ НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ АРАСЫНДА ТЕМІР ТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯНЫҢ ТАРҚАЛУ ДЕҢГЕЙІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,

Ақтөбе қалалық балалар клиникалық ауруханасы,

М. Маметова атындағы Ақтөбе медициналық колледжі, Ақтөбе

Медициналық демографияда ең бір сезімтал көрсеткіштерінің бірі нәрестелердің өлімшілігі болып есептеледі.

Қалалық балалар клиникалық ауруханасының бөлімшелерінде 2010 жылы 49 нәресте шетінеген, оның ішінде ЖТН патологиясы бөлімшесінде – 34 және соматия бөлімшесінде – 15 бала.

Жаңа туған нәрестелердің физикалық дамуы аймақтық стандарттарымен салыстырғанда анағұрлым төмен, мысалы жүктіліктің 28 аптасына дейін туылғандардың денесінің орташа салмағы – 985 г, 29 – 31 апталығында – 1355 г, 32 – 34 апталығында – 1585 г, 35 – 37 апталығында – 2570 г, ал айы – күні жетіп туғандардың орташа салмағы 3200 г-ға тең. Денесінің ұзындығы, бас және кеуде шеңберінің көрсеткіштерінде де осындай бағыт байқалады.

Жасына байланысты жалпы қан талдауының көрсеткіштерін зерттегенімізде 2 – 4 апталықтың арасында өлген 35 балада, яғни 70 %, гемоглобиннің көрсеткіші 133 г/л, ал бұл көрсеткіш 1 – 2 айлығында

өлген 4 балада (8 %) – 125,5 г/л, 2 – 3 айлығында өлген 3 балада (6 %) - 108 г/л, 3 – 7 айлығында өлген 1 балада (2 %) 93 г/л тең болды, яғни негізгі ауруына қосымша барлық балаларда темір тапшылық анемияның (ТТА) ауыр түрі кездескен, ал бұлардың аналарының арасында ТТА ауыр түрлері жиі кездескендігі анықталды.

Нәрестелердің өлім – жітім көрсеткіші деңгейін төмендету үшін, әсіресе туа пайда болатын ақаулардан, төмендегі ұстанымдарды ұсынамыз:

1. Туу жасындағы әйелдерді жүктілікке дейін барлық құрсақ ішілік инфекцияларға зерттеу, қажет жағдайда оларды сауықтыру;
2. Генетикалық кабинеттердің жұмыстарын жетілдіру, сонымен қатар туа пайда болатын ақаулардың пренатальдық диагностикасын жолға қою;
3. Барлық медициналық мекемелерде отбасын жоспарлау және салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша санитариялық – ағарту жұмыстарын кеңінен жүргізу.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: изучение вариантов дебюта и клинической картины больных СКВ.

Материалы и методы: Обследовали 57 больных с достоверным диагнозом СКВ, наблюдавшихся в МЦ ЗКГМУ (44 женщины и 13 мужчин средний возраст 36,3 года, средняя продолжительность заболевания – 7 лет). Критериями включения явились высыпания в скуловой области (бабочка), наличие суставного синдрома, поражение почек, поражение ЦНС, лихорадка выше 37,5°C, обнаружение LE клеток в крови, гематологические нарушения (анемия, ускорение СОЭ), гематоксилиновые тельца в биоптате у одного больного (1,7%).

Результаты и обсуждение: Возраст дебюта СКВ в обследованной группе варьировал от 7 до 64 лет. У 91,2% больных первые симптомы заболевания появились в возрасте от 20 до 40, у 5,3% больных в возрасте моложе 20 лет, лишь у одного больного (1,7%) – в возрасте старше 40 лет, после 50 лет у одного больного (1,7%). В дебюте заболевания у обследованных нами больных чаще всего встречались поражение суставов (50%), «бабочка» (30%), поражение почек у (20%), у 52,6% больных в анамнезе была аллергия на медикаментозные препараты. У каждого пятого боль-

ного регистрировались гематологические нарушения (анемия, повышение СОЭ). Обнаружение LE клеток было у 8 больных (14%). Редкими признаками СКВ оказались поражение слизистых оболочек и ЦНС. У 11 больных (19,2%) болезнь проявлялось синдромом Рейно, высыпаниями на коже туловища, моноартритом, чаще коленного сустава. У 45,5 % больных достоверный диагноз СКВ был установлен в течение года с момента появления симптоматики, у 49,1 % - по истечении двух лет, у 5,2% - 4 года. До установления диагноза они наблюдались у дерматолога с диагнозом экзема, дерматит. По мере прогрессирования болезни у пациентов возрастала частота выявления « бабочки » и серозитов, а в дальнейшем и поражение почек, поражение ЦНС в качестве первого симптома наблюдались не часто, однако за период болезни неврологическая симптоматика развилась у двух больных (3,5%) – как острое нарушение мозгового кровообращения.

Заключение: Высокая частота поражения крупных суставов преимущественно коленных суставов. У большинства больных наличие аллергии на бисептол. Низкая выявляемость LE-клеток, поражения почек наблюдались у каждого пятого больного.

УДК 615.03:613.25-08

З.Т. БОЗАХАРОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕСТОРА В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ

МСЧ ДАВ и СР АО ММГ, Актау

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность Крестора (розувастина) при дислипидемиях у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 больных с ожирением. У 9 (36%) ожирение сочеталось с нарушением толерантности к глюкозе. Возраст пациентов от 46 до 62 лет (средний возраст 46,2±1,3 года). Среди больных 10 мужчин, 15 женщин. Вес больных колебался от 84 кг до 120 кг и оценивался по индексу массы тела (ИМТ). Ожирение 1 степени (по ВОЗ) диагностировано у 11 (44%) больных, ожирение 2 степени – у 8 (32%), ожирение 3 степени – у 6 (24%) больных. Больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, ИМТ. 1 группа получала Крестор в дозе от 10 до 20 мг/сутки. 2 группа – ограничение питания (диета № 8). Критерием исключения из исследования явился сопутствующий сахарный диабет 2 типа. Эффект лечения оценивали по уровню общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), уровню среднесуточной гликемии (СГ), а так же массы тела. Показатели оценивали до и через 1 месяц от начала лечения.

Результаты исследования. У больных 1 группы до лечения составил: ОХ – 7,2±0,2 ммоль/л, ТГ – 2,4±0,5

ммоль/л, СГ – 7,8±0,9 ммоль/л, вес 99,0±1,2 кг. Через 1 месяц на фоне лечения: ОХ – 5,2±0,7 ммоль/л, ТГ – 1,8±0,9 ммоль/л, СГ – 6,5±0,5 ммоль/л, вес 94,2±0,2 кг. У больных 2 группы до лечения: ОХ – 7,1±0,1 ммоль/л, ТГ – 2,3±0,3 ммоль/л, СГ – 7,6±0,2 ммоль/л, вес 96,4±1,3 кг. Через месяц после лечения: ОХ – 7,0±0,2 ммоль/л, ТГ – 2,2±0,2 ммоль/л, СГ – 6,9±0,3 ммоль/л, вес 93,0±0,5 кг. Анализ полученных данных показал, что у больных получавших Крестор, имеется четкая тенденция к снижению уровней ОХ и ТГ через 1 месяц после лечения. У всех больных, получавших Крестор, имела нормализация показателей углеводного обмена и тенденция к снижению веса. У больных, не получавших Крестор, имелось незначительное снижение уровней ОХ и ТГ, а так же заметное снижение веса. Побочные эффекты отмечались у 2 (8%) пациентов, которые не привели к отмене препарата.

Выводы. Крестор является эффективным, безопасным препаратом и его применение в комплексной терапии ожирения способствует улучшению не только липидного профиля, но и снижению среднесуточной гликемии и веса больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОВАМИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

АГП № 1, Актау

Актуальность. Число больных пневмонией увеличивается с каждым годом, так, по данным Национального института здоровья США, ежегодно свыше 4 000 000 американцев переносят пневмонию, из них 25% нуждаются в стационарном лечении. Пневмонии занимают шестое место среди причин смерти в США, что свидетельствует о достаточно высоком уровне смертельных исходов.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и переносимости антибиотиков группы макролидов (ровамицин) при лечении внебольничных пневмоний в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях, в дневном стационаре, проведено лечение 36 больных в возрасте 16 – 58 лет (19 мужчин и 17 женщин). Средний возраст составил $48,3 \pm 1,98$ лет. Критерием отбора больных явилась рентгенологически подтвержденная внебольничная пневмония легкой или средней степени тяжести с поражением 1–2 сегментов. Микробиологическое исследование мокроты не проводилось. У всех пациентов ровамицин явился препаратом первого выбора. Ровамицин назначался в дозе 3 млн. ЕД 3 раза перорально или внутривенно в течение 7 – 10 дней.

Результаты исследования. У всех пациентов отмечен положительный эффект в виде нормализации температуры тела и улучшения клинической симптоматики на 1–3 день лечения. Исчезновение инфильтрации в легких, подтвержденное рентгенологически, произошло на 11 – 14 день лечения у 26 больных (72%). Выраженный положительный эффект с сохранением остаточной инфильтрации в легочной ткани отмечено у 8 больных (22,2%). У 2 больных (5,6%) потребовалось подключения второго антибиотика (цефалоспорины 3 и 4 поколения) в связи с затянувшейся клинической симптоматикой. Нежелательные эффекты наблюдались у 3 больных (8,3%), принимавших ровамицин, имелись жалобы на тошноту, которая прошла без отмены препарата.

Выводы. Антибиотик из группы макролидов (ровамицин) эффективен при лечении внебольничных пневмоний легкой и средней степени. Широкий спектр антибактериальной активности, эффективность и хорошая переносимость ровамицина делают его препаратом выбора при лечении легких и средних внебольничных пневмоний в условиях дневного стационара.

УДК 616.211-002.193

Ю.И. БУДЧАНОВ

МОНТЕЛУКАСТ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Аллергический ринит (АР) — широко встречающееся заболевание, уровень ежегодной распространенности которого имеет экспоненциальный рост. Наличие АР является решающим фактором риска для развития бронхиальной астмы. Пациенты, страдающие АР, имеют в 3 раза больше шансов заболеть астмой, чем здоровые лица, и, как правило, ринит предшествует формированию бронхиальной астмы (у 32–49% больных).

Важнейшими медиаторами развития аллергического воспаления являются: в раннюю фазу АР – гистамин, триптаза, а в позднюю фазу ведущим медиатором являются лейкотриены, опосредующие патофизиологические эффекты аллергического ответа. Это объясняет недостаточную терапевтическую эффективность в ряде случаев антигистаминных препаратов при аллергических заболеваниях и в частности АР.

Лейкотриены ответственны за длительную активацию нейтрофилов, эозинофилов, Т-лимфоцитов, за формирование воспаления в тканях и развитие отсроченных реакций. Они являются наиболее сильным медиатором вызывающим сокращение гладкой мускулатуры дыхательных путей в 100–1000 (!) раз сильнее, чем гистамин. Создание антилейкотриеновых препаратов позволило блокировать важные патогенетические звенья аллергических реакций при бронхиальной

астме и АР. В связи с доказанной ролью лейкотриенов в формировании АР и в частности назальных симптомов (чихание, заложенность носа, ринорея), одним из направлений фармакотерапии АР в настоящее время стало применение антилейкотриеновых препаратов, к которым относятся монтелукаст (сингуляр) и зафирлукаст. Монтелукаст и зафирлукаст являются блокаторами цистеиниловых лейкотриеновых рецепторов. Первому из них, без сомнения, принадлежит приоритет в клинической практике, в связи с наилучшей изученностью и удобством применения – 1 раз в сутки, жевательные таблетки.

Монтелукаст в дозе 10 мг ежедневно достоверно улучшал качество жизни пациентов с персистирующим АР по сравнению с плацебо. Важным установленным фактом при применении монтелукаста, как в течение короткого, так и длительного периодов времени, является его хорошая переносимость.

Лечение антагонистами лейкотриеновых рецепторов обеспечивает отчетливый дополнительный терапевтический эффект у пациентов с АР, получающих антигистаминные препараты и/или кортикостероиды. Ожидается, что внедрение антилейкотриеновых препаратов в клиническую практику позволит существенно повысить эффективность лечения различных форм АР.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЖИЗНЕННОЙ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ ПЕЧЕНИ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Настоящее исследование основано на изучении и анализе данных прижизненных инструментальных методов исследования – компьютерная томография и магнитно-резонансная томография).

Для количественного описания прижизненной анатомии и топографии органов на компьютерных томограммах тех областей, где имеется позвоночный столб, на кафедре оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С.Михайлова Оренбургской государственной медицинской академии разработан способ, защищенный патентом РФ на изобретение (№ 2171465 от 27.07.01 г. «Способ изучения прижизненной топографии», И.И.Каган, Л.М.Железнов, И.Н.Фатеев).

Было обследовано 30 человек (19 мужчин и 11 женщин), у которых было проведено прижизненное изучение анатомии и топографии печени и внепеченочных желчных путей с применением метода магнитно-резонансной томографии с подозрением на патологию печени и внепеченочных желчных путей, которая не подтвердилась. Ранее всем обследованным людям было по показаниям выполнено компьютерно-

томографическое исследование органов брюшной полости. При изучении горизонтальных томографических срезов печени и внепеченочных желчных путей измеряли следующие параметры: высота, ширина и передне-задний размер правой и левой долей печени; и др. параметры. Площади томографических срезов печени и внепеченочных желчных путей на томограммах измеряли путем подсчета квадратов используемой координатной сетки.

В результате проведенного сравнительного анализа и морфометрии печени и внепеченочных желчных путей с использованием описанного выше способа изучения прижизненной топографии установлено, что количественные данные, полученные с использованием компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии (снимки в горизонтальной плоскости) имеют статистически незначимые различия. Это позволяет внести предложение использовать «Способ изучения прижизненной топографии» не только для изучения прижизненной топографии при компьютерно-томографическом методе исследования, но и при применении метода магнитно-резонансной томографии.

УДК 616.006.04-031.13-021.3

А.В. ВАЖЕНИН, Е.Л. ШУНЬКО, Н.А. ШАНАЗАРОВ

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ОПУХОЛИ

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия
Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Задача исследования. Установить факторы риска развития первично-множественных метастатических злокачественных опухолей в результате проведенного химиолучевого лечения первой опухоли.

Материал и методы. Изучены истории болезни 7924 больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями (ПМЗНО) в Челябинском и Тюменском онкологических диспансерах за 30 лет (с 1981 по 2011 гг.). Из них 1550 больных получили лучевое, химиотерапевтическое или химиолучевое лечение первой опухоли.

Результаты. Радиоиндуцированные опухоли развивались в среднем через 10-18 лет после лучевого воздействия. Первично-множественные опухоли, развившиеся после лучевой терапии первой опухоли, мы условно разделили на опухоли, развившиеся в зоне облучения и развившиеся вне зоны облучения. Необходимо отметить, что облучение больших объемов костного мозга (более 10%) и мягких тканей у больных приводило к стойкой иммунодепрессии и обусловило

развитие вторых опухолей вне зоны облучения. При комбинированном химиолучевом лечении риск развития индуцированных опухолей был выше, чем при каждом из этих методов лечения отдельно, что может быть обусловлено двойным канцерогенным и иммунодепрессивным воздействием. Наиболее часто после комбинированного лечения развивались вторичные лейкозы, протекающие очень злокачественно.

Выводы. Исследования показали, что ранняя или неадекватная лучевая реакция в процессе гамма-терапии является одним из факторов, свидетельствующих о повышенной чувствительности больного к ионизирующему излучению и о повышенном риске развития постлучевой злокачественной опухоли. Дальнейшее изучение и систематизация полученного материала будет способствовать уточнению уже полученной информации и выявлению других факторов риска развития радио- и химиоиндуцированных первично-множественных метастатических опухолей.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III-IV СТАДИИ

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия
Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Задача исследования. Оценить влияние двух курсов химиотерапии на ткани рака яичников на основе анализа морфологических данных операционного материала всех обследованных.

Материал и методы. Больные раком яичников, включенные в настоящее исследование, в зависимости от характера проводимой неоадъювантной химиотерапии были распределены в 3 группы. Первую группу (I) составили 30 пациенток, которым выполнили химиотерапию по схеме TP или TC. Вторую группу (II) составили 36 пациенток, получивших химиотерапевтическое лечение по схеме CAP. В третью группу (III) вошли 35 пациенток, у которых была проведена химиотерапия по схеме CP или CS. Во всех группах пациенткам была проведена неоадъювантная химиотерапия и после 2 курса ПХТ через 21 день выполнялось хирургическое лечение.

Результаты. Оценка влияния двух курсов химиотерапии на ткани рака яичников была проведена на основе анализа морфологических данных операционного материала всех обследованных. После проведения неоадъювантной ХТ в большинстве случаев в опухолях обнаруживались изменения на уровне 2 баллов по пятибалльной шкале: на фоне дистрофии цитоплазмы и ядер опухоли в виде зернистой и вакуольной

дистрофии разной степени выраженности имелись очаговые некрозы 2х и более клеток в виде «мелких островков»; в меньшем количестве случаев изменения достигали уровня 3 балла: на фоне вышеперечисленных клеточных территорий имелись клеточные некротические поля до 20-25% объема опухоли. Хотя процентное распределение больных РЯ по выраженности лечебного патоморфоза в группах было различным, статистически значимой разницы в распределении не было ($p=0,313$). Вместе с тем, необходимо отметить тенденцию к увеличению лиц с патоморфозом, оцененным в 3 балла в I группе больных РЯ, получивших в неоадъювантном режиме таксаны.

Выводы. Изменения опухолевых клеток после двух курсов неоадъювантной полихимиотерапии, независимо от схемы, имеют качественно однотипный характер, представлены в большинстве случаев патоморфозом II степени, но при этом отмечается тенденция к увеличению лиц с патоморфозом III степени в группе больных, получивших в неоадъювантном режиме таксаны. Неоадъювантная полихимиотерапия при комбинированном лечении больных раком яичников III-IV стадии обеспечивает высокую эффективность лечения и повышает качество жизни пациенток.

УДК 616.127-005.8-085

Е. Н. ВОРОТНИКОВА

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Станция скорой неотложной помощи,
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Результаты исследований, проведенных на 100 тысячах больных свидетельствуют, что эффективная тромболитическая терапия позволяет снизить риск смерти на 10-50%. Положительное влияние тромболитической терапии связано с восстановлением проходимости пораженной артерии вследствие лизиса в ней тромба, ограничением зоны некроза, снижением риска развития сердечной недостаточности за счет сохранения насосной функции левого желудочка, улучшением процессов репарации, уменьшением частоты образования аневризм, снижением частоты образования тромбов в левом желудочке и повышением электрической стабильности миокарда. Показаниями к проведению тромболитической терапии являются: все случаи ОИМ с ангинозным синдромом длительностью 30 минут и более в сочетании с подъемом сегмента ST (более 0,1 мВ) в двух и более отведениях в первые 12 часов от начала болевого синдрома; остро возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса в первые 12 часов от момента появления болевого синдрома; и отсутствие противопоказаний. Хотя, временной интервал очерчен 12 часами, более эффективно проведение тромболитической в ранние сроки, до 6 часов. При отсутствии элевации сегмента ST, эффективность тромболитической

терапии не доказана. Выделяют абсолютные и относительные противопоказания к проведению тромболитической терапии. Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются: активное или недавнее (до 2 недель) внутреннее кровотечение, высокая АД (более 200/120 мм рт.ст.), недавнее (до 2 недель) хирургическое вмешательство или травма, пептическая язва желудка, подозрение на расслаивающую аневризму аорты или перикардит, аллергия к стрептокиназе. Врачами СНП г. Актюбе при наличии вышеупомянутых состояний вводится актилизе в начале 15 мг струйно, затем 50 мг капельно за 30 минут. Учитывая высокий риск реокклюзии после тромболитической, после введения реперфузии обязательно должна проводиться антитромбинотическая и антиагрегационная терапия. С этой целью нами используется аспирин и плавикс. Известно, что повлиять на размеры ИМ и смертность можно только в первые часы его развития (3-4 часа), тогда как большинство больных поступают в стационар значительно позднее. 30-40% от общего числа умирающих погибают в первые 15 мин. от начала заболевания и примерно столько же - в последующие 2 часа. Это означает, что даже при хорошо организованной экстренной помощи 2/3 смертей про-

исходит до поступления в стационар. Наш опыт показал, что у части больных может быть предотвращено развитие ИМ, что подтверждала клиника, ЭКГ и наши

наблюдения. Антиангинальная терапия с применением антикоагулянтов и дезагрегантов может способствовать еще уменьшению размеров ИМ.

УДК 616.311-008.87-053.6-07

О.А. ГАВРИЛОВА, Ю.В. ЧЕРВИНЕЦ, Ю.Е. РАТНИКОВА

МИКРОБИОТА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Динамическое равновесие, закрепившееся в процессе эволюционного развития между макроорганизмом и аутофлорой, подвержено влиянию многочисленных факторов, немаловажным из которых является общее состояние здоровья. Полость рта - начальное звено системы пищеварительного тракта от микробного благополучия которого, во многом зависит судьба поступающих в организм возбудителей различных форм патологии. Развивающийся в полости рта дисбактериоз, усугубляет тяжесть и ухудшает прогноз соматической патологии, а его успешное устранение улучшает результаты лечения стоматологического заболевания. Изучение микробиоты полости рта у детей и подростков с патологией ЖКТ для последующей разработки принципов комплексного лечения основной и стоматологической патологии, а также общего оздоровления, является актуальным и своевременным. Определение особенностей микробиоты полости рта мы осуществляли у 29 подростков 12 - 17 лет с хроническим гастродуоденитом.

В ротовой жидкости больных школьников в 88% - 92% выявляли бактерии рода *Staphylococcus*, *Peptostreptococcus* и *Streptococcus*, в 36 - 48% - *Veillonella*, *Peptococcus*, энтеробактерии и грибы рода *Candida*, в 40% - лактобациллы и микрококки. Слизистая оболочка языка представлена в основном кокковой флорой

(стафилококки, пептострептококки, стрептококки, пептококки). В меньшем количестве (36 - 44%) выделяли микрококки, вейллонеллы и лактобациллы. В зубном налете у 72 - 92% больных подростков обнаруживали стрептококки, стафилококки, пептококки, пептострептококки и лактобациллы, у 28 - 40% выделяли микрококки, энтеробактерии, вейллонеллы, грибы рода *Candida* и бациллы. Порфириомонады, бактериоиды, грамположительные нити, коринебактерии и лептотрихии, стоматококки и бифидобактерии встречались как транзитные виды. Микрофлора полости рта подростков больных гастродуоденитом отличалась признаками патогенности. Так, в смешанной слюне и на слизистой оболочке языка выявляли в 44 - 48% стафилококки с гемолитической и лецитиназной активностью. На слизистой оболочке щеки и в зубном налете стафилококки с лецитиназной и гемолитической активностью обнаружены у 20% - 24% школьников и у 4% - стрептококки, пептострептококки и вейллонеллы с гемолитической активностью. Установление видового состава микрофлоры будет способствовать раскрытию механизмов изменений, наблюдаемых в различных отделах пищеварительного тракта этой категории больных детей и разработке индивидуальных подходов к их лечению и реабилитации.

УДК 616.21 - 002 - 009.86 - 085 - 813

В. П. ГРИГОРЬЕВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПОСТОЯННЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ МАЛОЙ СИЛЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Нами проанализированы результаты лечения 196 больных различными формами аллергического ринита от 13 до 66 лет. Среди них мужчин было - 59, женщин - 137.

Для лечения аллергического ринита применяется, разработанный на кафедре способ лечения (патент № 912172).

У 22 больных с острой формой аллергического ринита улучшение наступало после 2-3 процедур, отек носовых раковин начинал уменьшаться после 4-5 процедур. К концу лечения наступало выздоровление. Рецидив заболевания с переходом в подострую форму наблюдался у 2 (9%) больных.

У 84 больных с подострой формой аллергического ринита улучшение отмечалось после 4-5 процедур, отек носовых раковин исчезал после 7-9 процедур. Клиническое выздоровление наступило у 55 (66,4%) больных, стойкое улучшение у 21 (25%). Рецидив заболевания отмечен у 8 (9,5%) больных. После проведенного повторного курса лечения улучшение наступило у 5, эффекта не наступило у 3 (3,5%) больных.

У группы больных с хроническим аллергическим ринитом улучшение наступало после 6-7 процедур, отек носовых раковин в значительной степени уменьшался после 7 - 9 процедур. Из 90 больных выздоровление наступило у 54 (60%), стойкое улучшение у 16 (17,7%), без перемен у 20 (22,2%) больных. Рецидив заболевания отмечен в 35 (38,4%) случаях. После проведенных 2-3 повторных курсов лечения по вышеописанной методике с интервалами между курсами в один месяц, улучшение наступило у 25 (27,7%) больных, эффекта не отмечено у 10 (11,1%) больных.

Полученные клинические данные показывают, что предложенный способ лечения аллергического ринита постоянным электрическим током малой силы является эффективным методом лечения. В основе эффективности предлагаемого способа лечения лежит благоприятное влияние постоянного микросилового тока на микроциркуляцию и транспортную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

ГККП Актауская городская поликлиника №2, Актау

По данным экспертов ВОЗ железо-дефицитными анемиями (ЖДА) страдают 10 - 30% взрослого населения. Из всех анемий различного генеза на долю ЖДА приходится 80-95%, наиболее подвержены заболеваемости женщины.

При ряде физиологических состояний, такие как беременность и лактация, а также периоды усиленного роста у детей, потребность в железе резко увеличивается. Клинические признаки ЖДА проявляются слабостью, головокружением, обмороками, при объективном обследовании наблюдается сухость и бледность кожных покровов и слизистых оболочек.

Больным с ЖДА на приеме проводятся беседы и предлагаются памятки с рекомендациями по лечебному питанию. Лечение ЖДА надо начинать с диеты, богатой железом. Максимальное количество железа, которое способно всосаться из пищи в просвете желудочно-кишечного тракта составляет 2 г в сутки. Питание должно быть полноценным с достаточным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов группы С, А, В и фолиевой кислоты. Витамины группы С содержатся в свежих фруктах и овощах, группы А – моркови, сливочном масле, группы В – ржаном хлебе, крупах, овощах и зелени. Железо из продуктов животного происхождения всасывается лучше, чем из раститель-

ных. Больным рекомендуется употребление таких продуктов как: говяжье мясо, рыба, печень, почки, яйца, крупа овсяная, гречневая, бобы, зелень, изюм, чернослив и другие. Прием чая и кофе должен быть отдельно от основного приема пищи не менее чем на полчаса, так как они уменьшают всасывание железа из пищи.

Терапия препаратами железа основана на таких принципах как: назначение препаратов железа с достаточным содержанием двухвалентного железа (ферроплекс, актиферрин, сербифер дурулес), продолжительность курса лечения не менее 1 – 1,5 месяцев, назначение поддерживающей терапии препаратами железа после нормализации показателей гемоглобина в течении 2-х месяцев и одновременное назначение препаратов, усиливающих всасывание железа (аскорбиновая кислота, цистеин).

С профилактической целью препараты железа рекомендуются женщинам с нарушениями оварияльно-менструального цикла, в период беременности и кормления грудью. В заключение следует отметить, что рациональное лечебное питание и адекватная терапия препаратами железа дают хороший терапевтический эффект в достижении результатов лечения больных с ЖДА.

УДК 616.921.5-051

С. ГУБАШЕВА

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ГРИППОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ГККП Актауская городская поликлиника №2, Актау

Грипп является острым инфекционным вирусным заболеванием и представляет серьезную опасность, так как может привести к серьезным осложнениям и смертельному исходу. Во время сезонных эпидемий заболеваемость гриппом приводит к значительным экономическим потерям, проявляющимся в увеличении расходов на медико-санитарную помощь и снижении производительности труда.

При работе медицинского персонала в непосредственном контакте с пациентами с гриппом должны быть усилены меры личной профилактики. Меры предосторожности от попадания выделений больного включают: использование медицинской маски или респиратора, медицинских халатов и перчаток, соблюдение гигиены рук. Смена маски должна проводиться при ее увлажнении, но не реже каждые 3 часов. Во время процедур, при которых могут образовываться частицы аэрозольных респираторных выделений (распыление лекарственных препаратов, бронхоскопия, аспирация), медицинский персонал должен использовать респиратор N95 и защитные очки или щитки для лица. Осмотр пациентов с симптомами гриппа и лечебные процедуры должны проводиться в кабинетах с надежной функционирующей вентиляцией, необходимо соблю-

дать правила безопасности при взятии материала для вирусологического исследования и его транспортировке, а также применять в лечебно-диагностическом процессе безопасные технологии.

Общественные меры профилактики гриппа включают: обучение сотрудников по вопросам профилактики инфицирования, необходимых мерах личной и общественной профилактики; обеспечение медицинской организации достаточным количеством средств индивидуальной защиты, личной гигиены, дезинфицирующих средств, материалов для обеспечения безопасного обращения с медицинскими отходами и соблюдение этикета кашля сотрудниками и пациентами. Медицинские работники с симптомами гриппа отстраняются от работы до выздоровления, перенесшие грипп направляются на работу с больными гриппом или его осложнениями. Медицинский персонал из группы высокого риска заражения (беременные, лица со сниженным иммунитетом) рекомендуется отстранять от контакта с больными гриппом. Таким образом, неукоснительное выполнение требований противоэпидемического режима и контроль со стороны руководства является залогом сохранения здоровья сотрудников и снижения риска заболевания.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Проведены исследования показателей ПОЛ и АОС у 90 беременных с анемией различной степени тяжести (и 30 новорожденных этой группы) и у 30 беременных без анемии (и 10 новорожденных). Диагноз ЖДА ставился по уровню гемоглобина, сывороточного железа и ферритина. При ЖДА беременных отмечаются существенные сдвиги в системе ПОЛ-АОС при анемии средней степени содержание первичных продуктов ПОЛ – диеновых конъюгат (ДК) в 1,5 раза превышало содержание в контрольной группе и в 1,3 раза, чем при анемии легкой степени. При анемии тяжелой степени содержание ДК резко возрастало (до 2 раз). Содержание вторичных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида (МДА) с увеличением тяжести анемии увеличивалось (16%).

С увеличением степени тяжести анемии содержание каталазы значительно снижалось: при анемии средней степени на 9,8%, при анемии тяжелой степени на 20% ($p < 0,001$). Содержание СОД с утяжелением анемии снижалось. При анемии средней тяжести значение СОД было на 6,2% ниже, чем при анемии легкой степени, а при анемии тяжелой степени значение СОД было на 15,4% ниже, чем при анемии средней степени.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают, что при анемии беременных происходит активация процессов ПОЛ, которые с увеличением тяжести заболевания приводят к накоплению первичных и вторичных метаболитов. Происходит усиление антиоксидантной активности крови, но действие системы АОС при анемии не компенсирует нарастающее действие метаболитов ПОЛ.

УДК 616-089.5

Е.Б. ДАВЛЕТЯРОВ

ОПЫТ РАБОТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА

Медицинский центр «Евразия», Актюбе

Актюбинский филиал ТОО «Медицинский центр Евразия» является одним из крупных структурных подразделений ТОО «МЦ Евразия», оказывающий квалифицированную медицинскую помощь преимущественно работникам АО «ТНК Казхром», на договорной основе работникам других предприятий и на платной основе жителям Западного региона. В составе МЦ функционируют терапевтическое отделение на 40 коек, эндовидеохирургическое отделение на 8 коек, поликлиника и здравпункт, стоматологическая служба, физиотерапевтическое отделение, отделение лучевой диагностики, клинично-диагностическая лаборатория. В последние годы за счет улучшения материально-технического обеспечения в практике активно внедряются современные методы диагностики и лечения: компьютерная томография, иммунологические исследования, в рамках высокоспециализированной медицинской помощи на лазерном литотриптере «DormierMedilasH20» проводится дробление камней в мочеточнике, рассечение стриктуры уретры, также внедрена артроскопия коленного сустава. В 2012 г. МЦ получен государственный заказ на плановую урологическую помощь, хотя и в ограниченном количестве (20 случаев), однако с учетом возможностей клиники в

перспективе возможно увеличение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В составе эндовидеохирургического отделения развернуты 3 койки для интенсивной терапии с круглосуточным постом. При анализе качественных показателей эндхирургического отделения за 2011 год выявлено сокращение средней длительности пребывания больного на койке на 4,3%; увеличение работы койки в году на 4,4%; процент выполнения увеличился на 25,5%.

За 2011 г. проведено 387 анестезиологических пособий, из них число эндотрахеальных наркозов составляет 197 (51%) от общего количества пособий, внутривенный наркоз применялся в 113 случаях (29,2%), перидуральная анестезия – 47 случаев (12,1%), спинно-мозговая пункция – 30 случаев (7,7%). При этом отмечено 2 случая ларингоспазма, 1 случай апное, все осложнения купировались непосредственно в операционной, летальных случаев не отмечалось. В целом оказание анестезиологической помощи в условиях частной клиники благодаря оснащению современным оборудованием, обеспечением лекарственными препаратами с доказанной эффективностью, квалификации специалистов находится на достаточно высоком уровне.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРОТКИХ ИМПЛАНТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ

ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Целью нашей работы было изучение эффективности лечения частичной и полной потери зубов с использованием коротких имплантатов без предварительной костной пластики.

Материалы и методы. Данное исследование представлено ретроспективным когортным анализом результатов лечения 107 пациентов, которым были установлены 304 (155 из них коротких размером 4,5х6мм, 5х6мм, 6х5,7мм, 5х5мм) имплантата Viscon в хирургическом стоматологическом отделении клиники ГБОУ ВПО ТГМА в период с 11 января 2005 по 11 января 2011 года. Анализировались приживаемость имплантата, расположение имплантата относительно зубного ряда, тип строения костной ткани и особенности операции, хирургической техники и дальнейшего протезирования. Для оценки функционального состояния опорных тканей определяли показатели устойчивости имплантата с помощью прибора Periostest C. Методом ультразвуковой доплерографии (Минимакс-Допплер-К) с использованием непрерывного высокочастотного датчика 20 Мгц исследовали интегральные гемодинамические характеристики тканей десневого сосочка и прилежащей интактной зоны.

Результаты. Приживаемость коротких имплантатов Viscon составляет 98%, что соответствует приживлению имплантатов других размеров этой системы. При условии расположения коротких и имплантатов других размеров этой системы в одном сегменте, показатели микроциркуляции слизистой в области абатментов достоверно не различаются. Показатели устойчивости коротких имплантатов не отличались от показателей устойчивости имплантатов другой длины ($p \geq 0,05$). Отмечено, что показатели увеличиваются в течение года после протезирования и в последующие периоды наблюдений сохраняются на достигнутых значениях (ср.зн. – 4,5), что свидетельствует о формировании более плотной кости в области имплантатов.

Вывод. Применение данной системы имплантатов в лечении частичной и полной потери зубов у пациентов со сложными клиническими условиями позволяет достигнуть хорошего долгосрочного функционального и эстетического результата, без предварительных операций по регенерации костной ткани и пластики мягких тканей.

УДК 616.127-007.17-053.2

В.М. ДЕЛЯГИН, А.Ж. ДОСИМОВ, Ж.С. ЖАКУПОВА, Ж.Б. ДОСИМОВ

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

ФГУ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития России, Москва, РФ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Введение. Синдром Марфана (СМ) – один из наиболее частых генетически детерминированных вариантов генерализованной дисплазии соединительной ткани по типу долихостеномелии. При описании органических изменений при СМ основное внимание уделяется состоянию сердца и аорты. Вместе с тем недостаточно сведений о диагностически значимых ранних изменениях морфометрических камер сердца, диастолических характеристиках, изменениях которых предшествуют систолическим нарушениям.

Цель работы. По данным ультразвуковых исследований описать основные морфометрические характеристики левых отделов сердца и аорты, изучить показатели диастолы левого желудочка (ЛЖ) у детей и подростков с СМ.

Материал и методы. Обследовано 95 детей и подростков с СМ в возрасте от 8 до 20 лет. Диагноз устанавливался по Гентским критериям. Ультразвуковую локацию сердца проводили по рекомендациям экспертов ВОЗ и совместного Европейско-Американского стандарта.

Собственные результаты. Оценены и стандартизированы по отношению к площади тела диаметры левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП). По-

лученные данные свидетельствуют о том, что конечно-систолический размер ЛЖ как показатель насосной функции сердца не изменялся, точно так же, как и диаметр левого предсердия, позволившие предположить, что в этом возрасте грубых морфометрических изменений сердца ещё не сформировалось. Более чувствительным оказалось изменение стандартизованного показателя диаметра аорты, свидетельствующее о том, что по мере роста ребёнка происходит увеличение стандартизованного диаметра аорты, который в итоге начинает превышать аналогичные размеры у здорового ребёнка. При определении стандартизованной массы миокарда (на площадь тела) отмечено увеличение массы миокарда, что по видимости обусловлено изменением самого миокарда. Изменение массы миокарда влечёт за собой изменение диастолы.

Заключение. Таким образом, уже в детском возрасте зафиксировано изменение массы миокарда и отмечены изменения, свидетельствующие о субклинических нарушениях диастолы, снижение комплаенса ЛЖ и могут рассматриваться как ранний признак поражения миокарда.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАРФАНА

ФГУ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития России, Москва, Россия
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Диагностика синдрома Марфана (СМ) основывается на внешнем виде пациента и результатах морфометрии. Морфометрические характеристики тела, используемые в качестве критериев диагноза, могут существенно различаться в разных этнических группах, что приведёт к гипо- или гипердиагностике синдрома дисплазии.

Цель исследования – совершенствование диагностики долихостеномелии как одного из основных признаков СМ.

Материалы и методы. Для выявления особенностей морфометрических характеристик обследованы 397 детей и подростков. Определены соотношение длины верхнего сегмента тела к длине нижнего и соотношение длинного и поперечного размера ногтя.

Собственные результаты. По результатам антропометрии и определения соотношения верхнего сегмента тела к нижнему практически во всех возрастных группах у европеоидов, в противоположность обследованной группе монголоидов, сдвинуты в пользу нижнего сегмента. Превалирование длинных размеров

тела над поперечными – генеральный и универсальный признак синдрома долихостеномелии. Мы поставили своей целью найти внешнее выражение этого признака, достаточно хорошо заметное, которое бы могло послужить основанием для более трудоёмких обследований (определение размаха рук, соотношение сегментов тела и т.д.). Для этого мы оценили соотношение длинного и поперечного размера ногтя указательного пальца левой руки. Результаты исследования свидетельствуют о том, что для детей с СМ характерно превалирование длинного размера ногтя над его поперечным размером, что можно определить как долихонихию.

Заключение. Таким образом, получены сведения о морфометрических особенностях, что проявлялось превалированием нижнего сегмента тела у европеоидов, а также превалированием длинного размера ногтя над его поперечным размером независимо от этнической принадлежности детей, что в совокупности может быть использовано на этапе ранней диагностики синдрома Марфана.

СОСТОЯНИЕ МЫШЦ И НЕРВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

ФГУ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития России, Москва, Россия
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность проблемы. Среди детей и подростков с СМ нередко встречаются пациенты с «миопатическими» чертами: малая масса мышечной ткани, гипотония, сколиоз, контрактуры суставов, у которых практически не проводились исследования мышц с использованием современных технологий. В равной мере, сведения об умственных способностях людей с СМ и их эмоциональном статусе не всегда однозначны.

Цель исследования: Изучить состояние мышц и нервно-эмоциональной сферы у детей и подростков с СМ.

Материал. Обследовано 95 пациентов в возрасте от 8 до 20 лет. Мальчиков было 45, девочек – 40. Диагноз СМ основывается на клинической картине и устанавливается по Гентским критериям.

Методы исследования. Электромиографические исследования проводились при наличии жалоб пациентов на мышечную слабость, затруднения в подъёме по лестнице. При наличии соответствующих показаний проведено гистологическое изучение мышц. В процессе общего обследования мы использовали результаты

оценки индекса интеллектуальности (IQ) по тесту Кеттелла. Определение концентрации норадреналина в моче проводили по методике D. Becker.

Результаты. При изучении состояния мышц у всех детей и подростков с признаками гипотрофии мышц, слабостью, затруднением подъёма по лестнице отмечались изменения электромиограмм и эхограмм мышц. визуализировалось множество прослоек соединительной ткани. Гистологические изменения подтверждают эхографические находки, отклонения на электромиограммах. Пограничные показатели IQ (75, 77 и 79) были у 3 детей. Дети с СМ характеризовались высокой тревожностью, школьными страхами. После эмоциональной нагрузки экскреция норадреналина повышалась до $125,3 \pm 10,1$ нг/мл/час против $69,8 \pm 10,9$ нг/мл/час у детей без СМ.

Заключение. По итогам исследования показано, что мышечная патология проявляется нарушением сократимости и эластичности мышцы, разрастанием соединительной ткани. Особенности психо-эмоционального статуса объяснимы резким выбросом норадреналина.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕСТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Синдром Веста (СВ) составляет 40% среди всех эпилептических энцефалопатий.

Целью нашего исследования было изучение эффективности комплексной терапии вальпроатов и синактена-депо у больных синдромом Веста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 14 больных СВ в возрасте от 5 мес. до 1 года. Оценка психомоторного развития проводилась с использованием календарного метода Зыкова В.П. и соавт., шкалы Л.Т. Журбы; Е.М. Мастоковой. У всех больных отмечалась тяжелая форма нарушений психомоторного развития (>6 мес). Синактен-депо вводился в суточной дозе от 0,1 мг до 0,5 мг; доза депакина составила $59 \pm 5,6$ мг/кг/сут. Регистрация ЭЭГ и ее анализ был проведен с использованием комплекса «МБН-Нейрософт». Исследование проводилось во время I и II фазы медленного сна. Средние показатели когерентности у больных СВ оказались ниже, чем у здоровых детей. По межполушарным парам достоверность различий этих показателей составила $p < 0,05$ за исключением в паре O1-O2. По внутриполушарным - достоверность различий этих показателей составила $p < 0,05$ только в парах Fp1-T3; Fp2-T4.

Результаты. Через месяц после курса терапии синактен-депо приступы полностью купировались у 9 больных, у оставшихся 5 - их частота снизилась. При этом отмечалось повышение показателей когерентности как по внутриполушарным, так и по межполушарным парам. Достоверность различий этих показателей до и после лечения по всем внутриполушарным и межполушарным парам, за исключением пары (P3-P4), составила $p < 0,05$. В психомоторном развитии нарушения оставались тяжелыми, однако отмечалась положительная динамика в виде: повышения общей активности в эмоциональной сфере, появления заинтересованности в зрительном и речевом контакте, сдвиги в становлении крупной и мелкой моторики. Сторонность очага эпилептической активности на ЭЭГ у 12 больных с модифицированной гипсаритмией коррелировала с низкими показателями когерентности в данном полушарии.

Выводы. Таким образом, у больных СВ целесообразно одновременное назначение вальпроатов и синактена-депо, что способствует прекращению или снижению частоты приступов и повышению показателей когерентности по внутри- и межполушарным парам.

УДК 616.8-009.29-053.2(574.13)

А.К. ДЕМЕУОВА, Г.С. ТАГЕНОВА, Г.И. НУРГАЛИЕВА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АКТОБЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Тикозные гиперкинезы – наиболее частый вид двигательных нарушений в детском возрасте.

Целью настоящего исследования было изучение современной распространенности тиков среди детей различных возрастных групп.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи нами обследовано 1016 детей (500 мальчиков, 516 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет в детских садах и в общеобразовательных средних школах, проживающих в г. Актобе. Исследования выполнялись в начале учебного года с интервалом в два года (2008 - 2010 г.г.). В соответствии с классификацией Н.П. Гундобина все дети были разделены на 3 возрастные группы: дошкольники 3-6 лет – 98 чел, младшие школьники 7-11 лет – 448 чел, старшие школьники 12-15 лет – 476 чел. В методику обследования входил опрос детей и методика скринингового неврологического обследования, проведение функциональных проб для оценки экстрапирамидной дисфункции (проба 10 морганий – отражает гиперкинетическую «готовность» мышц верхнего века и круговой мышцы глаза и проба 10 сгибаний и разгибаний пальцев кистей рук. Диагноз выставлялся на основе клинической систематизации тиков у детей и по DSM-IV критериям диагностики синдрома Жиль де ла Туретта.

Результаты исследования: На основании неврологического осмотра и проведения функциональных проб у 60 из 1016 детей выявлены тикозные гиперкинезы в виде локальных тиков в 51 случае (5%), распространенных тиков – в 8 случаях (0,8%), синдром Туретта - в 1 случае (0,1%).

В неврологическом статусе у детей с тикозными гиперкинезами выявлена симптоматика пирамидной и кортико-нуклеарной недостаточности (42%), мышечно-гипотонический синдром (58%), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (симптом Хвостика) - 40%. Положительные функциональные пробы были у 7 детей с распространенными тиками и у 1 ребенка с синдромом Туретта. Наибольшее количество тиков встречается в возрасте 7-11 лет – 32 случая – это соответствует стадии экспрессии симптомов и связано с созреванием мозговых структур и началом препубертатного периода.

Выводы. В целом полученные результаты соответствуют зарубежным данным распространенность тикозных гиперкинезов до 6% и клинических проявлений соответствуют данным исследований в таких странах как США, Франция, что отражает актуальность проблемы детских форм тикозных гиперкинезов у нас в стране и требует дальнейшего изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРАКСОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС ГИПОКСИЧЕСКИ – ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В структуре детской инвалидизации поражения ЦНС занимают 35-40%. Вот почему так важна проблема раннего своевременного эффективного лечения и реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС.

Изучить эффективность цераксона в комплексной терапии у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС гипоксически-ишемического генеза.

В исследовании участвовало 50 доношенных новорожденных с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза». С легкой степенью поражения ЦНС -20 новорожденных, со средней степенью -23 с тяжелой степенью поражения -7. Основную группу составили 31 ребенок, которым в комплексную восстановительную терапию был включен цераксон в дозе 125 мг (1 мл), 2-3 раза в сутки в/м или в/в, в течение 10 дней, с дальнейшим переходом на пероральный раствор по 100 мг (1 мл) 2-3 раза в день, длительностью до 60 суток. Контрольную группу составили 39 новорожденных, которые получали восстановительную терапию без назначения нейротрофических препаратов.

Методы исследований: клинический, нейросонографический (НСГ).

У новорожденных с легкой степенью поражения ЦНС в основной группе отмечалось сокращение темпов восстановления безусловных рефлексов (на 2,06 суток), нормализации движений (2,19), регресса тремора (3,39), относительно показателей контрольной группы. У детей основной группы, со средней степенью тяжести поражения ЦНС, значительно сократился темп начала восстановления безусловных и сухожильных рефлексов (на 1,9 и 1,6 дня). В этой группе значительно раньше исчезли симптомы ликворной гипертензии (на 3,6 дня) судороги (2,1) восстановился тонус мышц (1,9), а так же сократилась длительность кормления через зонд – на 1,9 дня. У детей с тяжелой степенью поражения ЦНС в основной группе начало восстановления безусловных и сухожильных рефлексов, амплитуды движений в основном отмечалось на 2,4 -2,7 суток раньше, чем у обследованных детей контрольной группы.

Применение Цераксона в составе комплексной терапии у новорожденных детей с перинатальными поражениями ЦНС в остром периоде способствует более быстрому улучшению неврологического статуса, сокращению сроков стационарного лечения и первичной неврологической реабилитации.

УДК 616-089: 616, 34-002.43

М.К. ДЖАКАНОВ, К.Р. ТАЙШИБАЕВ, С.Ш. ЖАНИЛЬСИНОВ, С.Ж. ЖАРМАГАМБЕТОВ, С.К. БУРИБАЕВ, Н.Б. АЙБАСОВ, С.Ж. САХИПОВ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В нашей клинике используется комплексный метод лечения ЯБ 12 п. кишки, включающий лапароскопическую ваготомию, местную лазеротерапию и орошение полифитовым маслом язвенного дефекта. За 2010 – 2011 годы по этому методу было пролечено 34 больных в возрасте от 20 до 60 лет. Мужчин - 26, женщин – 8. Длительность ЯБ составила $5,4 \pm 1,2$ года.

Комплексное лечение наряду с традиционным курсом (блокаторы H2-рецепторов, блокаторы M1-холинорецепторов, цитопротекторы, антацидные средства, спазмолитики, щадящая диета) включало орошение поверхности язвенного дефекта маслом при проведении фиброгастродуоденоскопии через зонд диаметром 5 мм. Через этот же зонд вводили фиброволоконный световод диаметром 2 мм и облучали поверхность язвы при помощи гелий-неонового лазера, с экспозицией облучения 3-5 минут. Кратность сеансов лазеротерапии и орошения маслом составляла 4-5 раз. После достижения положительного результата лечения производили лапароскопическую заднюю стволую, проксимальную селективную ваготомию по методике, разработанной в клинике.

До начала лечения при диагностической эндоско-

пии у пациентов наблюдалось наличие язвенного дефекта слизистой диаметром $0,7 \pm 0,03$ см. с нарушенной целостностью слизистой, с фибриновым налетом, зоной гиперемии, иногда с эрозиями вокруг нее. Анализ непосредственных результатов лечения показал, что у больных основной группы, по сравнению с контрольной, отмечалось уменьшение размеров язвы, отторжение фибринового налета, снижение выраженности перифокальной гиперемии на $6,0 \pm 1,1$ сутки от начала лечения, тогда как в контрольной группе указанные изменения имели место только на $12,0 \pm 2,1$ сутки. Этому периоду соответствовало улучшение общего состояния пациентов, что выражалось исчезновением или уменьшением болей, улучшением аппетита и сна. К $11,0 \pm 1,3$ суткам от начала лечения в основной группе исчезали признаки воспаления, а на месте язвенного дефекта имелись признаки образования нежного рубца. В группе сравнения рубцевание отмечено к $18,0 \pm 2,3$ суткам, при этом лечение не было эффективным у 8 (22,8%) пациентов. После проведенной лапароскопической ваготомии в основной группе рецидив язвы возник через 3 года у 2 (5,7%) пациентов, тогда как у пациентов группы сравнения - у 12 (34,2%).

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Частота аноректальных пороков развития по данным некоторых авторов составляет от 1:1500 до 1:5000. По данным ряда авторов в общей сложности на атрезии приходится 80-85% больных с пороками развития заднего прохода и прямой кишки.

Восстановительные и реконструктивные операции на прямой кишке относятся к наиболее сложным в детской хирургии. И проблемы наиболее эффективно метода коррекции аноректальных пороков развития остаются чрезвычайно актуальными до настоящего времени, что обусловлено частотой осложнения и высоким процентом неудовлетворительных функциональных результатов.

В связи с этим нами в клинике детской хирургии Западного-Казахстанского Государственного медицинского университета были исследованы 5 историй детей с высокой атрезией прямой кишки с января 2012 года. Из них у 2-х – с ректовезикальным свищем. Всем пациентам в периоде новорожденности наложена раздельная колостомия по Пенья.

После предоперационной подготовки выполнена брюшно-промежностная проктопластика с лапароскопической поддержкой.

Операция состояла из следующих этапов:

1. Мобилизация сигмовидной и прямой кишок;
2. Формирование анального канала;
3. Ушивание свища и низведение мобилизованной кишки;
4. Формирование заднего прохода.

Послеоперационный период протекал благоприятно за исключением в 1-ом случае отмечалось осложнение в виде межфутлярного абсцесса.

Сравнительная оценка результатов показала, что наиболее рациональным методом коррекции аноректальных пороков является операция аноректопроктопластика с лапароскопической поддержкой.

Данный метод позволяет визуально оценить состояние тазового дна, минимально травмировать мышечные структуры, сосуды, нервы, оперировать с небольшой кровопотерей, иссечение ректовезикального свища, максимально использовать местные ткани для восстановления удерживающего аппарата. Возможность значительной мобилизации позволяет в 90% случаев избежать брюшно-промежностной проктопластики.

УДК 616.71-007.234

Б.К. ДЖЕТМЕКОВА

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

МПЦ «Мунайши», Жанаозен

Лечение пациентов, страдающих АГ в сочетании с абдоминальным ожирением и другими компонентами метаболического синдрома (МС), зачастую бывает малоэффективным, без учета влияния различных антигипертензивных средств на метаболические процессы.

Цель исследования: оценка клинического значения гемодинамических и метаболических нарушений у больных с АГ 1-2 степени в сочетании с абдоминальным ожирением для рационального выбора антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях. Материал и методы исследования. В исследование включены пациенты с диагнозом АГ в соответствии с рекомендациями ESH-ESC (2003) и ожирением согласно рекомендациям International Diabetes Federation (IDF, 2007). Основная группа состояла из 32 больных артериальной гипертензией 2-3 стадии и абдоминальным ожирением, из них 14 (43,8%) мужчин и 18 (56,2%) женщины в возрасте от 38 до 66 лет (средний возраст $52,5 \pm 1,3$ года). Длительность заболевания от 4 до 20 лет (в среднем $10,5 \pm 1,2$ лет). Группа сравнения состояла из 14 больных, без признаков абдоминального ожирения, получавших антигипертензивную терапию.

Обследование больных проводилось до назначения лечения и через 12 недель антигипертензивной терапии. Больные основной группы принимали рамиприл в суточной дозе 10 мг и индапамид 2,5 мг однократно.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели окружности талии под влиянием немедикаментозных мероприятий (ограничение калорийности пищевого рациона, увеличение физической активности) за период наблюдения значительно не изменились. Степень снижения как систолического, так и диастолического АД в основной группе превосходила таковые у пациентов группы сравнения, при этом все изученные препараты имели достаточный антигипертензивный эффект.

Таким образом, антигипертензивная терапия должна обеспечивать не только выраженный гипотензивный эффект, но и не оказывать отрицательного влияния на показатели углеводного и липидного обмена. В целях оптимизации лечения артериальной гипертензии у лиц с абдоминальным ожирением необходимо назначать тиазидоподобные диуретики, в частности индапамид.

ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

МПЦ «Мунайши», Жанаозен

Жировая болезнь печени (ЖБП), включающая стеатозы и стеатогепатиты, занимает более 50% в структуре хронической патологии печени. В настоящее время в лечении данной патологии широко используются гепатопротекторы. Одним из таких лекарственных средств является препарат Эссенциале Н, эффективность которого доказана многочисленными исследованиями.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале Н) в комплексной терапии стеатозов и стеатогепатитов различной этиологии. Материалы и методы. Обследовано 34 больных, в том числе 20 женщин, 14 мужчин. Средний возраст составил $45 \pm 5,6$ лет. В 22 случаях был выставлен диагноз стеатоз печени, в 12 - стеатогепатит. Диагноз выставлялся на основании анамнеза, лабораторных и инструментальных (УЗИ) исследований. Этиологическими факторами были: прием алкоголя в опасных дозах - 16 случаев, вирусный гепатит С - 4, сахарный диабет 2 типа и ожирение - в 14. Эссенциале Н назначался по 2 капсулы 3 раза в день в течении 6 недель. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов, нормализации лабораторных показателей (общий билирубин, АСТ, АЛТ), данных УЗИ.

Результаты. Положительная динамика по основным клиническим симптомам: общая слабость и утомляемость в группе больных со стеатозом отмечалась в 30,7% случаев (до лечения 100%), в группе со стеатогепатитом в 33,3% (до лечения в 100%). Значительно уменьшились болевой синдром и гепатомегалия в обеих группах: 7,7% и 23,1% (до лечения 61,5% и 53,4%) и 22,2% и 33,3% (до лечения 88,8% и 55,5%). Диспептические явления полностью исчезли в группе со стеатозом и значительно уменьшились в группе больных со стеатогепатитом. К концу 3-й недели нормализовались показатели общего билирубина, АСТ, АЛТ в группе со стеатозом и к 6-й неделе - в группе со стеатогепатитом. Также отмечалось улучшение некоторых показателей УЗИ (уменьшение гепатомегалии, улучшение визуализации печеночных вен). Однако, срок 6 недель для значительной динамики УЗИ показателей не достаточен. Поэтому необходим более длительный срок лечения препаратом Эссенциале Н - в течение 6-8 месяцев.

Выводы: эссенциале Н является эффективным препаратом в комплексном лечении ЖБП (стеатозов и стеатогепатитов) различной этиологии.

УДК 616.24-002.5-079.4

Д.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВ, К.Ж. ЕРМЕКБАЕВА, М.К. НАЗАРБАЕВА, Г.Н. ТАНЖАРЫКОВА

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ С КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Многообразие форм туберкулеза, широкий спектр его клинико-рентгенологических проявлений объясняют трудности диагностики заболевания. За период с 2010 по 2011 гг. включительно под нашим наблюдением находилось 80 больных с подозрением на туберкулез легких. Мужчин было 49 (средний возраст - 47,3 лет), женщин - 31 (средний возраст - 41,2 лет). На контакт с больным туберкулезом указывали 7 больных.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование. Остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких были обнаружены в 22 (27,5%) случаях. Наряду с традиционными методами микробиологической диагностики возбудителя туберкулеза, использовалась автоматизированная система ВАСТЕС MGIT 960. Культивирование 34 образцов мокроты на аппарате ВАСТЕС позволило обнаружить микобактерии туберкулеза в 6 (17,6%) случаях. Посевы мокроты на вторичную флору выполнены у 61 (76,3%) пациентов.

Осложнение в виде экссудативного плеврита наблюдалось у 11 (13,8%) больных, спонтанного пневмоторакса - в 1 (1,3%) случае. Всем больным был

проведен дифференциально-диагностический алгоритм. Антибактериальную терапию больных начинали эмпирически. После выделения возбудителя терапию корректировали с учетом данных антибиотикограммы.

В результате проведенного обследования из 80 больных туберкулез легких установлен у 19 (23,8%) пациентов. Диагноз внебольничной пневмонии был выставлен 38 (47,5%) больным, явления застойного характера, вследствие патологии сердечно-сосудистой системы - в 7 (8,8%) случаях, неоплазма легкого - в 7 (8,8%), ХОБЛ - в 4 (5,0%), идиопатический фиброзирующий альвеолит - в 1 (1,3%), буллезная эмфизема легких, осложненная пневмотораксом - в 1 (1,3%), активный туберкулезный процесс был исключен у 2 пациентов (остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких).

Таким образом, внедрение в диагностическую практику подходов, основывающихся на современных методах исследования, обуславливает сокращение сроков обследования пациентов и позволяет своевременно установить этиологию заболевания.

АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ ТҰРҒЫНДАРЫ АУРУШАҢДЫҒЫНА АНТРОПО-ТЕХНОГЕНДІК ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қоршаған ортаның антропо-техногенді факторлары адам денсаулығының дұрыс қалыптасуына және жұмыс жасау қабілеттеріне басты әсер етуші фактор болғандықтан профилактикалық медицинаның алдын-алу саласындағы өзекті мәселенің бірі болып саналады.

Ақтөбе облысы – Батыс Қазақстан аймағында кен көздерінің байлығына байланысты өнеркәсібі дамыған облысқа жатады. Соның ішінде, басты экологиялық проблема ретінде хром - бор қосылыстарының тұрғындар денсаулығына әсерлерін атауға болады. Ақтөбе қаласында Ақтөбе хром қосылыстары зауыты, Ақтөбе ферро-қорытпа зауыты және Ақтөбе облысының Хромтау ауданында орналасқан Дон кен байыту комбинаты кешендері сонымен ұатар, Ақтөбе облысының Алға ауданында қазіргі кезде жұмысын тоқтатқан бор өнімдерін шығаратын С.М. Киров атындағы химия комбинаты жұмыс жасады. Өндіріс орындарының сүзгілерге қарсы шлам бөгендерінің болмауы әсерінен, Ақтөбе облысының қоршаған ортасы, соның ішінде, атмосфералық ауа, ашық су көздері және топырағы хром және бор

қосылыстарымен ластанатындығы белгілі. Хром, әсіресе VI-валентті - өте улы токсикант, адам ағзасына политропты әсер етеді, және де аллергенді, мутагенді қасиеттер тән. Бор қосылыстары адам ағзасына гонадотоксикалық, эмбриотоксикалық, гепатотоксикалық сонымен қатар, хром мен бор қосылыстары асқорыту және тыныс алу жүйелерін патологиялық өзгерістерге әкеледі.

Бор-хром қосылыстарының жеке әсерлері зерттелген, бірақ біріккен әсері туралы зерттеулер жоқ.

Соған орай, Ақтөбе қаласы және Алға, Хромтау аудандары тұрғындарының аурушаңдығына бор мен хромның техногендік қосылыстарының біріккен әсеріне экологиялық – гигиеналық баға беру мақсатында ғылыми зерттеу жұмысы өзекті мәселе.

Бұл ғылыми жұмыстың маңызы – Ақтөбе облысының қоршаған ортаның антропо-техногендік факторларымен ластану дәрежесі зерттеліп, тұрғындар аурушаңдығына гигиеналық баға беріліп, оларды алдын-алуға бағытталған іс-шаралар ұсыну болып табылады.

УДК 614.88:616-005.1-08

А.А. ЕКИБАЕВА, Д.С. НУРЖАНОВ, В.Г. ФЕОКТИСТОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе

Кровотечение часто встречается в практике врача. За последние 3 года работы скорой помощи г. Ақтөбе было зарегистрировано более 2500 вызовов по поводу кровотечений, причем 1/3 из них приходится на внутренние.

С целью остановки или уменьшения внутреннего кровотечения необходимо воздействовать на механизмы образования кровяного сгустка с помощью лекарственных средств. Для получения быстрого эффекта лекарственные средства вводят парентерально. Выбор препаратов, к сожалению, очень ограничен. Эффективным является внутривенное введение 100 мл. 6% раствора эпсилон-аминокапроновой кислоты и 1 мл. дицинона.

Общие мероприятия при оказании помощи укаzanным больным заключаются в соблюдении абсолютного покоя, холода на живот (при кровотечении из желудочно-кишечного тракта), исключение приема пищи.

Необходимо принять меры к предотвращению прогрессирования геморрагического шока и обеспече-

нию безопасной транспортировки больного в лечебное учреждение. С этой целью при снижении систолического АД ниже 80 мм. рт. ст. необходимо начать инфузионную терапию, не прерывая ее во время транспортировки. Коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин, рефортан) вводят в/в в дозе от 400 до 1000 мл (в зависимости от степени кровопотери). В случае снижения АД ниже 60 мм рт. ст. следует начинать с в/в введения жидкости и только после стабилизации показателей центральной гемодинамики транспортировать больного. Требуется быстрая транспортировка пациента в специализированное учреждение на носилках в горизонтальном положении с приподнятым ножным концом (при кровотечении из желудочно-кишечного тракта) или в положении полусидя (при легочном кровотечении).

Таким образом, при кровотечениях необходимо оказать неотложную эффективную медицинскую помощь и обеспечить экстренную госпитализацию больного в стационар.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКЕ ВОП

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

В последнее время в программу интернов ВОП введен предмет «доказательная медицина».

Предложенная в начале 90-х гг. концепция доказательной медицины подразумевает добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного. Подобный подход позволяет уменьшить уровень врачебных ошибок, облегчить процесс принятия решения для практических врачей.

В лечении сердечно-сосудистых заболеваний стали опираться на результаты так называемой доказательной медицины (или медицины, основанной на доказательствах). Под последней понимаются данные, полученные с помощью современных научно-обоснованных методов в крупных, так называемых мега-исследованиях, использующих рандомизированный, контролируемый метод изучения эффективности лекарственных препаратов. Доказательная медицина базируется, в первую очередь, на оценке влияния лечения на так называемые "жесткие конечные точки" -

общую смертность, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, возникновение таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт.

Вместе с тем, некоторые такие исследования показали неэффективность или даже опасность терапии препаратами, долгое время применявшимися в медицине. В первую очередь это относится к антиаритмическим препаратам I класса, которые, как оказалось, существенно увеличивают смертность больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, несмотря на оказываемый ими отчетливый антиаритмический эффект.

Таким образом, современная медицина располагает большим набором лекарственных средств, позволяющих оказывать достаточно мощное воздействие на течение сердечно-сосудистых заболеваний. Безусловно, врач должен быть в курсе всех данных доказательной медицины, касающихся этих препаратов, и стараться использовать их в практической деятельности.

УДК 614.7-053.6

Д.К. ЕЛУБАЕВА, С.Б. КЕНЖЕБАЕВА, А.М. БАСПАҚОВА, Ж.Б. МУЗАТОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА

ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Ақтөбе медицина колледжі, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Халықтың денсаулығы – ел дамуының аса маңызды тұтқасы, болашағымыздың кепілі. Салауатты өмір салтын қалыптастыру – адам ағзасының саулығын, адамгершілікті, уақытты тиімді ұйымдастыруды, белсенділікті, еңбекқорлықты, қоршаған ортаның қолайсыз әсерінен қорғалған, қартайған шағына дейін адамгершілікті сақтауды ұстанатын өмір салты. Әрбір адам физикалық белсенділіктің, еңбекке қабілеттіліктің сақталуын, денсаулығын қалыптастыру және жақсартуына үлкен мүмкіндіктері зор. Адам денсаулығы 50%– салауатты өмір салтына, 20% тұқым қуалаушылыққа, 20% қоршаған ортаның жағдайына, 10% денсаулық сақтау ұйымдарына байланысты.

Қоғамда негізгі көрсетілген қауіпті факторларға балалар мен жасөспірімдер аса сезімтал болып келеді. Салауатты өмір салты гармониясының құпиясы: физикалық саулықты қалыптастыру, зиянды әдеттерден аулақ болу, дұрыс тамақтану және т.б.

Денсаулық мәдениеттілігінің төменділігі, денсаулыққа қарамаушылық себептері, оқушылардың арасында 40% салауатты өмір салтының теориясын білмейтіндігінен деп саналады. Демек, қазіргі кезде оқушылардың салауатты өмір салтын тәрбиелеу қажеттілігі, оны арнайы әдіс-тәсілдерді қолдана отырып қалыптастыру қажеттілігі туады. Өкінішке орай Ақтөбе облысы мектептерінде жүргізілетін жылдық оқушыларды медициналық тексеру нәтижесінде жасөспірімдер арасында ауру түрлері көбейген.

Қорытындылай келе, халық денсаулығы тек медицина қызметкерлерінің қолында ғана емес, бүкіл қоғамның тұтас денсаулық сақтауға және нығайтуға арналған үйлескен іс-қимыл әрекеттерінің жемісі екенін баршамыз да ұғынуға тиіспіз. Сонда ғана қоршаған ортаны сақтай отырып, дұрыс тамақтанып және салауатты өмір салттарын тұрақты қалыптастырсақ болашақтың жарқын кепілі болмақ.

УДК 612.397.23:616.155.194:618.2

А.Н.ЕРГАЛИЕВА

СПЕКТР ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Областной центр переливания крови, Актөбе

Разносторонние и глубокие изменения в организме женщин при анемии беременных характеризуются

превалированием анаэробных процессов метаболизма, накоплением недоокисленных продуктов обмена

веществ и развитием метаболического ацидоза, что приводят к развитию гипоксии плода и матери. Целью исследования было изменение спектра жирных кислот при анемии беременных различной степени тяжести. Исследованию были подвергнуты 62 беременные с анемией различной степени тяжести по 20 беременных в каждой группе. Контрольную группу составили 20 беременных без анемии и экстрагенитальной патологии.

Таблица 1.

Процентное содержание высших жирных кислот у беременных с анемией различной степени тяжести и у беременных без анемии

Название кислоты		Степень анемии			Контрольная группа
		легкая	средняя	тяжелая	
Миристиновая	C _{14:0}	8.5±0.2	6.0±0.0	4.8±0.0	10.5±0.6
Пальмитиновая	C _{16:0}	24.6±0.3	20.2±0.3	17.9±0.2	25.2±0.4
Пальмитолеиновая	C _{16:1}	8.9±0.3	6.2±0.4	4.2±0.0	9.1±0.3
Стеариновая	C _{18:0}	10.6±0.2	8.7±0.3	5.5±0.3	14.3±0.3
Олеиновая	C _{18:1}	43.0±0.6	38.2±0.5	33.5±0.1	31.0±1.2
Линолевая	C _{18:2}	7.1±0.2	5.5±0.0	3.2±0.4	14.2±0.3

Линоленовая	C _{18:3}	2.4±0.1	2.0±0.1	1.8±0.0	3.5±0.2
Эйкозодиеновая	C _{20:2}	1.8±0.0	3.2±0.2	5.2±0.3	0.8±0.1
Эйкозатриеновая	C _{20:3}	1.2±0.0	0.9±0.1	0.6±0.0	2.2±0.5
Арахидоновая	C _{20:4}	2.6±0.3	1.1±0.0	0.6±0.0	6.4±0.6
Σ насыщенных		43.7±0.3	34.9±0.7	23.8±2.0	50.1±0.9
Σ мононасыщенных		51.9±1.2	44.4±0.3	37.7±1.5	40.1±0.8
Σ полинасыщенных		15.1±0.5	13.5±0.6	11.4±0.3	27.1±2.0
Σ ненасыщенных		67.0±2.2	57.9±2.6	49.1±0.9	67.2±1.5

Изменения спектра жирных кислот у беременных значительно выражены в зависимости от степени анемии и в сравнении со здоровыми беременными.

Общими изменениями в содержании жирных кислот были: значительное снижение суммы насыщенных жирных кислот при всех степенях тяжести, заметное возрастание мононасыщенных жирных кислот при анемии легкой и средней тяжести жирных кислот при анемии беременных вероятнее всего компенсаторного характера, снижение суммы полинасыщенных жирных кислот выраженнее при анемии средней и тяжелой степени.

УДК 616.831-003.328-08

М.К. ЕРКЕБАЕВ

БАС-МИ МЕНИНГИОМАЛАРЫ РЕЦИДИВТЕРІН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ТУРАЛЫ

МҚКК «Жедел медициналық дәрігерлік ауруханасы», Ақтөбе

Менингиомалар барлық бас-ми ісіктерінің арасында глиальды ісіктерден кейін екінші орын ала отырып, олардың 13%-дан 20%-ға дейін үлесін құрайды.

Бас-ми менингиомаларының радикалды ота жасап алып тастау дәрежесі оның отадан кейін рецидив беру мерзімімен, жиілігімен және орналасуымен, қайта өсуімен, бас сүйегінің өзгеруімен бағаланады. Бұл ісіктердің радикалды отадан 5 жыл кейін рецидив беру жиілігі 56-78% құрайды.

Зерттеу мақсаты: Бас-ми менингиомаларының рецидивтеріне және қайта өсуіне ота жасалған науқастарға ары қарай химиясауле емдерін жүргізіп өмір сүру сапасын жақсарту және өмірін ұзарту мүмкіндіктерін іздеу болып табылады.

Материалдар мен әдістер: Біздің нейрохирургия клиникасында 2001 жылдан 2011 жылдар арасында бас-ми менингиомалар рецидивтері мен қайта өсулеріне байланысты 23-тен 65-ке дейін жастағы науқастардың 22-не қайта ота жасалды. Менингиомалардың басым бөлігі супратенториальды, яғни 17 жағдайда, ал 4 науқаста субтенториальды орналасты. Барлық науқастардың 8-ін (36,3%) - ерлер, ал 14-ін (63,6%) – әйелдер құрады. Қатерлі менингиомалармен ауырған біздің науқастарда отадан кейінгі өлім 4 (18,1%) жағдайда кездесті.

Алынған мәліметтерді талдаған кезде қатерлі менингиомалары бар науқастарда аурудың

клиникалық көріністерінің қатерлі емес менингиомалармен шалдыққандарға қарағанда тез дамығаны байқалды. Ісіктерді толық ала-алмау жағдайларында, яғни олардың ірі қан тамырларына, бас-ми нерв бағаналарына қосылып өсіп кеткенде, ісіктің қалған жерлері күйдірілді.

Нәтижелер мен талқылаулар: Барлық 22 науқасқа кешенді тексерулер жүргізілді. Кешенді тексерулер, соның ішінде КТ және МРТ көмегімен патологиялық процестің орналасу ерекшеліктерімен сипаты анықталып, оңтайлы патогенетикалық ем жүргізуге мүмкіндік берді.

Қорытындылар: Қатерлі емес менингиомалардың рецидивтері, біздің көзқарас бойынша, морфология тұрғысынан қарағанда қатерлі және қатерлі емес менингиомалардың ауыспалы сатысында болады. Мұндай науқастарды ары қарай емдеудің тактикасы отаның радикалды жасалуынан және процестің инвазивтілігінен байланысты. Менингиомалардың көбі қатерлі емес екенін ескере отырып, инфилтративтік менингиомалардың гистобиологиялық ерекшеліктерін зерттеу емдеу тактикасына тікелей әсерін тигізеді. Кешенді оңтайлы емдеу әдістері осындай науқастардың өміршеңдігін арттыруға және олардың өмір сүру сапасын, аурудың болжамын жақсартуға себеп болады.

ЖАРАҚАТТАН КЕЙІНГІ СУБАРАХНОИДАЛЬДЫ ҚАН ҚҰЙЫЛУЛАРДЫ АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ТУРАЛЫ

МҚКК «Жедел медициналық дәрігерлік ауруханасы», Ақтөбе

Маңыздылығы бас-ми жарақатының барлық дамыған елдерде және соның ішінде Қазақстанда да үнемі жыл санап өсуде болып табылады. Барлық жарақаттардың арасында бас-ми жарақаты 40% алатыны да белгілі.

Сонымен қатар, бас-ми жарақатын алғандар арасында, статистика бойынша, субарахноидальды қан құйылулар 16%-дан 42%-ке дейін анықталған.

Материалдар мен әдістер: Соңғы бес жылда бас-ми жарақатын алған, соның ішінде субарахноидальды қан құйылуы бар 211 науқас зерттелді. Барлық науқастар екі топқа бөлінді: 100 адам – салыстыру тобы және 111 адам – негізгі топ. Салыстыру тобындағы науқастар біздің клиникада емделгендер, бірақ оларға жедел кезеңде әртүрлі себептерге байланысты (бас тарту ж/е т.б) анықтау мен емнің толық шаралары қолданбаған. Ал, негізгі топтағы науқастарға анықтау мен емдеу тәсілдерінің шаралары толық көлемде жүргізілген.

Нәтижелер мен талқылаулар: Субарахноидальды қан құйылуы бар науқастардың барлығы бас-миының соғылу ауырлығына байланысты үш топқа бөлінді. Салыстыру тобында бас-миының соғылуының жеңіл дәрежесі 34 адамда болды (16,11%). Негізгі топта 32

науқас (15,16%) жеңіл бас-ми соғылуын алғандар болып саналды. Салыстыру тобында орташа бас-ми соғылуы 50 адамда (23,69%), ал негізгі топта – 52-інде (24,64%) анықталды. Ауыр дәрежелі бас-ми соғылуы салыстыру тобында 20 науқаста (9,48%), ал негізгі топта – 23 науқаста (10,9%) тіркелді. Субарахноидальды қан құйылу ауырлығына байланысты екі салыстырып отырған топтар ұқсастау айқындылық көрсетті. Айта кету керек, 211 науқастың тиімді емге қарамастан 31-і (~15%) қайтыс болды, соның ішінде ауыр бас-ми жарақатын алған 43 науқастың 30-ы (~69,76%), ал салыстыру тобында 20 науқастың 16-ты қайтыс болды.

Қорытындылар

1. Жарақаттан кейінгі субарахноидальды қан құйылуларды анықтау КТ және МРТ-мен қатар клиникалық көрсеткіштермен анықтау люмбальды пункциялармен негізделуі тиіс.

2. Жарақаттан кейінгі субарахноидальды қан құйылулар дәрежесі, тек ликвордағы эритроциттерді лабораторлық тексеру арқылы ғана жүзеге асады.

3. Тиімді кешенді емнен бас-ми соғылуының дәрежесін ескеріп жүргізген кезде ғана үміттендіретін нәтижелер алуға болады.

УДК 616.714.1-001.5-08

М.К. ЕРКЕБАЕВ

АУЫР БАС-МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІНЕ ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР

МҚКК «Жедел медициналық дәрігерлік ауруханасы», Ақтөбе

Ауруханаға дейін және ауруханада көрсетілетін медициналық көмектердің сапасын көтеру ауыр бас-ми жарақатынан болатын өлім көрсеткіштерін едәуір төмендетуге себеп тигізді.

Біздің аурухананың жан сақтау бөлімінде 2005-тен 2011 жылға дейін емделген 208 науқастың ауру тарихтары ретроспективті зерттелді. Соның ішінде 180 науқас жедел жәрдеммен әкелінген, яғни алғашқы жедел медициналық көмек жарақат алған жерде көрсетілген. Түскен кезде науқастардың санасының бұзылу тереңдіктері тек қана бас-ми жарақатының ауырлығына ғана байланысты емес, сонымен қатар мидың гипоксиялық жағдайына байланысты.

Ауруханада науқастардың 76%-на нейрохирургиялық ота жасалған. Ауыр бас-ми жарақатымен түскен науқастардың 208-нің 64-і (31%) өлді, ал олардың ішінде 22-сі (34%) үш тәулікте қайтыс болды.

200 науқасқа компьютерлік томография (КТ) жасалды. КТ жасаған кезде бұл науқастарда әртүрлі дәрежедегі бас сүйек-миішілік жарақаттық өзгерістер тіркелді. КТ көмегімен базальды цистернаның (БЦ) қысылу дәрежесін анықтау ауыр бас-ми жарақатынан кейінгі өлім көрсеткішіне тікелей әсер етеді. Біздің 151 науқаста БЦ-ның қысылуы анықталды, ал 49-ында оның көлемі қалыпты болды. Салыстырып талдау кезінде БЦ-ның қысылуы бар науқастың 38 %-ы қайтыс болған, ал қалыпты көлемі бар жағдайда өлім 13%-ды құрады. Динамикада жасалған КТ көріністері де осы сәйкестікті анықтады.

Қорыта айтқанда, алғашқыда және динамикада сана деңгейін, гемодинамика көрсеткіштерін бағалау, сонымен қатар КТ көмегімен базальды цистернаның (БЦ) қысылу дәрежесін анықтау ауыр бас-ми жарақатының нәтижелеріне едәуір әсер ететін факторлар болып табылады.

ВЕРТЕБРОГЕНДІ АУЫРСЫНУ СИНДРОМДАРЫН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛДАУ

МҚКК «Жедел медициналық дәрігерлік ауруханасы», Ақтөбе

Нейрохирургия бөлімінде вертеброгенді ауырсыну синдромымен жатқан науқастар екі топқа бөлінді. Бірінші топты құрайтын 57 науқас кешенді консервативтік ем алды. Екінші топты құрайтын 77 науқасқа оперативтік ем жүргізілді, соның ішінде 3-не омыртқа дискісі жарығының қайталануына байланысты ота жасалды. Омыртқа дискісі жарығының ерекшеліктеріне байланысты интерламинарлы дискэктомия отасы жасалды. Ота жасалған науқастардың 75-інде жақсы және өте жақсы нәтижелер алынды, 2 жағдайда ауырсыну

синдромының қайталануына байланысты ота қайта жасалды. Ота жасалмаған, яғни консервативтік ем жасалған топтың 45 науқасында жақсы нәтиже, ал 12-інде қанағаттанарлық нәтиже алынды.

Сонымен, вертеброгенді ауырсыну синдромымен ауыратын науқастарды емдеудің тиімділігі қазіргі заманға сай дәрілік препараттармен физиоом құрылғыларын қолдана отырып кешенді ем ережелерін сақтауға және оталық емнің оңтайлы әдістерін өз уақытында қолдана білуге байланысты.

УДК 616-006(574.13)

П.Т. ЕРМАГАМБЕТОВ

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова

Актуальность. Анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований играет огромное значение для определения потребностей населения страны в онкологической помощи и разработки перспективных планов технического и лекарственного обеспечения, подготовки кадров и планирования всего комплекса противораковых мероприятий. В связи с чем профилактика, раннее выявление и лечение злокачественных новообразований является одним из важных и сложных разделов современной медицины, которая определяется их сложностью, масштабностью и социальной значимостью.

Цель. Анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Актюбинской области.

Материал и методы исследования. При анализе результатов исследования установлено, что в течении последних 5 лет отмечались своеобразные колебания в структуре заболеваемости. Если в 2007 году отмечалось снижение показателей заболеваемости, то в 2008 году отмечалось его повышение, а в 2009 году вновь

снижение. В структуре онкопатологии лидирующую позицию занимает рак легкого, составляя 19,6 на 100 000 населения (РК 20,5), на втором месте рак молочной железы 18,7 (РК 20,5) и на 3 месте остается рак желудка, заболеваемость которого равна 17,1 (РК 17,4). Наивысшие показатели заболеваемости отмечались в регионах области, где существуют экологические факторы риска. В структуре смертности 50% занимают рак легкого, желудка, пищевода и гемобласты.

Выводы: 1. За последние 5 лет в структуре заболеваемости злокачественными заболеваниями по Актюбинской области отмечается снижение уровня заболеваемости на 8,9 % в 2009 году в сравнении с 2005 годом, показатель смертности снизился на 4,5 %.

2. При изучении факторов риска в регионах области с высоким уровнем заболеваемости присутствуют, как экзогенные, так и эндогенные, что говорит о необходимости проведения как первичных, так и вторичных профилактических мероприятий.

СЛУЧАЙ МЕТАТСТАЗИРОВАНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ В ЛЕГКИЕ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ДВУХСТОРОННИМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова

Лейомиома матки это доброкачественная метастазирующая опухоль. Метастазирование доброкачественной опухоли матки в легкие необычный феномен. Всего было описано около 100 случаев метастазирования доброкачественной лейомиомы матки. На сегодняшний день методов лечения данной патологии не существует.

Учитывая, что данная патология встречается достаточно редко, мы приводим свое клиническое наблюдение.

В отделение онкохирургии поступила пациентка 1973 г.р., с предварительным диагнозом: периферический рак нижней доли правого легкого.

В анамнезе жизни в 2000 г. произведена надвлагалищная ампутации матки по поводу миомы матки.

После предоперационной подготовки произведена операция в объеме правосторонняя боковая торакотомия, нижняя билобэктомия, прецизионное удаление опухоли верхней доли правого легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений. Результат гистологии - лейомиома легкого.

Пациентка выписана с улучшением. В ходе динамического наблюдения, пациентка повторно поступила в нашу клинику в экстренном порядке с клиникой напряженного клапанного пневмоторакса. Больной наложен пассивный дренаж по Бюлау во 2-ом межреберье. В связи с неэффективностью консервативного лечения, в отсроченном порядке произведена левосторонняя боковая торакотомия, прецизионное удаление всех опухолей левого легкого. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции. Окончательный Результат гистологии - лейомиома легкого.

Выводы:

1. Клиническая картина множественного лейомиоматоза легких зачастую протекает под «маской» метастаза легких из внеторакальных очагов и других воспалительных заболеваний легких, в связи, с чем представляет определенные трудности для установления единственно правильного диагноза.

УДК 616-08-039.57:613.952

Х.К. ЕРМЕКБАЕВА

ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.О. ЖГМК Железнодорожная поликлиника, Актобе

Проблема недоношенности является одной из актуальнейших в современной педиатрии. За последнее десятилетие организация выхаживания недоношенных стала более совершенной, однако, недоношенность является одной из основных причин смертности среди новорожденных. Частота рождения недоношенных детей не снижается и составляет 5-7% в популяции развитых стран [Захарова Л.И., Кольцова Н.С., 2010]. Благодаря достижениям перинатальной медицины нижние границы значения гестационного возраста, массы и длины тела недоношенного ребенка сейчас снижены до 22 недель, 500 грамм и 25 см соответственно. В связи с этим увеличивается число детей с экстремально низкой тела при рождении (ниже 1000г.) и очень низкой массой тела (от 1000 до 15000г), особенно сложных для выхаживания.

Целью работы явилось изучение особенностей ухода недоношенных детей в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. Проанализированы условия наблюдения 22-х недоношенных детей на участке за 5 лет (2007-2011гг). Недоношенные новорожденные были выписаны при достижении массы 2500-3000 граммов. Сроки выписки зависели от массы ребенка в момент рождения: с массой тела при рождении выше 2000гр пребывание в роддоме удлиня-

лось до 2-3 недель, а при массе тела менее 1500гр. - до Х.К.2 месяцев.

На выживаемость, уровень здоровья и развития недоношенных особо важны следующие моменты выхаживания. Для недоношенных следует отвести самую светлую, сухую и теплую комнату или её часть. Помещение освободить от лишних вещей, регулярно проветривать, в холодный период по 3-4 раза в день, в теплое время года окна остаются открытыми целый день. Необходимо строгое соблюдение правил личной гигиены матерью и другими лицами, которые привлекаются к уходу за ребенком. В течение первых двух месяцев жизни большинство недоношенных нуждаются в температуре окружающей среды, не ниже 24°C. Опасность охлаждения недоношенного малыша возникает при купании, во время ежедневного туалета, в процессе прогулки на свежем воздухе, особенно в холодное время года. Время их купания составляет 4-5 минут с момента погружения ребенка в воду. Длительность купания детей - около 2-3 минут. Вопрос о прогулках на свежем воздухе решается индивидуально. Прогулки с недоношенными малышами допустимы летом, осенью и весной. Важное значение для недоношенных детей имеет массаж. После полутора или с двух месяцев, если ребенок родился массой ниже 1,5 кг, можно начинать несложные гимнастические упраж-

нения: сгибание и разгибание кистей и стоп, рук и ног, отведение и приведение конечностей. Соответственно возрасту следует подбирать игрушки. Игрушки способствуют развитию зрительного сосредоточения, благоприятно влияют на совершенствование функций нервной системы. Необходим строгий контроль за антропометрическими данными. Недоношенных детей следует беречь от контактов с больными членами семьи и другими лицами. Недопустимо с таким малышом посещать магазины, кино, ездить на различных видах общественного транспорта. Ранняя реабилитация

недоношенных облегчается при выхаживании с применением метода «кенгуру». В роли «кенгуру» могут быть не только мама или папа, но и другие члены семьи, в том числе и старшие братья и сестры, если их присутствие не противоречит внутреннему распорядку.

Вывод. Результаты проведенного исследования показали, что своевременное проведение профилактических мероприятий, контроль со стороны участковых врачей, направленных на устранение фоновых заболеваний, приводит к нормальному физическому и нервно-психическому развитию недоношенных детей.

УДК: 616.12

Ф.Н. ЕРМУХАНОВА

СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА

Консультативно-диагностический центр, Актобе

Миокардиты классифицируются как идиопатические более чем в 50% случаев, когда не установлена причина заболевания. Диагноз установить сложно из-за вариативности клинической картины, также сложно выявить причину заболевания из-за ограниченности лабораторных исследований. Лечение проводится специфическое, если установлена причина, либо симптоматическое. Прогноз заболевания определить очень сложно, зависит от больного и от этиологического фактора. Очевидно, что вопросов больше, чем ответов. Ниже приведен случай идиопатического миокардита. Больная Л., 43 лет, обратилась на 10 день заболевания с жалобами на массивные отеки на нижних конечностях, передней брюшной стенке, перебои в области сердца, незначительную одышку при физической нагрузке. Начало заболевания ни с чем не связывает, отмечала в течение первых двух дней субфебрильную температуру, резкую слабость, сердечные боли по типу стенокардии в межлопаточной области, за грудиной, сильные головные боли. На 5-й день появились слабовыраженная одышка, боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи, не купировавшиеся приемом маалокса. На восьмой день появились отеки. Прием токсических препаратов, перенесенные инфек-

ционные заболевания, наличие заболеваний сердца, эндокринных нарушений отрицает. При осмотре обращает на себя внимание выраженные отеки на нижних конечностях, передней брюшной стенке, тоны сердца ритмичные, шумов нет, акцент II тона на легочной артерии, АД 90/60 мм рт ст, ЧСС 88 ударов в минуту. Печень не увеличена. На ЭКГ – синусовый ритм, отклонение электрической оси вправо, выраженные диффузные изменения. На ЭхоКГ – расширена полость правого предсердия, трикуспидальная регургитация 3 степени, легочная гипертензия 1 степени, незначительная сепарация листков перикарда. В ОАК повышена СОЭ 20 мм/ч. Результат суточного мониторирования ЭКГ: транзиторная форма АВ-диссоциации с частичными желудочковыми захватами, желудочковая экстрасистолия 5 градации по Лаун. Исследований для выявления возбудителей не проведено. Было принято решение о симптоматической терапии. Отеки быстро купированы малыми дозами тиазидового диуретика, назначен биспролол в начальной дозе 1,25 мг/сутки, постельный режим. Через месяц помимо клинического улучшения, на ЭКГ отмечена положительная динамика.

УДК 616.8-07-08-0532

Л.М.ЕСБАТЫРОВА, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.Н.АРЗУОВА, Т.П.ОСТРЕЦОВА

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Территориальный Лекарственный Информационный Центр

АОФ «Республиканского центра развития здравоохранения» МЗ РК, Актобе

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

На основании международных стандартов диагностики заболеваний нервной системы у детей реально существующими признаются: ДЦП, мышечная гипотония, умственная отсталость и гидроцефалия. Однако в повседневной практике педиатров и детских невропатологов превалирует диагноз доброкачественной внутричерепной гипертензии у детей всех возрастов, что приводит к назначению и проведению активного лечения в стационаре и поликлинике. Нами проведен анализ статистических данных, предоставленных АОФ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, из которых диагноз неврологиче-

ских заболеваний был выставлен у 2371 детей, выписанных из стационара в течение 2011 г., что составило 9,67 % от общего числа пролеченных больных, из них у 411 (17,33 %) был выставлен диагноз: внутричерепная гипертензия (ВЧГ/ G 93.2). Между тем, частота встречаемости идиопатической (доброкачественной) внутричерепной гипертензии 1-2 на 100 000 тыс. населения.

Диагноз часто ставится на основании таких симптомов, как: дрожание рук или/и подбородка при плаче, большой или маленький размер родничка, запрокидывание головки назад во время плача, вставание на

носочки во время положения опоры, скрещивание ножек при положении опоры, гипотония, излишне сильный плач, срыгивание, вздрагивание во время сна, вздрагивание во время сна, гиперактивность, головные боли, головокружения, носовые кровотечения.

Заблуждением является также: применение ЭхоЭГ «для определения ВЧД», т.к. оценка давления с помощью ЭхоЭГ принципиально невозможно, электроэнцефалографии (ЭЭГ), реоэнцефалографии (РЭГ), а также использование таких шарлатанских методик, как «диагностика» по Фоллю, Накатани.

Дети, которым поставлен диагноз: ВЧГ получают активную терапию, в которую включены от 5 до 12 препаратов одновременно. Наиболее часто дети получают: дегидратационную терапию (диакарб), сульфат магния, иногда маннитол, инфузионная терапия (ГОМК, реополиглюкин, гидрокарбонат натрия, глюко-

зу, аскорбиновую кислоту, кокарбоксилазу, гемодез), седативные (бромид натрия, радедорм, седуксен/диазепам), витамины В1, В6, В12, актовегин, цебребролизин, энцефабол, танакан, циннаризин, пирацетам, кортексин, при этом практикуются внутривенное и внутримышечное введение многих препаратов.

Большинство этих препаратов не соответствуют принципам доказательной медицины, так как по ним не проводились достоверные клинические исследования, и они широко применяются только на постсоветском пространстве.

Гипердиагностика и используемое лечение могут нанести непоправимый вред ребенку, избежать этого возможно, используя стандарты диагностики и лечения, основанные на принципах доказательной медицины.

УДК 616.233-002: 615/281-0532

Л.М.ЕСБАТЫРОВА, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.Н.АРЗУОВА, Т.П.ОСТРЕЦОВА, Л.В. ДОЛотова

ОШИБКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Территориальный Лекарственный Информационный Центр
АОФ «Республиканского центра развития здравоохранения» МЗ РК, Актобе

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Нерациональное назначение антибиотиков при заболеваниях органов дыхания является очень распространенным явлением среди врачей, особенно на уровне ПМСП.

Одной из причин формирования антибиотикорезистентности является необоснованное назначение антибиотиков при ОРВИ, которые в 95 % случаев вызываются вирусами. Антибиотики назначаются при симптомах ринита, фарингита, острого трахеита, бронхита, при наличии бронхообструктивного синдрома, с «профилактической целью».

Проведенное в 2011 г. исследование по рациональному использованию лекарственных средств (РИЛС) при участии консалтинговой компании Euro Health Group показало, что при проспективном анализе, проводимом во время приема врачей в апреле, антибиотики были назначены 22,7 % пациентам из числа всех обратившихся. При ретроспективном анализе медицинской документации назначение антибиотиков отмечалось в 40 % случаев (при всех заболеваниях). По данным Д.С. Нугмановой и соавт.(2002 г.) антибиотики при тонзиллитах, фарингитах, ринитах дети получили в 91 % случаев. По данным, полученным из выписанных карт стационаров города, 95 % детей, лечившихся по поводу заболеваний респираторного тракта, были назначены антибиотики. В поли-

клиниках инъекционные формы введения использовались в 35 % случаев, в стационарах антибиотики внутримышечно вводились 74 % детей.

Полученные данные свидетельствуют о том, что педиатры поликлиник и стационаров недостаточно ориентированы в вопросах рациональной антибиотикотерапии, а также о слабой работе формулярных комиссий медицинских организаций, призванных формировать лекарственную политику медицинских учреждений и контролировать рациональность использования лекарственных средств.

Развитие устойчивости к антибиотикам может привести к тому, что завтра мир вернется в «доантибиотиковую эру» и население земли окажется беззащитным против заболеваний бактериальной природы. В декабре 2010 г. членами CoRSUM – коалиции по Рациональному и Безопасному Применению Лекарств, членами которой являются Россия и Казахстан, приняты совместную Декларацию по сдерживанию развития антимикробной резистентности и рациональному применению антибиотиков, которая предлагает следующие меры необходимо установить строгий контроль за применением антибиотиков на всех уровнях, назначать антибиотики необходимо только исходя из принципов доказательной медицины.

УДК 618.4-036

С.М. ЕСЕНАМАНОВА

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА

Центр планирования семьи и репродукции человека, Актобе

Несмотря на то, что ВОЗ не рекомендует выделять группы риска, так как все беременности и роды требуют пристального внимания специалистов, в оте-

ственном здравоохранении этому вопросу уделяется огромное внимание. Особую роль в формировании группы высокого риска играет экстрагенитальная па-

тология, занимающая одно из лидирующих мест в структуре причин материнской смертности. Кроме того, экстрагенитальная патология приводит и к невынашиванию беременности, что в свою очередь увеличивает показатель перинатальной и младенческой смертности.

Цель данного исследования: анализ исходов беременностей и родов у 645 женщин из групп высокого риска, направленных в Центр планирования семьи и репродукции человека.

У 81,8% женщин риск был обусловлен экстрагенитальной патологией. По частоте на первом и втором месте были заболевания эндокринной и сердечно – сосудистой системы, на долю которых пришлось почти 85%, затем шли заболевания дыхательной и мочеполовой систем, наиболее редко встречались заболевания ЖКТ - менее 2%. По решению ВКК в 6,3% случаях беременным произведен аборт по медицинским пока-

заниям. Еще у 3,5% женщин высокого риска беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. В 2% случаев в связи с возникшими осложнениями беременность прервана в сроке свыше 22 недель. Частота самопроизвольных преждевременных родов составила 7,9%, в общей популяции (по области) она составила по итогам прошлого года 4,3%. Остальные 80,3% беременностей завершились срочными родами. Частота кесарева сечения в группе риска составила 21,5%, в целом по области показатель оперативного родоразрешения составляет 10,9%. Случаев материнской смертности не было. Перинатальная смертность составила 21,5 промилле, тогда как областной показатель равен 13,5‰.

Таким образом, беременные высокого риска представляют постоянную угрозу негативных исходов беременности и родов и требуют пристального внимания, в том числе вне беременности.

УДК 618.174:615.03

С.М. ЕСЕНАМАНОВА

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

По данным медицинской литературы одним из современных методов профилактики гипотонического кровотечения в группах риска является применение дорогостоящего синтетического аналога окситоцина - Пабала.

Цель исследования: оценка эффективности применения препарата Пабал для профилактики кровотечения при родоразрешении кесаревым сечением (в сравнение с окситоцином).

Обе группы были сопоставимы по возрасту, методу обезболивания, длительности и технике операций; у всех женщин в анамнезе одни оперативные роды. После введения препарата пабал, матка визуально сокращается значительно, интраоперационная кровопотеря 450 ± 25 мл против 650 ± 65 мл, процесс инволюции матки, оцененный ультразвуковым исследованием на 3 сутки после операции, так же более выражен, особенно уменьшение передне – заднего размера матки ($p < 0,05$).

В группе, где профилактика проводилась окситоцином, у 20% родильниц имело место снижение тонуса матки (у двух - в течение первого часа после операции с выделением сгустка 80 и 100 мл, еще у двух - на 3 сутки после операции при ультразвуковом исследовании диагностирована гематометра), скорректированные дополнительным введением окситоцина.

Ни в одной группе не было значимого кровотечения, снижения гемоглобина и случая субинволюции матки. Все родильницы были выписаны на 7 сутки после операции.

Таким образом, препарат пабал несмотря на то, что является более сильным утеротоником и позволяет уменьшить интраоперационную кровопотерю, не имеет явных клинико-экономических преимуществ в сравнение с окситоцином (возможно, что это заключение обусловлено небольшим количеством исследования).

УДК 616-08-039.71

С.М. ЕСЕНАМАНОВА, Д.М. КОЖАНОВА, Н.Р. ЗАКИРЖАНОВА

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И ПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Центр планирования семьи и репродукции человека, Актобе

Цель настоящего исследования: анализ особенностей организации репродуктологической помощи женскому населению области.

Первой особенностью является наличие в области Центра планирования семьи и репродукции человека (ЦПС и РЧ есть только в гг. Актобе и Алматы), являющегося организационно – методическим координатором по оказанию всей акушерско – гинекологической помощи населению областного центра. При центре работает ВКК областного уровня, т.е. в области централизовано решение вопросов прерывания бере-

менности по медицинским и социальным показаниям (этого нет практически ни в одной области). В структуру Центра входит медико – генетическая консультация, где проводятся все виды диагностики наследственной и генетической патологии плода. Вторая особенность - обеспечение акушерско – гинекологической помощи населению профессорско – преподавательским составом ЗКГМУ им. М. Оспанова: организованы постоянные консультативные приемы беременных групп высокого риска сотрудниками кафедр; в стационарах областного центра лечебной работой руко-

водят заведующие кафедр; за каждым районом закреплены кураторы из кафедр акушерского и педиатрического профилей. С целью повышения качества медицинских услуг Больница скорой медицинской помощи специализирована для госпитализации беременных, рожениц и родильниц при «остром животе» и наличие тяжелой и среднетяжелой экстрагенитальной патологии. Областной перинатальный центр специализирован по ведению преждевременных родов.

УДК 616-053.2-082

С. М. ЕСЕНАМАНОВА, Е.Н. САМБЕТОВ, Г.М. ДЖУНЕРБАЕВА

РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, ИТОГИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, ЧМУ «Саяжан», Актобе

Цель данного исследования: оценка результатов внедрения регионализации перинатальной помощи и эффективных перинатальных технологий по итогам работы городского роддома второго уровня ЧМУ «Саяжан» за период 2007 -2011 годы.

Анализ перинатальной смертности учреждения позволил четко разделить период до и после внедрения регионализации перинатальной помощи, показатель перинатальной смертности за анализируемый период снизился с 14,5 промилле до 3,7 в 2010 и 4,5 промилле в 2011 годах. Мертворождения снизились с 8,2‰ до полного отсутствия в 2010 году и 1,5‰ промилле (2 случая) в 2011 году, причем оба мертворождения были обусловлены дефектами работы антенатальных служб и скорой помощи: роженицы доставлены в потугах с мертвыми плодами в учреждение 2 уровня (патологоанатомическое исследование подтвердило антенатальную гибель и мацерацию плода в обоих случаях). Показатель интранатальной гибели плода отражает в большей степени правильность ведения

Комплексный подход к охране репродуктивного здоровья (организация кабинета консультирования семейных пар и планирования семьи, в т.ч. в ЗАГСе, создание Молодежного Центра охраны здоровья и централизация репродуктологической помощи бесплодным семьям при ЦПС и РЧ, активное вовлечение неправительственных организаций) позволяет создать медико – социальное сопровождение семьи в реализации фертильной функции.

родов, хотя и связан с индексом здоровья женщины. За последние 2 года (2010,2011 гг) благодаря внедрению регионализации перинатальной помощи и обучению всех специалистов на тренингах, случаев интранатальной гибели в учреждение нет.

Ранняя неонатальная смертность снизилась с 6,3‰ в 2007 году до 3,0‰ в 2011 году, в основном за счет отсутствия недоношенных детей. Причиной смерти новорожденных во всех случаях, имевших место в 2011 году стали врожденные пороки развития (верификация 100%), которые не диагностированы антенатально. То есть, в случае своевременной антенатальной диагностики пороков развития плода, эти роды должны были быть в учреждениях 3 уровня

Таким образом, внедрение и четкое соблюдение регионализации перинатальной помощи и эффективных перинатальных технологий снижает риски в учреждениях второго уровня и позволяет перераспределить кадровые и материальные ресурсы в регионе.

УДК 615.477.85.843:616-089.819.843-08

Д.Б. ЕСЕНБАЕВ

ЗОНД ДЛЯ ЭНДОГАСТРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЭТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АНАСТОМОЗИТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В нашей клинике с целью профилактики и лечения послеоперационных анастомозитов желудочно-кишечного тракта, эндогастрально применяли ПЭТ малой силы на область анастомоза. В качестве источника постоянного электрического тока малой силы, использовался стационарный аппарат ПЭТ-С-100 со шкалой амперметра от 1 до 100 мкА.

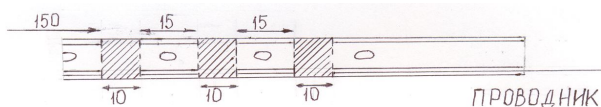


Рисунок. Схема устройства зонда-электрода

Для более эффективного и комфортного применения постоянного тока сотрудниками нашей кафедры разработан зонд, который использовали в качестве положительного электрода. Зонд представляет собой двухпросветную полихлорвиниловую трубку длиной

около 1,0 метра, диаметром 0,8 см. На дистальном конце зонда расположены три кольца-электрода из нержавеющей стали 1,0 x 0,1 см., по наружному диаметру на 15,0 см. от края, которые соединены между собой проводником (Рис.). Далее проводник проходит во внутреннем просвете зонда до проксимального его конца. Расстояние между металлическими кольцами составляет 1,5 см., из расчета, что одно кольцо будет находиться на линии анастомоза, другие два по обе стороны от него.

Таким образом, конструкция зонда позволяет использовать его как назогастральный зонд для эвакуации желудочного содержимого, а также как электрод для подключения ПЭТ. С целью проведения профилактических сеансов терапии ПЭТ, разработанный нами зонд, устанавливался интраоперационно в желудок центральным кольцом к линии анастомоза и подключался к положительному электроду источника ПЭТ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНВАНЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

ГКП Больница скорой медицинской помощи, Актобе

Выбор рациональной антибактериальной терапии внебольничной пневмонии является залогом благоприятного исхода заболевания, что особенно актуально при лечении ее тяжелых форм. Многообразие возбудителей, наличие сочетанной инфекции, рост числа резистентных штаммов, формирование гиперчувствительности к антибиотикам пенициллинового ряда требует назначение препарата с широким спектром действия и высокой биодоступностью.

Цель исследования: изучение эффективности препарата «Инванз» (MSD) при лечении внебольничной пневмонии тяжелого течения в условиях отделения интенсивной терапии.

Материалы и методы: Проведено лечение 12 больных с внебольничной пневмонией тяжелой степени, из них 7 мужчин (58,3%) и 5 женщин (41,7%). Средний возраст – 42 года. Основной диагноз подтвержден рентгенологическим методом, возбудители верифицированы бактериологическим посевом мокроты. В 76% случаях выделен *Streptococcus pneumoniae*. Назначался

инванз в дозе 1 г/сут в виде внутривенной инфузии по инструкции в течении 7 дней. Побочного действия препарата не наблюдалось.

Результаты лечения: у всех больных отмечалось клиническое улучшение состояния на 2-3 сутки в виде снижения температурной реакции, уменьшения одышки, тенденции к купированию симптомов интоксикации. Положительная динамика наблюдалась в результатах инструментальных методов исследования (рентгенологических, лабораторных, бактериологических). Раннее улучшение состояния способствовало сокращению длительности пребывания больных в отделении интенсивной терапии в среднем на 2 дня, что подтверждает экономическую целесообразность применения данного препарата.

Выводы: применение препарата инванз является доступным, безопасным и высокоэффективным методом лечения внебольничной пневмонии тяжелой степени.

УДК 615.859

А.Б. ЕСЕНЖУЛОВА

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В СТАЦИОНАРЕ

ГКП Больница скорой медицинской помощи на ПХВ, Актобе

Одной из важных целей системы менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда является снижение ущерба здоровью и жизни работника на основе управления рисками. Начальным этапом управления рисками является проведение их оценки, которая включает: выявление опасностей, определение возможных ущербов здоровью, вероятностей их наступления, проведение расчета значения показателя рисков. Для этого необходимо создать в организации систему управления рисками, при этом ответственность по обеспечению безопасности возлагается на персонал всех уровней. Администрация и руководители структурных подразделений осуществляют мероприятия по идентификации опасностей, оценке рисков, по сокращению рисков в учреждении, мониторинг выполнения целевых показателей в области охраны труда. В стационаре регламентированы процедуры для постоянной идентификации опасностей, оценки рисков и определения мер управления рисками, также приняты меры по сокращению рисков: устранение, замена, технические меры, администра-

тивные меры управления; средства индивидуальной защиты. При идентификации опасностей в области охраны труда определяются прямые и косвенные опасности. Прямые опасности связаны с персоналом лечебного учреждения; оборудованием; материалами и веществами, используемыми в лечебно-диагностическом процессе; состоянием производственной среды; средствами защиты работников. Косвенные опасности связаны с деятельностью поставщиков; посетителями учреждения. Целевые показатели направлены на снижение уровней потенциальных рисков; предупреждение возникновения аварийных ситуаций; постоянное улучшение условий труда работников; предупреждение несчастных случаев на рабочем месте и профессиональных заболеваний; создание условий для повышения компетентности и осведомленности работников учреждения. Таким образом, идентификация и оценка потенциальных рисков необходимы для оптимизации управления деятельностью лечебного учреждения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГКП Больница скорой медицинской помощи, Актобе

Бронхиальная астма часто сопровождается рецидивирующими хроническими очагами бактериальной, грибковой, вирусной инфекции верхних дыхательных путей, осложняющей течение основного заболевания. При этом возникает необходимость коррекции стандартной схемы лечения для повышения ее эффективности. Цель исследования – изучение влияния иммуномодулятора полиоксидония на клинические проявления и динамику показателей иммунного статуса у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести. Материала и методы – проведено лечение 42 больных бронхиальной астмой среднетяжелого течения в сочетании с очагами хронической инфекции в виде синуситов, хронического тонзиллита, кандидоза ротовой полости, подтвержденных рентгенологическими и бактериологическими методами исследования. Результаты исследования – больные разделены на две группы: первая контрольная группа (n=20) получала стандартную базисную терапию, вторая (n=22) на фоне базисной терапии получала полиоксидоний по бмг один раз в сутки в/м в первые 3 дня ежедневно,

затем через день, всего на курс 5 инъекций. При этом побочного действия данного препарата не наблюдалось. По результатам клинико-лабораторных методов у лиц, получавших полиоксидоний отмечалась положительная динамика: уменьшение частоты и тяжести дневных приступов удушья, улучшение ночного сна, пиковая скорость выдоха увеличилась в 2,6 раза, снизилась потребность в β -агонистах короткого действия до 2 раз/сут, в 3 раза снизилась суточная доза беклазон-эко до 500 мг/сут; показатели СД3, СД4, СД8 в среднем возросли на 15%, улучшился иммунорегуляторный индекс на 32%, процент фагоцитоза возрос в 2 раза по сравнению с исходным уровнем, отмечено снижение уровня IgE до 204ме/мл (до лечения IgE до 224,6ме/мл). В контрольной группе изменение исследованных показателей было недостоверно. Выводы: Полиоксидоний за счет активизации Т-клеточного и фагоцитарного звена иммунитета повышает эффективность базисной терапии у больных бронхиальной астмой.

УДК 616.24.951.21-073.75-089

Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, М.М. СУНДЕТОВ, М.М. БАТЫРХАНОВ, П.П. ЛУКЬЯНЧЕНКО, Н.С. ЖАРЫЛКАПОВ,
А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Н.А. ЖУНИСОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА С РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы

В основу работы положено исследование результатов хирургического лечения 38 больных с сочетанным эхинококкозом легких, средостения, диафрагмы и забрюшинного пространства. В этой группе имели место следующие демографические показатели: 20 (52,6%) мужчин и 18 женщин (47,4%). У больных с сочетанным эхинококкозом легких, средостения, диафрагмы и забрюшинного пространства тактика лечения была единая, независимо от характера поражения сторон, им всем была произведена одноэтапная последовательная эхинококкэктомия из легких, средостения, диафрагмы и забрюшинного пространства. Показанием к оперативному вмешательству явилось: их анатомическая близость в пределах одной полости организма и техническая возможность удаления из одного хирургического доступа. У девяти больных интраоперационно выявлено обширное поражение перикарда, возможно, связанный с предшествовавшим прорывом кисты в полость перикарда. Одним из тяжелых осложнений является вывих сердца в образовавшийся после операции дефект перикарда. Проблема закрытия дефекта перикарда, возникавшая при резекции перикарда, решалась путем использования собственных тканей, перемещением

лоскута из сухожильной части диафрагмы. При этом удавалось ликвидировать послеоперационный дефект перикарда без особых технических трудностей и без развития в послеоперационном периоде вывиха сердца. Для удаления эхинококковых кист легких и переднего средостения при выполнении оперативного вмешательства из продольной стернотомии широко вскрывали плевральную полость на стороне поражения. После мобилизации участка легкого, содержащего паразитарную кисту, ревизии и отграничения салфетками от окружающих тканей производили эхинококкэктомию из легких и переднего средостения. Одному больному выполнена реторакотомия, остановка кровотечения на первые сутки после вмешательства по поводу эхинококкоза средостения и легкого. Рецидив заболевания в различные сроки после удаления эхинококковых кист имело место у 5 больных (13,1%) в сроки от 1 года 3 месяцев до 5 лет после операции.

Таким образом, способ пластики перикарда лоскутом диафрагмы при хирургическом лечении сочетанного поражения эхинококкозом легких и средостения, позволяет провести адекватную эхинококкэктомию и предупредить вывих сердца в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы

Обследовано 89 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи. Среди них были 41 женщина (46%) и 48 мужчин (54%) в возрасте от 5 до 65 лет. Из них 17 (19%) составили дети. Основную возрастную группу составили пациенты 21-45 лет.

Патологические изменения трахеи были связаны с длительной интубацией, трахеостомией или возникли в результате бытовых и транспортных травм, а также последствия аспирации инородных тел. Оперировано было 83 пациента, при этом эндоскопические вмешательства в качестве самостоятельного способа лечения рубцовых стенозов трахеи были применены в 31 (37%) случаях. У 52 (63%) пациентов были осуществлены радикальные операции на трахее наружным доступом. Циркулярная резекция пораженного участка с анастомозом «конец в конец» была проведена на 5 пациентам (6%), у которых стенозы были непряженными, не более 5-6 колец. Однако такая операция, особенно при наличии хондроперихондрита или гнойного трахеобронхита, являлась технически сложной и опасной. У 37 (45%) пациентов операции выполнялись открытым шейным доступом. Производилась трахеотомия на уровне выявленного ранее стеноза с

учетом оптимальных хирургических манипуляций и возможных при этом осложнений.

Реканализация трахеи осуществлялась путем электроэксцизии рубцовых стриктур и диатермокоагуляции грануляций или мягких тканей, перекрывающих просвет. Для сохранения восстановленного просвета производилось протезирование трахеи Т-образной трубкой на длительный срок, также двум пациентам проведены стентирования трахеи линейным эндостентом. После формирования достаточного просвета дыхательного пути после удаления эндопротеза важным моментом являлась ликвидация дефекта. При небольших дефектах и глубоком просвете дыхательного пути производилось пластическое закрытие прилежащими местными тканями. При устранении больших дефектов трахеи использовали опорную ткань – реберный ауто- или гомохрящ.

Стенозирующие заболевания трахеи требуют многоэтапных реконструктивно-пластических операций и для достижения стойкого клинко-функционального эффекта требуется проведение комбинирования эндоскопических и открытых методов хирургического лечения, что позволяет достигнуть стойкого эффекта восстановления просвета в 78,9% случаев.

УДК 616.24:616125.3-0.89

Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, П.П. ЛУКЪЯНЧЕНКО, М.М. БАТЫРХАНОВ, М.М. СУНДЕТОВ,
Н.С. ЖАРЫЛКАПОВ, Н.А. ЖУНИСОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы

В АО «ННЦХ им. А.Н.Сызганова» за последние 5 лет прошло лечение 70 больных в возрасте от 2 до 16 лет с различными формами деформаций грудной клетки. Мальчиков было 53, а девочек - 17. Основная возрастная группа - пациенты 8-12 лет. Сочетанная органическая патология выявлена у 23 (33%) больного из 70. Так в 8 (11%) случаях диагностированы пороки сердца, у 13 (19%) больных выявлены хирургические заболевания легких и у 2 (3%) - гипоплазия грудной железы. В остальных 47 (67%) случаях имела место изолированная деформация грудной клетки. Надо отметить, что воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) встречалась чаще, чем килевидная, в соотношении – 52 и 18, а в группе с сочетанной патологией соответственно - 20 и 3.

Объективная оценка функционального состояния пораженных органов позволила нам избрать тактику одномоментной их коррекции и деформации грудной клетки. С этой целью, коррекция порока сердца производилась продольным стернотомическим доступом, а

легких – путем разработанной нами методики передней торакотомии. Коррекция ВДГК по методике Урмонаса-Кондрашина произведена 12 больным, по разработанной нами методике со стабилизацией грудинно-реберного комплекса по Палтия – 30, по методике Наса – 10. Килевидная деформация грудной клетки во всех случаях устранена по модифицированной нами методике Равича. Интраоперационно у одного больного имело место ятрогенное повреждение межреберной артерии, у 2 – повреждение медиастинальной плевры. В послеоперационном периоде у 2 больных наблюдали картину экссудативного плеврита и у 1 - частичный пневмоторакс с противоположной стороны вмешательства, у 2 – серома операционной раны. Таким образом, больных деформацией грудной клетки необходимо комплексно обследовать с целью выявления сочетанной патологии. Одномоментные сочетанные операции у данных больных должны выполняться в специализированных клиниках высококвалифицированными хирургами.

ТОНЗИЛОГЕНДІ ИНТОКСИКАЦИЯ

Обылыстық клиникалық ауруханасы, Атырау

Созылмалы тонзиллиттің диагностикасы мен емі қазіргі таңда оториноларингологияның күрделі де өзекті мәселесі қатарына жатады.

Бұл проблеманы зерттеп тексеру аурудың жие кездесетіндігінде ғана емес сонымен қатар созылмалы тонзиллиттің фоны мен асқыну кезінде кездесетін жергілікті және жалпы асқынулардың пайда болу мүмкіндігі болып отыр.

Осыған орай созылмалы тонзиллиттің декомпенсация дәрежесіне объективті баға бере білу керек.

Жасы 17 бен 35 аралығындағы 121 науқас біздің тексеруімізден өтті. Созылмалы тонзиллит диагнозы шағымы, ауру трихы, жергілікті белгілерге негізделіп, тонзиллиттердің клиникалық классификациясына сәйкес қойылды.

Осы науқастардың 89 созылмалы тонзиллиттің компенсаторлы түрі кездесті, ал 32 науқаста созылмалы тонзиллиттің декомпенсаторлы түрі кездесті.

Науқастардың негізгі шағымы: тамағының әлсін әлсін ауруы, тамағында дискомфорт сезіну, тұрақты

түрде аузынан жағымсыз иістің болуы, еңбекке жарамдылығының төмендеуі, жие және ұзақ болатын субфебрилитет, жақ асты лимфа түйіндерінің ұлғаюы, жие басының ауруы, жүрек тұсының ауруы, буындарының ауруы, тез шаршау.

Фарингоскопия кезінде барлық науқастың доғаларынан созылмалы тонзиллитке тән белгілерді, бадамша безінде казеозды тығындар мен іріңді бөліністерді көрдік. Емдеу тактикасын созылмалы тонзиллиттің түріне қарап таңдадық. Компенсаторлы түрінде кешенді консервативті емжүргізілсе, ал декомпенсаторлы түрінде екі жақты тонзилэктомия жасалды.

Созылмалы тонзиллиттің компенсаторлы түрімен ауыратын науқастар ішінде аурудың рецидиві, баспамен, паратонзиллитпен ауру жие байқалып тұрды, бұл көрініс эндотоксикозбен байланысты. Сондықтан, емдеу шараларының әдісі мен көлемін дұрыс таңдау аурудың қайталануының және асқынуының алдын алу шарасы деп қарау керек.

УДК 616.12-008.1:615.03

Г.Р. ЖАКИЕВА., В.Г. ФЕОКТИСТОВ, Т.Ж. АЛДАШЕВА, Г.Н. КУРМАНГАЛИЕВА

ВЫБОР БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Сердечная недостаточность характеризуется высокой заболеваемостью и смертностью, поражающая около 1-2% общей популяции. Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) являются важным классом лекарственных средств, которые не только корректируют артериальное давление, но и оказывают благоприятное влияние на клинический исход хронической сердечной недостаточности (ХСН). Эти препараты имеют хороший профиль переносимости, безопасности и удобны при применении пациентам хронической сердечной недостаточностью.

Цель: определить сравнительную эффективность применения кандесартана и эналаприла у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: проведено исследование в амбулаторных условиях у 45 больных с хронической сердечной недостаточностью. Средний возраст пациентов составил 63 года, большинство были мужчины с ишемической болезнью сердца (ИБС), преимущественно с ХСН средней степени. В основную группу включены 23 больных получавших кандесартан (8 мг в

сутки); во вторую контрольную группу 22 больных, принимавших с эналаприл (10 мг дважды в сутки) в течение 12–14 недель.

Результаты исследования и обсуждение: В результате исследования кандесартан по сравнению с эналаприлом улучшал клинические симптомы и переносимость физической нагрузки. Частота побочных явлений не увеличивалась даже при применении самых высоких доз кандесартана по сравнению эналаприлом. Общей сложности у 9% пациентов второй группы выявлена непереносимость эналаприла, главным образом из-за кашля и артериальной гипотензии. Кандесартан ассоциировался со снижением частоты обострения ХСН (уменьшение одышки, повышение толерантности при физической нагрузке).

Заключение: таким образом, установлено, что у пациентов с сердечной недостаточностью кандесартан оказывает благоприятное влияние на выживаемость пациентов и обеспечивает долгосрочный положительный прогноз.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Проблема лечения калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, связана, прежде всего, с ростом заболеваемости и его осложнений. Внедрение эндоскопических и лапароскопических методов в корне изменили как характер оперативных вмешательств, так и хирургическую тактику при калькулезном холецистите, осложненного холедохолитиазом.

Цель исследования - изучить возможности комбинированных малоинвазивных методик (эндовидеохирургии и эндоскопии) в лечении больных холедохолитиазом.

Материал и методы. В период с 2010 г. по 2012 г. в клинике кафедры хирургических болезней № 2 ЗКГМУ им.Марата Оспанова нами обследовано 55 больных в возрасте от 43 до 78 лет, оперированных по поводу осложненных форм желчнокаменной болезни. Женщин было 35(63,6%), мужчин – 20(36,4%) человек.

23 больным с относительными противопоказаниями к лапароскопической и эндоскопической операциям, выполнена традиционная холецистэктомия, холедохотомия, удаление камней и пр. Все операции завершены различными методами наружных и внутренних дренирований общего желчного протока

Для разрешения холестаза и холангита, с целью проведения в дальнейшем видеолапароскопического

вмешательства, направленного на устранение холедохолитиаза, как первый этап операции 32 больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкрементов из холедоха.

Через 5-7 дней после предварительной хирургической коррекции – декомпрессии желчных путей с помощью эндоскопической папиллотомии производили лапароскопическую холецистэктомию. У 2 - литоэкстракция после ЭПСТ не удалась. Эти больные были оперированы традиционным путем, из просвета холедоха удалены конкременты размерами 3,5х3,0 см, также 2 больных с тяжелыми заболеваниями сердца, с выраженной дыхательной недостаточностью и ожирением IY степени – холецистэктомию лапаротомным доступом. Конверсия потребовалась у 1 больного с выраженной инфильтрацией в области ворот печени.

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложненных форм калькулезного холецистита с применением эндоскопической папиллосфинктеротомии (у 27 больных) и без предварительной декомпрессии (28) показал, что при двухэтапной хирургической коррекции патологических изменений желчного пузыря и желчных путей, количество послеоперационных осложнений снизилось почти в 2 раза.

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПОВЕРХНОСТНОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Острый поверхностный тромбофлебит нижних конечностей в 30-50% случае осложняет течение варикозной болезни и в случае восходящего процесса требует экстренного оперативного лечения.

Данное сообщение основано на результатах обследования и лечения 115 больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей в возрасте от 20 до 82 лет, находившихся на лечении в клинике кафедры хирургических болезней №2 ЗКГМУ им.М.Оспанова за период с 2004 по 2011 годы.

По данным ультразвукового дуплексного сканирования проксимальная граница определялась в области голени и нижней трети бедра у 74 больных (64,3%), в средней трети бедра – у 28 больных (24,4%), в верхней трети бедра – у 13(11,3%), из которых у 7 больных флотирующий тромб достигал сафено-фemorального соустья, а в 2 случаях тромб находился в просвете бедренной вены. Соответственно расположению тромба консервативное лечение проводилось 74 больным, однако у 8 больных отмечено прогрессирование тромботического процесса, поэтому оперированные в срочном порядке.

Показанием к экстренному оперативному лечению служили локализация тромба на уровне средней трети

бедр и выше. Оперативные вмешательства были выполнены у 41 больного, из них у 36 - кроссэктомию и классический стриппинг, у 5 – только кроссэктомию из-за позднего срока беременности (3) и тяжелого сопутствующего заболевания (2). В случае локализации тромба в сафенофemorальном соустья (7) и в просвете бедренной вены (2) предварительно выделяли наружную подвздошную вену, затем проксимальнее тромба накладывали страхующий турникет и тромб удаляли из бедренной и подвздошной вен через сафенофemorальное соустья.

В послеоперационном перитоните проводилась антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами (фраксипарин или клексан 7-10 дней), применялись флебопротекторы (детралекс, флелебодиа), дезагреганты (курантил, тромбо-асс), антибиотики в течение 7 дней, эластическая компрессия трикотажем II класса компрессии.

У оперированных больных осложнений в раннем послеоперационном периоде и за 6 месяцев наблюдения отмечено не было.

Таким образом, у больных с острыми поверхностными тромбофлебитами нижних конечностей с локализацией тромба на уровне средней трети бедра и

выше необходима активная хирургическая тактика – экстренное оперативное лечение, что позволяет эффективно предотвращать переход тромботического

процесса в систему глубоких вен и развитие тромбоза легочной артерии.

УДК 616-089.5:618.2

А.Т. ЖАНАЕВ

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ

Областной родильный дом, Атырау

Роль анестезиолога в современном акушерстве не ограничивается только ведением наркоза при кесаревом сечении и оказании неотложной медицинской помощи в ближайшем послеродовом периоде. В настоящее время произошли серьезные изменения в самом подходе к ведению родов, послеродового периода и многих других аспектах акушерской практики. Огромное внимание стало уделяться обезболиванию родов, и анестезиолог при этом играет ключевую роль. Кроме того, постоянно увеличивается количество рожениц с сопутствующей экстрагенитальной патологией (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем), отмечается рост числа так называемых возрастных первородящих. Все эти факторы способствуют дальнейшему совершенствованию уровня оказания медицинской помощи в акушерстве и соответственно в области анестезиологии. В акушерской анестезиологии произошел целый ряд серьезных сдвигов, которые уже прочно вошли в практику анестезиологов.

Различные изменения, происходящие в организме женщины во время беременности оказывают самое серьезное влияние на анестезиологическую практику. В течение первых 5 недель гестации возрастает нагрузка на сердечно-сосудистую систему матери и

эти изменения продолжают в течение нескольких недель после родов. К моменту родов происходит увеличение сердечного выброса примерно на 40%, объем циркулирующей крови возрастает на 1200 мл, увеличивается органный кровоток, особенно в матке (600 – 800 мл/мин), в почках (400 – 500 мл/мин), отмечается снижение периферического сосудистого сопротивления с некоторым снижением артериального давления, особенно диастолического давления. Беременность повышает свертываемость крови и эмболия легочной артерии является одной из наиболее распространенных причин материнской смертности. Беременная женщина находится под угрозой венозного тромбоза как до, так и после родов. Факторами риска являются возраст, ожирение, множественные беременности, оперативное родоразрешение. Безопасность и здоровье плода в первую очередь зависит от состояния плацентарного кровотока. Причины повышенного риска общей анестезии во многом объясняются физиологическими изменениями во время беременности. Прежде всего, это повышенный риск аспирации желудочного содержимого, при этом частота трудных интубаций составляет до 1 на 250 – 300 случаев. Таким образом, региональная анестезия является методом выбора для операций в акушерской практике.

УДК 616-007:617-089.844-053.2

Б.С. ЖАНАЛИНА, Г.А. ОРАЛБАЕВА, Қ.И. АЖЕНОВА, Н.М. ЖАНҰЗАҚОВА, Н.Ж. ЖОЛДАСОВА

ЖОҒАРҒЫ ЕРІН МЕН ТАҢДАЙДЫҢ ТУА ПАЙДА БОЛҒАН ЖЫРЫҚТАРЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Жақ-бет аймағының даму ақаулары басқа туа пайда болған ақаулардың ішінен 3 орынды алады. Олардың ішінде ең кең таралғаны жоғарғы ерін мен таңдайдың туа пайда болған жырықтары. Қазақстан Республикасында жаңа туған нәрестелер арасында жоғарғы ерін мен таңдайдың туа пайда болған жырықтары таралуының эпидемиологиялық зерттеуі өткізілді. Орта есеппен 650 жаңа туған баланың біреуі бет аймағының жырығымен туылады. Жоғарғы ерін мен таңдайдың туа пайда болған жырықтары бар балалардың 80%-ы қосалқы патологиямен дүниеге келеді.

Ерін мен таңдайдың бітіспеуі бар балаларды емдеу проблемасы туылғаннан пайда болады және 15-18 жыл мерзімінде жалғасады; олар негізгі міндеттерді шешумен тығыз байланысты, оған тәжірибелі мамандардың командасы қатысуы қажет – стоматолог, жақ-бет хирургі, ортодонт, логопед, психолог, педиатр. Емдеуде әрбір маманның сабақтастығының жақсы механизмі кезінде, емдеу мен реабилитация сатыларының әрқайсысы қашан және не үшін жүзеге

асырылып отырғанын ата-аналардың түсінуі жағдайында ғана жақсы функциональды және косметикалық нәтижеге жету мүмкін. Жаңа туған нәрестелер мен 1 жас аралығындағы 25 балаға (олардың ішінде 10 – жоғарғы еріннің туа пайда болған жырықтары бар, 15 – қатты және жұмсақ таңдайдың туа пайда болған жырықтары бар балалар) ортодонтиялық емдеу өткізілді. Балаларды тексеріп, олардан қалып алынды. Қалып бойынша мүсін құйылып, obturator дайындалды. Ортодонтиялық аппаратты салудан бұрын альвеолярлы өсінді мен таңдай аймағында ақаудың арақашықтығы өлшенді. Бірінші қоректенуге дейін баланың ауыз қуысында бекітілген Г.Т. Шарованың ортодонтиялық преформациялық аппараты емшекпен қоректендіруді дұрыстауға, жоғарғы жақтың ажыраған бөліктерінің топографиясын дұрыс бағытта өзгертуге, альвеолярлы өсінді аймағында ақауды жоюға және оларды бір доғаға бекітуге, жырық мөлшерінің кішіреюіне мүмкіндік береді, бұл өз кезегінде ерте балалық жаста жақсы анатомиялық және функциональды нәтижелері бар

хейло-ураностафиллопластиканы өткізуге мүмкіндік береді.

Балада беттің көріксіздігін ерте жою ата-аналарда, содан кейін науқастың өзінде психикалық жарақатты басады, бұл мектепке дейінгі балалар мекемелерінде балаларды тәрбиелеуге және жеке

тұлғаның үйлесімді дамуы үшін қолайлы жағдайлар жасайды. Шайнау және сөйлеу аппараты мүшелерінің тұтастығын ерте қалпына келтіру дыбысты сөйлеудің қалыпты дамуы және балалардың жалпы білім беретін мектепте оқуы үшін жағдайлар жасайды, оларға балалық қуанышты қайтарады.

УДК 616.89-084:618.4

Г.Г. ЖАНБУСИНОВА

К ВОПРОСУ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ

Центр планирования семьи и репродукции человека, Актобе

Внедряемые в Казахстане новые акушерские технологии направлены на демедиализацию беременности и родов, в т.ч. отказ от различных «активных ведений» и возвращение к понятию «физиологические роды». По мнению современных исследователей, течение беременности и родов во многом зависит от психофизиологической адаптации женщины, которая зависит от многих факторов, в том числе от семьи и правильного медицинского участия, особенно в части познания особенностей, характерных для беременности и родов. В связи с этим в Центре функционирует школа матерей и отцов, в которую направляются беременные с городских участков.

Анализ работы школы показал возрастание популярности таких обучений, количество посещений школы увеличилось за последние 5 лет на 17%, в том числе за счет участия будущих отцов. Отрадно отметить, что 5 лет назад участие мужчин на занятиях было единичным, но в связи с внедрением в области партнерских родов увеличилось до 20%. В последний

год каждая 5 беременная посещавшая школу, хотя бы раз приходила с супругом. Наибольшей популярностью пользовалось занятие «Физиологическое течение родов, участие и роль партнера». К сожалению, случая постоянного участия будущего отца с посещением всех 5 занятий не было. Опрос показал, что число беременных, желающих партнерские роды, благодаря обучению увеличивается практически вдвое.

Анкетирование позволило определить следующие проблемы психопрофилактической адаптации беременных: а) роды оцениваются как риск для жизни, а не как физиологический процесс; б) почти половина беременных не желает видеть супруга в качестве партнера в родах; в) больше трети беременных указали, что в роддом пойдут без партнера; г) никто не посещал других видов дородового обучения, кроме этого; д) на участках психопрофилактические беседы ограничиваются ознакомлением с тревожными признаками беременности и списком для родов.

УДК 616.71-005

М.А. ЖАНУЗАКОВ, А.А. КУБЕГЕНОВА, А.С. АЯГАНОВА, М.М. КАГАЗБАЕВА

ЛЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Алматы

Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) занимает первое место в лечении как острого приступа, так и хронического подагрического артрита. В клинической практике часто возникают ситуации, когда констатируется неэффективность принимаемых пациентом НПВП.

Цель исследования: оценка эффективности мелофлама при остром и хроническом подагрическом артрите. Материал и методы. Для диагностики подагрического артрита использовались классификационные критерии диагностики подагры (S.Wallace с соавт., 1972). В исследование были включены 26 больных в возрасте от 35 до 79 лет. Особенностью подбора пациентов для исследования явилось включение в него больных с хроническим артритом (14 больных), полиартритом (12 больных), предварительно безуспешно лечившихся другими НПВП (9 пациентов). Мелофлам назначался внутрь по 7,5 мг/сут, при необходимости дозу повышали до 15 мг/сут, длительность терапии мелофламом зависела от динамики клинических про-

явлений. Для профилактики быстро наступающего в дальнейшем обострения у больных с затяжными рецидивами или хроническим течением артрита, был рекомендован 2-х недельный прием препарата. После окончания исследования выявлены те факторы, которые повлияли на длительность терапии. Ими оказались: длительно сохраняющийся артрит (более 1 мес), большее количество пораженных суставов (более 3), длительное течение болезни (более 10 лет) и высокая частота приступов за год (более 3-4). Таким образом, эти признаки могут использоваться для прогнозирования длительности курса у конкретного больного. Динамическое наблюдение показало быстрое наступление эффекта. Так, на 5-й день терапии отмечалось уменьшение воспалительных и болевых явлений не менее чем в 2 раза. У всех больных с острым артритом к 14-му дню и, что еще важнее, у всех больных с хроническим артритом к 21-му дню было достигнуто полное купирование симптомов заболевания.

ОСТЕОАРТРОЗ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Алматы

У терапевтических больных планирование тактики ведения определяется не только традиционной последовательностью «диагноз – лечение», но и сложной задачей выбора определенной группы лекарственных препаратов из арсенала патогенетических средств, так как опыт показывает, что у лиц пожилого и старческого возраста при обследовании обнаруживается от трех до пяти различных заболеваний, в том числе остеоартроз (ОА), остеопороз, сахарный диабет (СД), ИБС, артериальная гипертензия (АГ). Одной из частых клинических ситуаций у лиц в возрасте старше 50 лет является болевой синдром в суставах, обусловленный ОА, манифестация которого у больных в возрасте старше 60 лет проявляется в 80-90% случаев, при этом ОА является 2-й по частоте причиной инвалидизации после сердечнососудистых заболеваний.

Цель исследования: определение частоты ОА коленного сустава у больных терапевтического стационара. Материал и методы. Для выполнения цели было обследовано 1200 больных с различными соматическими заболеваниями (326 мужчин, средний

возраст которых составил $62,4 \pm 7,3$ года, и 874 женщины, средний возраст – $63,6 \pm 8,7$ года). Жалобы на боли в одном из крупных суставов (тазобедренном – 123 (10,3%) или коленном – 826 (68,8%)) предъявляли 75,1% (901 пациент), 63,1% из них отмечали утреннюю скованность, длящуюся не более 1 часа. Ограничение подвижности пораженного сустава и боль при ходьбе испытывали 54,3% больных. Средний бал болевого синдрома по индексу WOMAC составил $351,6 \pm 48,4$ мм, средний бал функциональной недостаточности – $946,7 \pm 37,8$ мм. Из 901 обследованного пациента, рентгенологические признаки ОА были обнаружены у 710 (59,2%) пациентов, причем у женщин несколько чаще, чем у мужчин. На основании клинических и рентгенологических признаков ОА был диагностирован в 783 (65,3%) случаях. Таким образом, наше исследование демонстрирует, что почти каждый второй больной с патологией внутренних органов имеет ОА, поэтому основной проблемой фармакотерапии ОА является рациональность и безопасность.

НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II У БОЛЬНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Алматы

При системной красной волчанке (СКВ) почки поражаются гораздо чаще, чем другие органы и системы, и соответственно во многом определяют прогноз заболевания. Примерно у 50-70% больных СКВ развивается волчаночный нефрит (ВН). Использование блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) при ВН для уменьшения внутриволчаночной гипертензии, одной из главных причин неиммунного прогрессирования нефрита, патогенетически целесообразно.

Цель исследования: оценка эффективности БРА эпросартана у больных ВН. Материалы и методы. Клиническая форма ВН выделялась согласно классификации И.Е.Тареевой (1995). В исследование было включено 17 больных активным ВН с мочевым синдромом, в лечении которых использовался преднизолон в поддерживающей дозе 10-15 мг/сут. Всем больным назначали эпросартан в дозе 300 мг однократно утром в течение 4 недель. Для оценки статистической значимости различий средних величин применяли t-критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты. Нефропро-

тективный эффект эпросартана оценивали на основании динамики креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), суточной протеинурии. При лечении эпросартаном через 4 нед отмечалось статистически значимое снижение суточной протеинурии (на 29% от исходной). Через 4 нед лечения констатировано статистически незначимое снижение креатинина (на 6,7%) и увеличение СКФ (на 9,2%). В указанные сроки наблюдения нами не выявлено отрицательного влияния эпросартана на фильтрационную функцию почек. В отличие от ингибиторов АПФ, препарат не вызывал уменьшения СКФ и соответственно повышения уровня креатинина в крови в первый месяц лечения, а через 1 месяц его применения отмечалось статистически незначимое увеличение СКФ. Таким образом, результаты нашего исследования, позволяют сделать вывод о нефропротективном эффекте эпросартана, которое определяется способностью корректировать внутрипочечную гемодинамику, снижать протеинурию и тем самым тормозить прогрессирование ВН.

АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗДЫ ЭЛОКОМ ПРЕПАРАТЫМЕН ЕМДЕУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Соңғы жылдары аллергодерматозбен (экзема, аллергиялық дерматит, есеюкем, қышыманың әртүрлі түрлері) зардап шегетін науқастардың көбейгені байқалды, олардың үлесіне барлық дерматоздардың 30% жуығы кіреді. Аллергодерматозбен зардап шегетін науқастарды емдеу көп жағдайда антигистаминді, гипосенсибилизациялаушы және иммуномодуляциялаушы препараттарды қолдану арқылы патогенетикалық негізделген әдістермен жүргізіледі, сонымен қатар кортикостероидты заттардың да маңызы аз емес. Топикалық глюкокортикостероидты мазьдерді ұзақ уақыт қолдану телеангиэктазия, тері атрофиясы, гипертрихоз сияқты жағымсыз әсерлер беретінін ескеру керек. Жергілікті глюкокортикоидтардың жүйелі әсерінің айқындылығы олардың тері жасушаларына таралуына, қанмен тасымалдануына және метабализм жылдамдығының интенсивтілігіне байланысты анықталады. Сыртқа қолданылатын глюкокортикоид препараттарын дұрыс таңдаудың маңызы зор. Бұл тұрғыда ең тиімді препарат өзінің ізашарларынан төмен сіңімділігі және химиялық құрамында фтор молекуласының болмауымен ерекшеленетін «Элоком» мазі болып табылады. Сонымен «Элоком» мазінің жүйелі адсорбциясы 0,4-0,7%, ал «Флуцинар» мазі-12% құрайды, бұл жүйелі әсерінің жоқтығын көрсетеді. Элокомның жақсы әсері кортикостероидтар молекуласына фураатты сақинаның болуымен байланысты, ол препараттың пролангирленген әсеріне әсер етеді және емдеуге ыңғайлы (зақымдану ошағына күніне 1 рет жағылады). 17 және 21 позициясындағы фурааттың болуы элокомды липофильді етеді және тері арқылы өтуіне көмектеседі. Одан басқа элоком құрамында теріге енуін күшейтетін пропиленгликоль болады. Препарат А2 фосфолипаза ферментін ингибирлейді және аллергодерматоз

кезінде қабыну тудыратын простогландиндер мен лейкотреиндер синтезін басады. Бақылауда экземаның әртүрлі формасымен зардап шегетін 52 науқас (31 ер адам, 21 әйел адам) болды: шынайы-30 науқаста себореялы-7, микробтық-6, паратравматикалық-5, микотикалық-4 науқаста. Барлық науқастар антигистамин препараттары, витаминдер, ферменттер, гепатопротекторлар (қосымша патологияның болуына байланысты) кіретін комплексті терапия алды, сонымен қатар элоком. Элокомды мазь (дене және аяқ-қол терілерінің зақымдануында), крем (бет және мойын терісі үшін), лосьон (бастың шашты бөлімінің терісі үшін) түрінде күніне 1 реттен 2-4 апта бойы қабылдады. Емнің бастапқы 3-4 күнінен бастап барлық науқастарда аурудың формасына байланыссыз зақымдану ошағында гиперемияның азайғандығы анықталды, терінің қышуы азайды немесе жойыла бастады, ал бақылаудың 5-7 күні науқастардың жағдайы біршама жақсарды. Элоком препаратын жақсы көтеру көңіл аудартады, себебі терілік процестің өршуі болмаған. Элокомды қолдану ешқандай науқаста құрамында фтор бар кортикостероидты препаратқа тән жағымсыз әсер тудырған жоқ: пиодермиялық элементтердің пайда болуы, гипертрихоз, гипо- немесе гиперпигментация, атрофия дамуы. Препараттың әртүрлі шығу түрлері зақымдану ошағының орналасуына байланысты қолдануға ыңғайлы. Басқа препараттармен салыстырғандағы айырмашылығы күніне 1 рет қолдану ыңғайлы әрі үнемді. Жүргізілген зерттеу элоком (мазь, крем, лосьон) экземаның әртүрлі формасынан зардап шегетін науқастардың топикалық емінде әсерлі зат болып табылатындығын және жай альтернативті кортикостероид емес, ал экземаның жаңа емдеу жолы екендігін көрсетеді.

УДК 616-009.17-055.15

С.Т. ЖАРКЕН

ДИНАМИКА АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЮНОШЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Военный институт Сил воздушной обороны имени Т.Я. Бегельдинова, Ақтөбе

Целью исследования было определение распространенности, особенностей феноменологии и динамики астеноневротических расстройств различного генеза у курсантов вуза, выделение ведущих факторов, определяющих позитивное (и негативное) развитие нарушений.

Проведено клинико-эпидемиологическое и катанестическое исследование астеноневротических расстройств различного генеза у 157 курсантов в возрасте 18-21 года.

При первом обследовании курсантов на первом курсе у 21% была выявлена полиморфная астеническая симптоматика с последующим подразделением курсантов на группы: с наличием хронических соматических заболеваний преимущественно системы пище-

варения и дыхания (13,3%) и без таковых (86,7%).

В группе курсантов с соматогенными астениями личностные акцентуации не определялись, был отмечен достаточно высокий уровень ситуационной тревоги. В группе курсантов с психогенными астениями наблюдались 3 варианта симптоматики: с преимущественно собственно астенической симптоматикой (23%), астено-дистимический вариант (12%) и случаи с полиморфной транзиторной астенической симптоматикой (65%), не доходившей до уровня определенного синдрома, однако имеющей тенденцию резко проявляться при состояниях психоэмоционального напряжения. На протяжении всего периода обучения курсантов проводилось непрерывное наблюдение за состоянием их здоровья. При обследовании на 4-м курсе

обучения в группе соматогенных астенических расстройств наблюдались лишь отдельные курсанты, т.к. в большинстве случаев произошла санация основного заболевания. В группе психогенных астенических расстройств отмечалась относительная стабильность астено-депрессивных нарушений с отчетливым усилением личностных акцентуаций. Таким образом, астено-невротические расстройства различного генеза вы-

являются у значительной части курсантов, а их прогностическое значение определяется преимущественным вариантом синдрома. Полиморфная транзиторная астеническая симптоматика, не достигающая синдромального уровня, может рассматриваться как критерий выделения «группы риска» формирования невротических расстройств и личностных акцентуаций.

УДК 615.47: 616-073-001: 611.712

Н.С. ЖАРЫЛҚАПОВ, Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, Б.Б. БАТЫРХАНОВ, М.М. СУНДЕТОВ, П.П. ЛУКЬЯНЧЕНКО,
Н.А. ЖУНИСОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА

КЕУДЕ АУРУЛАРЫ МЕН ЖАРАҚАТТАРЫНДАҒЫ ЕМ НӘТИЖЕЛЕРІ

А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургиялық орталығы, Алматы

Науқастардың жасы 9 бен 68 жасты құрады. Эндоскопиялық операциялардың көрсеткіші болып олар: әртүрлі этиологиядағы экссудативті плеврит 42, плевра эмпиемасы 7, пневмоторакспен асқынған буллезді аурулар 32, кіші көлемдегі эхинококкоз 2, Рейно ауруы 4, жарақаттан кейінгі гемоторакс 5, кеуде аралықтың жаңа өсіндісі – 7 науқастарды құрады. Көп жағдайда бейнеторакоскопия тәсілі экссудативті плеврит кезінде плевра биопсиясын алу жиі қолданылды. Плевра қабықшасының қандай зақымдалғанын анықтауға пайдасы тиді: 22 науқастарда плевра туберкулезі анықталды, спецификалық емес плеврит – 19 науқастарда, өкпенің деструкциялық өзгеруіне байланысты іріңді фибринозды плеврит бар екендігі 1 науқаста анықталды. Бейнеторакоскопия кезінде буллезді ауру 32 науқастарда анықталды. Бейнеторакоскопия өкпенің буллезді эмиземасының кішкентай жұқа қабықты булгаларға диатермокоагуляциясы 12 науқастарға. Қалың қабықты булгаларды тігу жолымен 20 науқастарға жүргізілді. Жарақаттан кейінгі гемоторакспен 7 науқастар жатқызылып, олардың жарақат алғаннан кейін жату ұзақтығы 17 мен 28 күн аралықты құрады. Бұрын

болған торакотомиядан кейінгі, және соққыдан кейін болған жабық жарақаттар ұйыған гемоторакста, бейнеторакоскопиялық тәсілмен емдеу дұрыс шешім шығарды. Бейнеторакоскопиялық эхинококкэктомия асқынбаған кіші көлемдегі кортикальді және субкортикальді орналасқан кисталарда жасалынды. Кеудеаралықтың жаңа өсіндісінде бейнеторакоскопиялық ем 7 науқастарға жүргізілді. Олардың қатерсіз жаңа өсіндісі 5, ал 2 науқастарда қатерлі ісік бар екендігі анықталды. Кеуде аралық ісіктерде барлығына бейнеторакоскопиялық тәсіл жүргізілді. Ол операция болатын аймақты көру және марфологиялық құрылымын, экспресс диагностикасын анықтау операцияның қандай көлемде болуын дәл анықтауын көрсетті.

Эндобейнеторакоскопиялық тәсіл хирургиялық емдердің ішіндегі науқастардың ауру сезімінің аз мөлшерде болуын, ерте сауығуын, косметикалық тыртықтың кіші көлемде болуына септігін тигізеді. Бейнеторакоскопия хирургиялық тәсіл тез және әсерлі көмек көрсетті, диагностикалық мәлімдеме беріп операциядан кейінгі асқынуына жол бермеуіне, науқастардың тез сауығып, стационардан ерте шығарылуына септігін тигізді.

УДК 615.225.2-02:616.61-002.3:616.12-008.331.1

В.В. ЖЕЖА, Ю.А. МАРИКОВА, М.А. БЕЛОВА, О.Б. КУЗЬМИН

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: оценить состояние почечного эпителия у больных с нефрогенной гипертензией.

Материалы и методы: обследованы пациенты обоего пола (n=23), средний возраст 57,7±3,78, страдающие хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени (длительность заболевания от 10 до 30 лет). С целью исследования ферментурии (нейтральной α-глюкозидазы – НАГ, L-аланинаминопептидазы – ААП) проведено комплексное нефроурологическое обследование. Расчет СКФ производился по формуле Кокрофта-Голта.

Результаты: У всех больных при поступлении микроальбуминурия (МАУ) не выявлена, однако отмечалось значительное повышение уровня НАГ (27,42±6,39 мкмоль глюкозы/ммоль креатинина) по сравнению со здоровыми (10,18±0,4 мкмоль глюкозы/ммоль креатинина). После проведенного лечения у

больных, получавших лизиноприл (диротон), этот показатель существенно не изменился. Выявлены различия в группах пациентов с сохраненной и сниженной СКФ. В начале наблюдения у 60% больных СКФ составлял < 90мл/мин. У пациентов этой группы (СКФ=62,34±6,30 мл/мин) уровень активности НАГ при поступлении составил 31,49±8,65 мкмоль глюкозы/ммоль креатинина и был достоверно выше по сравнению с пациентами с сохраненной СКФ и здоровыми (17,94±5,06 и 10,18±0,45 мкмоль глюкозы/ммоль креатинина соответственно). После проведенной терапии у больных с исходно сниженной СКФ сохранялся повышенный уровень ферментурии (активность НАГ 32,72±11,19 мкмоль глюкозы/ммоль креатинина) и низкий уровень СКФ. У больных с изначально сохраненными уровнями СКФ (108,03±5,35 мл/мин) при поступлении величина активности НАГ была выше, чем в

контрольной группе ($17,94 \pm 5,06$ мкмоль глюкозы/ммоль креатинина), после проведенной терапии снижались и достоверно не отличались от показателей здоровых. Выявлена тенденция к увеличению СКФ. Достоверных различий активности ААП не установлено.

Выводы: у больных с пиелонефритом и АГ имеется повреждение эпителия проксимальных канальцев, маркером которого является повышенный уровень активности в моче НАГ. Повреждение проксимальных канальцев более выражено и носит более стойкий характер при сниженной СКФ.

УДК 616-008.9-055.1

К.Т. ЖОЛБАСКАНОВА

ЧАСТОТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ МУЖЧИН

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Метаболическим синдромом страдает около 15% людей в возрасте от 45 до 75 лет. В современной литературе принято указывать, что G. Raven в 1988 году ввел «синдром Х», или «метаболический синдром». Его также называют «смертельным квартетом». Критерии «метаболического синдрома» были уточнены в 2001 году в рекомендациях Национального института здоровья США. Диагноз устанавливают при обнаружении трех и более критериев: 1. Абдоминальный (центральный) тип ожирения. Окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин. 2. Артериальная гипертензия (АД выше $130/85$ мм.рт.ст.). 3. Нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа. Повышение глюкозы крови натощак выше $6,1$ ммоль/л. 4. Холестерин ЛПВП меньше 1 ммоль/л у мужчин, меньше $1,3$ ммоль/л у женщин.

Целью настоящего исследования явилось определение частоты встречаемости метаболического синдрома среди мужчин на примере филиала №3 городской поликлиники №2.

Материал и методы. Для достижения цели были проведены исследования с участием 76 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 75 лет. Средний возраст составил 60 лет. Пациентам измеряли артериальное давление, определяли окружность талии, определяли уровень холестерина и глюкозы крови натощак. Пациенты были распределены на 3 возрастные группы. В первую группу вошли 28 пациентов в возрасте 45-54 лет, во вторую 25 человек в возрасте 55-64 лет, в третью 23 человека в возрасте 65-75 лет. Диагноз «метаболический синдром» был выставлен в первой группе пациентов у 4, что составило 14,2%, во

второй группе у 4, что соответствовало 16%, в третьей группе у 2 пациентов, соответственно-8,6%.

По полученным данным «метаболический синдром» чаще встречался во второй возрастной группе. 74 пациента имели сочетание 3 критериев, 2 больных имели 4 критерия метаболического синдрома. Анализ результатов показал, что частота встречаемости «метаболического синдрома» среди мужского населения не превышает общепринятые показатели. Однако очень высокий уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности среди трудоспособного населения, позволяет сохранять актуальность «метаболического синдрома». Каждому больному вне зависимости от того, в какой группе он оказался, были даны рекомендации по устранению факторов риска. Образовательные программы, так называемые «школы» для больных должны повышать их знания и активно вовлекать в лечебно-профилактический процесс для уменьшения последствий «метаболического синдрома».

Выводы.

1. Обследование населения мужского пола в возрасте от 45-75 лет позволило выявить распространенность метаболического синдрома, причем он чаще встречался во второй возрастной группе (55-64 года).

2. Отмечался низкий уровень информированности населения.

3. Неотъемлемой частью мероприятий по ведению больных с метаболическим синдромом должны стать общеобразовательные программы с целью повышения их информированности и активного вовлечения в лечебно-профилактический процесс.

УДК 616.12-008.1:615.03

К.Т. ЖОЛБАСКАНОВА

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ЛИЗИНОПРИЛА БОЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Высокий уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности имеет большую социальную значимость в связи с их широким распространением среди трудоспособного населения. Эти заболевания и гипертоническая болезнь в том числе приводят к снижению качества жизни, ее продолжительности и инвалидизации. В Республике Казахстан артериальная гипертензия выявляется в 24,3% среди взрослого населения, причем ее частота увеличивается с возрастом в 10 раз. В этой ситуации лекарственный пре-

парат, предназначенный для коррекции артериальной гипертензии, должен обладать высокой антигипертензивной эффективностью, лучшей переносимостью и безопасностью. На сегодняшний день антагонисты кальция и ингибиторы АПФ рассматриваются как препараты первого выбора для больных гипертонической болезнью.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке клинической эффективности препарата АМЛИПИНА (амлодипин 5мг, лизиноприл 5мг) фармацевти-

ческой компании WORLD MEDICINE при артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 25 пациентов (11 женщин и 14 мужчин). Из них с артериальной гипертензией второй стадии было 18 больных, с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом 5 больных, с артериальной гипертензией и стабильной стенокардией 2 больных. Критериями включения являлось наличие показаний и отсутствие противопоказаний к применению данного препарата. Средний возраст пациентов составил 58 лет. Исследование завершили 24 пациента.

По данным различных исследований наиболее эффективна комбинация «антагонист кальция + ингибитор АПФ», которая позволяет добиться стойкого снижения артериального давления. Комбинированная антигипертензивная терапия соответствует всем требованиям современной фармакотерапии. Препарат воздействует на различные звенья патогенеза гипертонии и усиливает гипотензивный эффект друг друга. Они корректируют побочные эффекты, оказываемые друг другом, усиливают благоприятное влияние на органы – мишени. Фиксированные комбинации позволяют снижать дозу каждого препарата, при этом при этом их действие не уменьшается. АМЛИПИН являет-

ся фиксированной комбинацией амлодипина 5 мг и лизиноприла 5 мг. Он обладает антисклеротическим, кардиопротективным и нефропротективным эффектами. Исследуемые пациенты принимали препарат по 1 таблетке внутрь 1 раз в сутки независимо от приема пищи. Критериями эффективности препарата было стойкое снижение артериального давления, уменьшение частоты и интенсивности приступов стенокардии. Клинически оценивалась безопасность и переносимость препарата. Положительный эффект проводимой терапии наблюдался у 23 пациентов (92%). У больных достоверно наблюдалось стойкое снижение артериального давления, снижались частота и интенсивность приступов стенокардии. Побочное действие в виде сухого кашля наблюдалось у 1 пациента, желудочный дискомфорт – 1.

Выводы.

1. Амлипин по 1 таблетке 1 раз в сутки приводит к достоверному стойкому снижению артериального давления.

2. Амлипин имеет высокий профиль безопасности и может быть рекомендован для применения. Отмечается хорошая переносимость препарата даже пациентами пожилого возраста.

УДК 616.12-008-085

Б.К. ЖОЛДИН, С.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА, Н.В. НИКОЛАЕНКО, И.Ж. ТАЛИПОВА,
Д.Е. КУШИМОВА, Г.Л. КУРМАНАЛИНА

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ГЛАЗАМИ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Нами было проведено анкетирование 119 практических врачей (кардиологи, терапевты, врачи общей практики) по оценке возможности современной медикаментозной терапии больных хронической ИБС. По результатам опроса было выявлено, что 66% врачей (79ч.) убеждены, что грамотно назначенная лекарственная терапия более эффективна, чем коронарная ангиопластика со стентированием в лечении больных с хронической ИБС. 27% (32ч.) опрошенных врачей не уверены в успешности консервативной терапии без интервенционного вмешательства, 3% (3ч.) - затруднились ответить и 4% (5ч.) считают, что такую терапию не реально назначить в обычной клинической практике. 22% (26ч.) опрошенных врачей считают реальным в клинической практике достижение уровня холестерина ЛПНП 2,0 ммоль/л и ниже у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, 20% (24ч.) ответили на этот вопрос отрицательно, 55% (66ч.) считают, что это требует слишком больших усилий со стороны врача, а 3% (3ч.) усомнились в том, что достижение такого уровня холестерина приведет к уменьшению смертности больных. 45% (54ч.) врачей связывают нерегулярный прием статинов пациентами

с высокой стоимостью препаратов, 36% (43ч.) - с тем, что больные реально не представляют ценности статинов, 13% (16ч.) - с боязнью большими побочными эффектами этих препаратов, а 5% (6ч.) - с тем, что врачи не верят в возможность статинов предупреждать сердечно-сосудистые катастрофы. 88% (105ч.) респондентов назначают бета-блокаторы больным с хронической сердечной недостаточностью.

Выводы:

1) большинство опрошенных врачей считают, что грамотно назначенная медикаментозная терапия более эффективна, чем коронарная ангиопластика со стентированием, в лечении больных с хронической ИБС;

2) достижение целевого уровня ХС ЛПНП 2,0 ммоль/л и ниже считают возможным 77% опрошенных врачей;

3) нерегулярный прием статинов большинство врачей связывают со стоимостью препаратов и с тем, что больные реально не представляют ценности этих препаратов;

4) подавляющее большинство опрошенных врачей используют бета-блокаторы в лечении ХСН.

УДК 616.127-005.8: 617-089

Б.К. ЖОЛДИН, Д.А. ТЕЛЕУОВ, С.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА, И.Ж. ТАЛИПОВА, Д.Е. КУШИМОВА,
Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Н.В. НИКОЛАЕНКО, Ж.С. БЕКЖАНОВА

ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: частота проведения интервенционных вмешательств при лечении острого инфаркта миокарда

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 216 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении МЦ ЗКГМУ имени Марата Оспанова с января по август месяца 2012 года. Средний возраст пациентов составил 69,1 ±11,7 лет (мужчин- 138, женщин-78).

Результаты: острый инфаркт миокарда был диагностирован у 138 пациентов (63,88%), а повторный – у 78 (36,11%). Коронароангиография была проведена 174 пациентам (80,5%). Коронароангиография выявила различную степень поражения коронарного русла.

У 106 пациентов (49,07%) было проведено стентирование инфаркт-зависимых коронарных артерий. У одного пациента был острый тромбоз сосудов, который привел к летальному исходу. Улучшение клинического состояния и нормализация гемодинамических показателей наблюдалась в 99,4% случаев. Сравнительный анализ выявил сокращение сроков госпитализации у пациентов со стентированием инфаркт-зависимых коронарных артерий.

Выводы: первичная ангиопластика со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии позволяет улучшить клиническое течение заболевания и сократить сроки госпитализации у большинства больных с острым инфарктом миокарда.

УДК 616-009.614.712

М.Х. ЖУБАНЫШЕВ

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ РАСШИРЕННЫЕ И РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова

Актуальность. Проблема послеоперационной боли у больных перенесших операции на органах грудной полости является актуальной, так как влечет за собой развитие патофизиологических механизмов.

Цель исследования. Изучение результатов применения длительной эпидуральной анальгезии у больных перенесших расширенные и расширенно-комбинированные операции на органах грудной полости.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов проведения пролонгированной эпидуральной анальгезии у 70 больных перенесших операции на органах грудной полости за 2010 – 2012 гг. МЦ ЗКГМУ. Средний возраст больных составил 64 года. Из 70 больных 35 больным произведена субтотальная резекция пищевода со стандартной двухзональной лимфодиссекцией, 20 больным произведена расширенно-комбинированная пневмонэктомия и 10 больным произведена билобэктомия с расширенной медиастинальной лимфодиссекцией, 5 больным произведена тимомэктомия с резекцией легкого (2), перикарда (2), краевой резекцией плечевого ствола (1).

В послеоперационном периоде больным катетеризировали эпидуральное пространство и через каждые 3,5 часа в эпидуральное пространство вводили 6-7 мл 0,5% раствора бупивакаина в течение 4-5 суток.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты показали, что проведение пролонгированной эпидуральной анальгезии обеспечивает адекватное обезболивание, критериями которого явились стабильная гемодинамика, нормальные показатели легочной вентиляции, КОС, отсутствие субъективных жалоб, ранняя двигательная активность.

Выводы.

1) Использование длительной эпидуральной анальгезии способствует профилактике легочно-плевральных осложнений, несмотря на сложность и агрессивность проводимых оперативных вмешательств.

2) Снижается потребность в наркотических анальгетиках и стоимость медикаментозной терапии, сокращаются сроки пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

ИНТРАСАКРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета
имени Марата Оспанова

Актуальность. Надежное обезболивание хирургического вмешательства и послеоперационного периода при заболеваниях дистальной части прямой кишки и окружающих тканей, чрезвычайно богатых чувствительными нервными окончаниями – одно из важнейших звеньев лечения проктологических больных. С этой целью чаще всего применяется эпидуральная анестезия, она имеет определенные недостатки, технически сложен, особенно у гериатрических больных, сопровождается развитием осложнений (артериальная гипотензия, повреждение твердой мозговой оболочки, спинного мозга, спинальный блок и т.д.). Этим недостаткам лишен интрасакральная анестезия (ИСА) предложенная в 1901 г. французским врачом Cathelin.

Цель исследования. Оценка эффективности интрасакральной анестезии при операциях в дистальной части прямой кишки.

Материалы и методы исследования. Мы располагаем опытом ИСА у 56 больных в возрасте 20 - 81 лет. Методика: ИСА проводим в положении больного на боку с приведенными к животу бедрами. Кожу обрабатываем трижды антисептиком (дермодез). Отыскиваем

крестцовое отверстие и инъекционную иглу соответствующей длины вводим в краниальном направлении под углом 60° к коже в месте углубления между рожами крестца. О попадании иглы в эпидуральное пространство свидетельствует «потери сопротивления». Далее вводим 5 мл 2% раствора лидокаина. При этом пузырек воздуха не должен деформироваться. Через 5 мин вводим остальную дозу анестетика. Обычно это составляет 12-18 мл. Полная анестезия и хорошая мышечная релаксация наступали через 10-15 мин.

У всех больных спирометрические, гемодинамические показатели стабильными. Осложнений не наблюдалось. Длительность анестезии составляла от 2 до 6 часов.

Выводы:

1. ИСА является эффективным, технически простым, безопасным и экономичным методом обезболивания при проктологических операциях.

2. ИСА снижает риск оперативного вмешательства и позволяет расширить показания к оперативному лечению больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

УДК 612.172.1+616.233 (045)

С.Ж. ЖУБАТКАНОВА

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Клиника семейной медицины,
Госпиталь с поликлиникой ДВД Актюбинской области

Цель: оценить влияние небулайзеротерапии с вентолином на состояние сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: В клиническом исследовании принимали участие 38 больных с ИБС и ХОБ. Возраст пациентов 45-67 лет. Для купирования одышки и приступа удушья применяли вентоламин 2,5 мл и амбровена – 4 мл через Небулайзер. Проводились исследования: общий анализ крови (ОАК), электрокардиография (ЭКГ), пикфлоуметрия перед началом и после окончания исследования.

Результаты: уменьшение одышки наступило на 3 день, приступы удушья купировались на 2 день, заметное улучшение наступило на 5 день. Приступов стенокардии не было. У 2-х пациентов появилось единичные экстрасистолы 2-3 в минуту. Отмечалось значительное увеличение показателя пиковой скорости выдоха (ПСВ) по сравнению с исходным уровнем.

Выводы: При сочетанной патологии ИБС и ХОБ применение вентолина и амбровена с помощью небулайзера являются эффективным методом.

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Клиника семейной медицины,
Госпиталь с поликлиникой ДВД Актыубинской области

Цель: определение эффективности оценки клинического состояния (ШОКС) в улучшение КЖ пациентов ХСН в поликлинических условиях.

Материалы и методы: Клиническая оценка состояния пациентов ХСН проведена в Клинике семейной медицины (КСМ), ГсП ДВД Актыубинской области. (Нами наблюдалось 37 пациентов в возрасте 43-73 лет. Из них 15 женщин, 22 мужчин, из них курящих 3 и 7 соответственно, в течение 2-х месяцев).

Таблица 1.

1	Одышка: 0 – нет; 1 – при нагрузке; 2 – в покое;
2	Изменение веса: 0 – нет; 1 – увеличился;
3	Жалобы на перебои в работе сердца: 0 – нет; 1 – есть;
4	Положение в постели: 0 – горизонтальное; 1 – с приподнятым головным концом; 2 – просыпается от удушья; 3 – спит сидя;
5	Набухание шейных вен: 0 – нет; 1 – лежа; 2 – стоя;
6	Хрипы в легких: 0 – нет; 1 – нижних отделах до 1 (3); 2 – до лопатки до 2 (3); 3 – над всей поверхностью легких;
7	Наличие ритма галопа: 0 – нет; 2 – есть;

УДК 616.24-002.5

А.Н. ЖҰМАБАЕВА, Г.Ә. ҚАЗБЕКОВА

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖӘНЕ ҚОСЫМША АУРУЛАР

Облыстық патологиялық анатомия бюросы, Ақтөбе

Зерттеу мақсаты: фиброзды кавернозды өкпе туберкулезінен (ФКӨТ) қайтыс болғандар арасында қосымша аурулардың кездесу жиілігін және аурудың ағымына әсерін анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: ФКӨТ қайтыс болып, облыстық патологиялық анатомия бюросында зерттелінген стационарлық науқастардың медициналық карталары мен ашып-қарау хаттамалары талқыланды.

Зерттеу нәтижесі және оны талдау. Жалпы қайтыс болғандар саны 132-ні құрады, оларда арасында қосымша аурулар 83,3% анықталды: ас қорыту жүйесінің аурулары - 48,3% ды құрады, соның ішінде 27 % - асқазан мен он екі елі ішектің қабыну және жара аурулары құрады; бұл аурулардың 43,6% туберкулез ауруынан бұрын анықталған; өкпенің созылмалы обструктивті аурулары - 22,7% кездесті, бұл аурулардың туберкулезден бұрын дамығанын немесе емдеу барысында дамығанын дәл айту мүмкін емес, себебі ол бронх ағашының, өкпенің интерстициалды тінінің патологиялық өзгерістерімен; жүрек-тамыр

8	Печень: 0 – не увеличена; 1 – до 5 см; 2 – более 5 см;
9	Отеки: 0 – нет; 1 – пастозность; 2 – отеки к/к; 3 – анасарка;
10	Уровень САД: 0>120 мм.рт.ст.; 1 – 100-120 мм.рт.ст.; 2 – <100 мм.рт.ст.

ШОКС применялась 50 пациентам ХСН, из них наблюдалось 20 больных в возрасте 43-73 лет.

У больных выявлен функциональный класс (ФК) – I; у 15 – II; у 7 – III; и у 2 – IV; из 20 пациентов. Среди 20-и наблюдавшихся пациентов у 5 – I; 10-и – II; 3-х – III и у 2-х – IV ФК. Всем пациентам проводилось лечение согласно рекомендации Европейского общества кардиологов в течение 40 дней. К концу наблюдения у всех пациентов улучшилось, и исчезли хрипы в легких и отеки. Из ФК II 4 больных перешли в I, из ФК III – 2 в ФК II и из ФК IV – 1.

Выводы: применение ШОКС позволяет без инструментальных методов исследования выявить клинические симптомы ХСН и оценить эффективность проводимой терапии.

жүйесінің аурулары - 4,8%, психикалық аурулар - 3,9% кездесті, бұл екі топ аурулары барлық жағдайда туберкулез ауруынан бұрын дамып, арнамалы үдерістің өту ағымына қолайсыздық туғызды; маскүнемдік - 31,2%; нашақорлық - 9,3% және қант диабеті 2,4% - да анықталды. Қосымша аурулардың екі немесе одан көп бірігіп кездесуі - 32,5% орын алды. Морфологиялық тұрғыдан өкпелерде деструктивті үдерістер басым болып, 76,3% - аумақты зақымдану ошақтарымен, 56,1% - өкпе тінінің ыдырауымен сипатталды және 81,7% - қақырықта туберкулез микобактериясы анықталды.

Қорытынды. Туберкулез ауруы кезінде арнамалы үрдістің созылмалы және үдемелі ағымда өтуі көптеген ішкі мүшелердің қызметтерінің бұзылыстарына әкеле отырып бұрыннан бар аурулардың ағымын одан әрі асқындырса, ал қосымша аурулар макроорганизмнің реактивтілігін өзгертіп, туберкулезге қарсы иммунитетті және репаративті үдерістердің әлсірете отырып туберкулез ауруының ағымын ауырлатты.

АДАМНЫҢ ИММУНДЫ ТАПШЫЛЫҒЫ МЕН ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ҚОСАРЛАНУЫНДАҒЫ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Облыстық патологоанатомиялық бюросы, Ақтөбе

Қазіргі заманның ең маңызды мәселелерінің бірі науқаста туберкулезі, адамның иммунды тапшылығы (АИТ) және жүре пайда болатын иммунды тапшылықтың (ЖИТС) қосарлана кездесуі болып отыр. Патогенетикалық тұрғыдан бір-бірімен байланысы жоқ өзіндік ерекшеліктері барекі нозологияның қосарланып кездесуі диагностикада қиыншылықтар туғызады.

ОПАБюро архивындағы туберкулез ауруына АИТ/ЖИТС – инфекциясының қосарлануынан қайтыс болған 2004-2011 жылдар аралығындағы аутопсиялық және микроскопиялық материалдарды тыңғылықты зерттеп, туберкулез гранулемасының ЖИТС-ке байланысты патоморфоздық өзгерістерін, оларды бір-бірімен салыстыра отырып, морфологиялық ерекшеліктерін айқындау мүмкінділігі байқалды. Материалдарды талдау барысында анамнез мәліметтеріне, жасына, жынысына, жұғу жолдарына, элеуметтік жағдайына, қосымша ауруларына көңіл бөлінді. АИТ/ЖИТС – инфекциясы туберкулезбен қосарланғаны дәлелденген жастары 30 бен 40 аралығындағы 11 мәйіттің хаттамасына талдау жасай отырып, ағзалардағы туберкулез гранулемасының патомор-

фозы анықталды: көкбауыр, бауырпаренхималарының атрофиясы және жаңа ауқымды қан құйылулар байқалды, лимфа түйіндерінде фолликулаларының күрт азаюы немесе мүлдем жойылуы, сонымен қатар «тор тәрізді» метаморфозы, ми тініндегі қан тамырларының өткізгіштігіне байланысты түзілген диапедезді жаңа қан құйылулар, периваскулиттер, қан тамырлар айналасында жәнәақшыл заттегінде ошақты «вакуолизация», серозды – гемморагиялық менингиттер, туберкулез микобактериясының гематогенді генерализациясы байқалды. Екі аурудың қосарлануы бір-бірінің ағымын ауырлатып ағзалар тінінде казеозды некроздың басымдылығымен, эпителиоидты – жасушалық гранулеманың, лимфоидты сіңбелердің, Пирогов-Ланганса типті алып жасушалардың әлсіз анықталуымен немесе мүлдем кездеспеуімен сипатталып, инкапсуляция үрдістерінің тежелу қабілетінің төмендігімен байқалды. Сонымен, осы аталған морфологиялық ерекшеліктер АИТ/ЖИТС – инфекциясы туберкулезбен қосарланған науқастарда жие кездесуі мүмкін.

УДК 615.225.2:612.6.057

Т.Н. ЖУМАБАЕВА, С.Ж. ЖУБАТКАНОВА, Б.Б. КУБЫШЕВА

ГЕНДЕРНОЕ ОТЛИЧИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
ГсП ДВД, Ақтобе
ГКПП МОБ, Ақтау

Цель: Выявить гендерные особенности гипотензивных препаратов бисопролола и лозартана у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: была изучена эффективность: Бисопролола 5 мг и Лозартана 50 мг у больных АГ. Наблюдение проводилось клиника семейной медицины (КСМ ЗКГМУ), ГсП ДВД, ГКПП МОБ г.Ақтау в течение 60 дней по согласованию с пациентами. Под наблюдением находилось 60 пациентов с АГ II стадии в возрасте 45-65 лет, из них 28 мужчин и 32 женщин. Для оценки эффективности монотерапии пациенты были разделены на группы. Группа 1 – Бисопролол, 2 – Лозартан. Пациенты каждой группы были разделены на 4 подгруппы: женщины до 50 лет (подгруппа 1, n - 14), женщины старше 60 лет (подгруппа 2, n - 18), мужчины до 50 лет (подгруппа 3, n - 14), мужчины 60 лет (подгруппа 4, n - 14).

Результаты: при монотерапии Лозартана снижение АД у женщин до 50 лет отмечалось у 3-х пациентов к 10 дню, у 3-х к 15 дню, во 2-ой подгруппе

снижение АД достигнуто к 10 дню у 5 женщин, к 15 дню у 8. Прием Бисопролола в виде монотерапии у женщин в 1 подгруппе оказалось эффективным к 10 дню у 2-х пациентов, к 15 дню у 3-х пациентов, во 2-ой подгруппе снижение АД к 10 дню достигнуто у 6 пациентов, к 15 дню у 7. У мужчин при монотерапии Лозартаном снижение АД в 3 подгруппе зафиксировано к 10 дню у 3-х больных, к 15 дню у 5. В 4 подгруппе снижение у 4 и 5 пациентов соответственно. Прием Бисопролола оказался эффективным к 10 дню в 3 и 4 подгруппе у 5 пациентов в каждой, к 15 дню по 6 больных в каждой. ЧСС колебалось в пределах 65-78 ударов в минуту. Снижение ОПСС наблюдалось у 38 больных к 15 дню, как у мужчин, так и у женщин, значительное его снижение отмечалось к 25 дню.

Выводы: таким образом, монотерапия Лозартаном и Бисопрололом у женщин в постменопаузальном периоде оказалось более эффективным по сравнению с женщинами до 50 лет. У мужчин эффективность этих препаратов не зависела от возраста.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
ГсП ДВД, Ақтобе
ГКПП МОБ, Ақтау

Актуальность: Одним из факторов развития АГ является курение, которое занимает 2-ое место в списке причин преждевременной смертности людей. На сегодняшний день в Казахстане количество курящих женщин достигло 600 000. В результате исследования заболеваемости и смертности населения пяти стран Европы ученые сделали вывод, что одна выкуренная женщиной сигарета равноценна пяти сигаретам для мужчины. Следовательно, для женского организма вред курения в пять раз сильнее.

Цель: изучение влияния курения на эффективность препаратов у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: была изучена эффективность бета-блокатора Бисопролола (производство ратиофарм Германия) в суточной дозе 5 мг у некурящих и курящих женщин. Исследование проводилось в кли-

нико-диагностическом центре (КСМ) ЗКГМУ, ГсП ДВД г.Ақтобе, ГКПП МОБ г.Ақтау. Пациентки были разделены на 2 группы по 15 в каждой. Пациентки 1-ой группы некурящие, 2-ой – курящие женщины. Критерии эффективности: динамика АД, ЧСС, ОПСС по данным ЭхоКГ, которое проводилось до и после окончания исследования.

Результаты: артериального давления (АД) в 1-ой группе наступила на 28 день у 5 пациентов, урежение ЧСС на 6-7 ударов у 6-х, снижение ОПСС у 5 больных, тогда как во 2-ой группе эти показатели достигнуто к 20 дню у 7-и, к 28 дню у 11 пациентов.

Выводы: таким образом, по нашим данным гипотензивный эффект антигипертензивных препаратов напрямую связан с наличием факторов риска (курение).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
ГсП ДВД, Ақтобе
ГКПП МОБ, Ақтау

Заболеваемость и смертность от АГ остается во всем мире, несмотря на наличие различных групп лекарственных препаратов, остается главной проблемой в кардиологии. Поэтому для улучшения качества жизни (КЖ) пациентов имеют значение не только медикаментозная терапия, но и не медикаментозное лечение, т.е. устранение или уменьшение модифицируемых факторов риска. В частности курение.

Цель: исследование влияния курения на динамику артериального давления (АД).

Материалы и методы: Пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек в каждой, в возрасте – 35-65 лет, которые получали Лозап в течение 25 дней. Стаж курения у них 7-30 лет. Критерии эффективности:

субъективные данные, число сердечных сокращений (ЧСС), систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД).

Результаты: У пациентов I группы, которые продолжали курить, стабилизация АД достигнуто у 2-х пациентов, во 2-ой группе к 10 дню у 9, которые прекратили курение, к 25 дню у 7 больных, которые уменьшили количество выкуриваемых сигарет до 3 штук в сутки.

Выводы: таким образом, устранение или уменьшение одного из факторов риска курения способствует повышению эффективности гипотензивных средств.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛА ШАҚТАҒЫ АУРУЛАРДЫ БІРЛЕСТІРЕ ЖҮРГІЗУ (БШАИЖ) СТРАТЕГИЯСЫ ТУРАЛЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Қазақстан Республикасының Президентінің жолдамасында анамен баланың денсаулығын сақтау негізгі даму приориттерінің бірі болып табылады. Өткен ғасырдың 70-ші жылдарынан бастап 5 жасқа

дейін балалар арасындағы өлім жағдайлары 1/3 (бірден үш бөлікке) төмендеген. Бірақ, бұл төмендеу әр түрлі елдерде бірдей емес. Бірнеше қатар елдерде осы күнге дейін балар арасындағы өлім еліде жоғары

көрсеткіштерде. Мысалы, бүгінгі күнде дамушы елдерде жыл сайын 10 млн-нан астам балалар 5 жасқа жетпей өледі. 10 өлімнің ішіндегі 7 – үй жедел респираторлы инфекция, диарея, қызылша, малярия, қоректену бұзылысына байланысты. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұжымының (ДДҰ) сараптауы бойынша бұл аурулар 2020 жылға дейін балалар арасындағы негізгі өлім шақыратын себебі болуы мүмкіндігі бар. Жыл сайын ҚР-да 1500 астам балалар туберкулезбен ауырады. Елімізде жыл сайын 2 млн бала жедел респираторлы инфекциямен (ЖРИ) ауырып, 40 мың бала диареялық ауруларымен сырқаттанады. Өткен ғасырдың 1992 жылынан бастап дәрігер тәжірибесіне бірнеше ДДҰ бағдарламалары енгізілді. Сол кезеңдерде елімізде ЖРИ және жедел ішек инфекциямен күресу, ана сүтімен қоректенуге арналған ұлттық бағдарламалары қабылданды. Бұл бағдарламалар өлім көрсеткіштерін аздап төмендеткен болды. Бірақ, әлі де өлім себептерін төмендету үшін ауру балаларды жүргізу кезінде интеграленген немесе бірлестірілген бағдарламаларды нақты

қолдану қажет. ДДҰ-ның БШАИЖ бағдарламасы бойынша бүгінгі күнде 5 жасқа дейін балаларда 5 жиі кездесетін мәселелері бар: Жетел не тыныс қиындауы, Диарея, Қызба, Қызылша, Қоректену бұзылысы не анемия.

Қосымша құлақ ауырсынуы, тамақ ауырсынуы, баланың егілу статусын тексеру модульдері де көрсетілген.

БШАИЖ бағдарламасымен бір баланың бір мезгілде бірнеше мәселелерін аңқтауымыз болады. Бұл бағдарлама өте ыңғайлы, бұнда диагностикалық тәсілдер, радиологиялық, лабораториялық қызметерінің қажеті жоқ.

БШАИЖ бағдарламасы бойынша диагноз қойылмайды, баланың жағдайының ауырлығы анықталып, жіктеледі. Бұнда керегі – анамнез, белгілері мен симптомдар, негізгі синдромдар. Бұл бағдарламаның негізгі мақсаты - өлім көрсеткішін, аурудың жиілігімен ауырлығын төмендету болып табылады. Бұл тәсіл бала жағдайын бағалауда ыңғайлы, тез және қол жетімді.

УДК 616.9-053.2

Г.Д.ЖУМАГАЛИЕВА, Т.Т.САПАРОВ, Б.П.УРАЛБАЕВА

ДЕТСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ: СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Инфекционные болезни занимают ведущее место в патологии детей. По данным литературы до 70% всей регистрируемой заболеваемости имеет инфекционную природу (Учайкин В.Ф., 2009). Нами проанализирована детская заболеваемость по данным областной клинической инфекционной больницы за последние три года, причем контингент детей составил за наблюдаемый период от 46,5 до 54,3% от общего числа больных.

Анализ показал, что с каждым годом возрастало количество пролеченных пациентов в детских отделениях: в 2009г. – 2024, 2010г. – 2365 (на 14,6% в сравнении с 2009г.), 2011г. – 3290 (на 28,1% в сравнении с 2010г.). Изменилась структура детской заболеваемости. В 2009г. наибольшее число составили больные с острой кишечной инфекцией (ОКИ) – 1719 (84,9% от всего количество стационарно пролеченных детей). В последующие годы контингент кишечных больных уменьшается: в 2010г. – 66,2%, в 2011г. - 40,0%. Причем в 2009г. превалировала ротавирусная инфекция, составив 33,0% всех госпитализированных. С каждым

годом увеличивалось число пациентов с кишечной инфекцией неустановленной этиологии: в 2009г. – 85, 2010г. – 240, 2011г. – 291, за счет снижения количества детей с шигеллезом и сальмонеллезом. И, наоборот, за наблюдаемые годы отмечалось возрастание контингента пациентов с ОРВИ: в 2009г. – 113 (5,6% от всего числа пролеченных детей), в 2010г. – 534 (22,6%); в 2011г. – 1596 (48,5%). В структуре ОРВИ лидировала аденовирусная инфекция (в 2011г. - 42,7%). Воздушно-капельные инфекции составили в разные годы в пределах от 8,4 до 11,8%. В наименьшем количестве пролечено больных с вирусными гепатитами (в 2011г. – 0,7%) и зоонозными болезнями (0,2-0,3%). Введение стратегии ИВБДВ способствовало снижению заболеваемости ОКИ, осложненный синдрома «круп». Снизилась летальность. Однако, с каждым годом нарастает количество ОРВИ, протекающих в тяжелой форме. Это диктует введение вакцинопрофилактики на участке и применение противовирусных препаратов и индукторов интерферонов при вирусных инфекций.

УДК 616.34-002-053.2

Г.Д.ЖУМАГАЛИЕВА, О.С.ТУРАРОВ, С.Ж.АЛМАНИЯЗОВА, Н.Т.ЕСЕНГАЛИЕВА

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Острые кишечные инфекции занимают второе место в структуре инфекционной заболеваемости среди детей после острых респираторных вирусных инфекций. Нами проанализирована этиологическая структура кишечных инфекций у детей по данным областной клинической инфекционной больницы за период с 2008 по 2011гг.

Анализ структуры заболеваемости 2009г. выявил превалирующее количество больных с острой кишечной инфекцией (ОКИ) – 2802 (64,4% от всего количество стационарно пролеченных). В последующие годы контингент кишечных больных уменьшалось: в 2010г. – 2327 (51%), в 2011г. – 2178 (36%), причем в 73,9% случаев бактериологически подтверждено в 2009г., в

70,2% - 2010г. и 54,3% - 2011г. Причем в 2009г. прева-лировала ротавирусная инфекция, составив 33,0% всех госпитализированных детей. В 2008-2011гг. с наибольшей частотой высевались условно-патогенные микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (энтеробактер, клебсиелла, протей, гафния, цитробактер, церрация, псевдомонада), составив в удельном весе от 44,9% в 2008г. до 60,7% в 2009г. Стафилококковый энтероколит и пищевая токсикоинфекция с высевом золотистого стафилококка, постепенно снижался в течение 4 лет: от 23,3% в 2008г. до 9,6% в 2011г. Частота высева патогенной флоры семейства Enterobacteriaceae колебалась в наблюдаемые годы в пределах 25,8-18,3-26,4-23,7%. При этом наибольшее количе-

ство шигеллеза выявлено в 2010г. (265-19,1%), сальмонеллеза в 2011г. (204-18,9%). В предыдущие 2008-2010гг. отмечен широкий спектр серотипов и видов шигелл: Флекснера 1a, 1b, 2a, 2b, 3b, 4a, 4b, var «х», Зонне, Ньюкасла, а в 2011г. - всего 4 разновидностей: Флекснера 1b, 3b, Зонне, Ньюкасла. За последние три года регистрировались сальмонеллы: typhimurium, enteritidis, tschon, neuport, группы «С».

Таким образом, верификация ОКИ остается до конца нерешенной проблемой. Их вирусных диарей методом ИФА подтверждается лишь ротавирусная инфекция. Бактериологический анализ требует расширения спектра высева возбудителей: эшерихиозов, иерсиниозов, кампилобактериозов.

УДК 618.3-06

С.С.ЖУМАГУЛОВА

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГОМОЦИСТЕИНА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанов, Актобе

Невынашивание беременности остается одной из важнейших проблем современного акушерства. Гиперкоагуляционные изменения в кровотоке могут возникнуть вследствие гипергомоцистеинемии (ГГЦ). Содержание общего гомоцистеина в плазме здорового человека находится в диапазоне 5,0-10,0 мкмоль. Концентрация 10-30 мкмоль/л соответствует умеренной, 30-100 мкмоль/л – средней, выше 100 мкмоль/л - тяжелой гипергомоцистеинемии. Известно, что ГГЦ во время беременности приводит к таким осложнениям как привычная потеря плода, гестозы, плацентарная недостаточность, задержка развития плода. Показано, что повышенный уровень гомоцистеина оказывает прямое токсическое влияние на эндотелий сосудов. Нами было проведено определение гомоцистеина у 78 женщин с привычным невынашиванием беременности. Первую группу составили 18 женщин с нормальным уровнем гомоцистеина (8-10 мкмоль/л); II группу – 24 женщины с повышенным уровнем гомоцистеина (более 10 мкмоль/л), III – группу - 20 беременных с нормальным уровнем гомоцистеина, IV группу - 16 беременных с повышенным уровнем гомоцистеина.

Определение гомоцистеина проводится биохимическим энзиматическим методом с использованием наборов фирмы «PLIVA Lachema Diagnostica» (Чехия). Фотометрически определяется оптическая плотность и рассчитывается содержание гомоцистеина в крови.

Минимальная концентрация гомоцистеина, определяемая с помощью энзиматического метода составляет 0,40 мкмоль/л. Подсчет количества тромбоцитов проводится на гематологическом анализаторе, показателей адгезии и агрегации тромбоцитов проводится с использованием тест наборов фирмы «Технология Стандарт» (Барнаул, Россия).

Проведенные исследования показали: неразвивающаяся беременность встречалась в 1,5 раза, варикозная болезнь в 2,5 раза, чаще у женщин с гипергомоцистеинемией, чем у женщин с нормальным уровнем гомоцистеина. Гиперагрегация тромбоцитов у беременных с ГГЦ встречалась в 2,4 раза чаще, чем у беременных с нормальным уровнем гомоцистеина. Тромбоцитопения в 1,5 раза чаще встречалась у женщин ГГЦ.

Таким образом, гипергомоцистеинемия является одним из факторов риска привычной потери плода и нарушения тромбоцитарного звена гемостаза. Определение гомоцистеина позволяет прогнозировать развитие осложнений у женщин с невынашиванием беременности. Внедрение способа позволит: количественно определить содержание гомоцистеина в сыворотке женщин с привычным невынашиванием, использовать определение гомоцистеина как ранний маркер дисфункции эндотелия проводить контроль уровня гомоцистеина во время беременности.

УДК 612.017.34 : 618.36.39

Н.А. ЖУМАНАЗАРОВ, С.А. АЖАЕВ

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Международный Казахско-Турецкий Университет имени А. Ясави, Туркестан

С целью установления морфологических особенностей плаценты при недонашивании нами проведено сравнение результатов гистологического исследования плаценты при преждевременных родах со 100 результатами при срочных родах (группа сравнения), при

которых беременность осложнялась угрозой прерывания во 2-3 триместрах. Макроскопически все плаценты были овальной или округлой формы, прикрепление пуповины центральное (13,2%), парацентральное (52,8%), краевое (34%). Поверхность мелкодольчатая.

В 20,0% случаях основной группы и в 5,0% группы сравнения по периферии имелись циркулярные инфаркты (placenta circumvalata или marginata). Клиновидной формы белые инфаркты в диаметре от 1 до 3 см имелись соответственно в 24,4% и в 7% случаев. Плодово-плацентарный коэффициент составил соответственно $0,12 \pm 0,02$ и $0,18 \pm 0,04$. Во всех случаях при преждевременных родах имелись гистологические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности, в группе сравнения же - в 42%. Причинами ее развития явились воспалительные изменения и нарушения кровотока в самой плаценте из-за дисхроноза развития сосудов ворсин или сдавления их разросшейся фиброзной тканью. Фетоплацентарная недостаточность в основной группе была обусловлена как отставанием созревания (увеличение в объеме терминальных и промежуточных ворсин, появление клеток Лангерганса, отсутствие синцитиокапиллярных мембран), так и хаотичным склерозированием ворсин (обилие мелких беспорядочно располагающихся склерозированных ворсин со сниженным количеством сосудов, массивным разрастанием коллагеновых волокон). Вариант диссоциированного развития плаценты (наличие котиледонов, соответствующих сроку гестации, но обилие незрелых ворсин с отложением фиб-

риноида в синцитии и сосудах, с нарушением созревания) встречался при преждевременных родах, но в основном выявлен при срочных родах. Во всех случаях при срочных родах отмечалась компенсаторная гиперпродукция новых ворсин в основном в периферической части плаценты по типу новой «свежей» волны инвазии хориона, чего не было отмечено ни в одном случае при преждевременных родах.

Особенность плацент при преждевременных родах - обнаружение в 100% исследований признаков воспаления, которое характеризовалось очаговым серозным, серозно-гнойным париетальным децидуитом (44,4%), очаговым серозно-гнойным мембранитом (24,4%), сочетанием мембранита с децидуитом и серозно-гнойным виллузитом (22,2%), и с фунгикулитом и васкулитом (9,0%). Признаки воспаления в плацентах такого же характера выявлялись и при срочных родах, но частота их составила всего лишь 22%.

Таким образом, морфологическими особенностями плацент при преждевременных родах являются: инфекционное поражение и хроническая фетоплацентарная недостаточность с нарушением кровотока в самой плаценте и неспособность плаценты к компенсаторной гиперпродукции новых ворсин по типу «свежей» волны инвазии хориона.

УДК 618.145.8

Н.А. ЖУМАНАЗАРОВ, А.К. МЫРЗАЛИЕВ, С.А. АЖАЕВ

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЛНОЦЕННОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Международный Казахско-Турецкий Университет имени А. Ясави, Туркестан

Целью нашего исследования явилась морфологическая оценка полноценности рубцов матки после кесарева сечения.

Для решения поставленной цели нами проведено гистологическое исследование 45 послеоперационных рубцов матки, которые были иссечены при плановом повторном кесаревом сечении в Перинатальном центре ЮКО №3-города Туркестана. Анализ 131 случаев оперативного родоразрешения за 2010-2012гг показал, что в 47,4% случаев кесарево сечение было проведено в плановом порядке. В половине случаев (50,1%) показанием к плановому кесареву сечению был рубец на матке. В абсолютном большинстве случаев использовалось кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки по Гусакову (в 98% случаев), корпоральный разрез только в 2% случаев при выраженном спаечном процессе в малом тазу. Известно, что качество регенерации миометрия во многом зависит от оперативной техники ушивания рассеченной стенки матки.

При гистологическом исследовании иссеченных рубцов матки, структура рубцовой ткани описывалась как диффузный склероз с мелкими очагами фиброзной ткани или крупноочаговый фиброз. Отмечалась также

зрелость соединительной ткани, которая складывалась из характеристик плотности, клеточности, васкуляризации, воспалительной инфильтрации. Следует отметить, что ни в одном случае мы не смогли обнаружить полной мускуляризации рубца матки независимо от его давности. Исходя из гистологической структуры иссеченных рубцов матки после кесарева сечения рубцы были разделены на полноценные и неполноценные.

Полноценные рубцы матки (в 69,6% случаев) формировались в среднем, через 4 и более лет и характеризовались диффузным или мелкоочаговым фиброзом, минимальной клеточностью и низкой васкуляризацией.

Несостоятельными были 30,4% рубцов матки, которые состояли из крупных очагов отечной незрелой соединительной ткани (с включениями дистрофически измененных мышечных волокон), богатой клеточными элементами и обилием мелких сосудов с пролиферирующим эндотелием.

Прикрепление плаценты в нижнем сегменте передней стенки матки сопровождается выраженными сосудисто-дегенеративными изменениями рубца, обуславливая их морфологическую несостоятельность.

ДӘРІХАНАЛЫҚ АҚПАРАТТАНДЫРУ ЖҮЙЕСІН АВТОМАТТАНДЫРУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медициналық университеті, Ақтөбе

Бүгінде компьютерленген ақпараттық жүйелер ауруханалардағы да, қала желісіндегі де дәріханалық жұмыстың айырылмас бөлігі. Ғылыми еңбегімізде дәріханалық жұмыстың негіздерін және медициналық информатиканың дәріхана қызметтеріне әсерін талқылаймыз. Сонымен қатар, келешекте компьютерлік дәріханалық ақпараттық жүйелердің даму мүмкіншілігіне тоқталамыз.

Компьютеризациялау келесі міндеттерді шешеді:

1. Дәріханалық ұйымның шаруашылық - қаражаттық әрекеттілігін есептеу мен тауар жылжуын автоматтандыру;
2. Жетекші және фармацевтік қызмет құрамының автоматтандырылған жұмыстық орындарын құру;
3. Қалалық анықтама жүйесімен өзара әрекеттесуді автоматтандыру;

4. Фаламтор – технологияны қолдана отырып қызмет көрсету кешенін құру.

Дәріханадағы тауар – ақша ағымына автоматтандыру тікелей қатысты, сондықтан осы қозғалыс ағымның негізгі кезеңдеріне тоқталайық.

Шартты түрде тауар жылжуының келесі кезеңдерін айқындауға болады:

- 1 кезең. Тауарды табу және оны жеткізушілерден қабылдап алу;
 - 2 кезең. Дәріханада тауарды кіріске алу;
 - 3 кезең. Дәріхана ішінде тауардың жылжуы мен өзгеруі;
 - 4 кезең. Тауардың дәріханадан сатып алушыға жіберілуі.
- Жұмысымызда осы кезеңдерді автоматтандыру қарастырылады.

УДК 616.36 – 004:615.03

Л.А.ЖУСИПБЕКОВА

ДИУРЕТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Городская поликлиника №3, Ақтөбе

Цель: изучить эффективность и безопасность диуретиков у больных циррозом печени (ЦП).

Материал: Обследовано 20 больных ЦП, из них у 3 вирусной этиологии, у 13 алкогольного генеза, у 4 аутоиммунного происхождения. Длительность ЦП составляла $4,8 \pm 1,2$ года. Средний возраст больных составлял $61,2 \pm 2,3$ года. Тяжесть течения ЦП соответствовал классу "А" по Чайльд-Пью в 41% случаев, классу "В" – в 38%, классу "С" – в 21% случаев. Эффективность и безопасность диуретиков изучали по их влиянию на качество жизни и функции головного мозга больных ЦП. Для этого использовали опросник SF-36 и «Тест связи чисел». Больные были распределены на 2 группы: основная группа из 10 больных получали фуросемид и верошпирон (в среднетерапевтических дозах), контрольная группа из 10 пациентов принимали верошпирон. По возрасту, полу и тяжести течения ЦП обе группы были сопоставимы. Всем больным лечение

диуретиками проводилось на фоне базисной терапии с ограничением в диете белков и соли.

Результаты: при анализе выявлено, что на фоне проводимой терапии было отмечено более выраженное снижение физической и социальной активности по шкале SF-36 у больных основной группы (45%), тогда как в в контрольной группе отмечалось снижение этих показателей на 20% больных. Наиболее выраженные отличия между группами были отмечены со стороны когнитивных функций головного мозга по оценке «Теста связи чисел». В основной группе снижение показателей отмечалось у 20% больных, тогда как в контрольной группе составляло 10%.

Выводы: при лечении отеочного синдрома у больных ЦП диуретики следует назначать с осторожностью, так как повышается риск развития энцефалопатии и отмечается значимое ухудшение качества жизни по категориям «Социальная и физическая активность».

УДК 618.19

Т.В. ЗАДОРЖНАЯ, Т.А. БОНДАРЕНКО, К.К. САРКУЛОВА

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА АЛГОРИТМИЗАЦИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе

Дифференциальная диагностика различных поражений молочной железы представляет определенные сложности, связанные с тем, что различные патологические процессы имеют часто общие морфологические

признаки. Для того, чтобы облегчить и упростить процесс дифференцировки мы в своей практической деятельности используем метод алгоритмизации (О.К. Хмельницкий, В.Л. Белянин), который явля-

ется методической основой для составления унифицированного алгоритма дифференциальной диагностики доброкачественного поражения молочной железы (фиброзно-кистозной болезни, эктазии протоков, внутрипротоковой папилломы, фиброаденомы, липогранулемы). Логическая структура алгоритма позволяет при проведении цитологического исследования объединить разрозненные морфологические данные в

единую связную картину, выяснить роль обнаруженных изменений в морфологической картине указанных патологических процессах и обеспечить формулировку наиболее вероятного диагностического заключения. Эту же дифференциально-диагностическую методику можно применять и во многих других спорных ситуациях при оценке цитогрaмм.

УДК 618.1

Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ, С.Н. РЫЖКОВА, Г.К. КУРАКБАЕВА, А.А. ШАНГАРАЕВА

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Клинические подходы к проблеме диагностики гипоксических состояний плодов отличаются от таковых у новорожденных. Как правило, перинатальные аспекты отличаются от неонатальных. Вместе с тем, остается актуальной проблема диагностики нарушений состояния плода. И в первую очередь применение кардиотокографии.

Задачей нашего исследования послужило изучение состояния плодов с помощью кардиотокографии при действии окситоцина, в 162 случаях. Показанием для применения окситоцина послужило необходимость индукции родов по медицинским проблемам. Индукция родов проводилась по методике клинических протоколов, утвержденных МЗ РК. Оказалось, что в ответ на первые индуцированные маточные сокращения в 74 (45%) случаях на кардиотокограммах отмечались изменения базального ритма и появление децелерации в момент сокращения матки. Причем, в последующие 30 минут происходила стабилизация ба-

зальной частоты и количества децелераций. Нами это рассматривалось как проходящее нарушение состояния плода. Частота ложно-отрицательных результатов достигала 1%.

В 8,4% случаев после 30 минут проведения индукции родов количество децелераций не приходило к исходному, а в 4,2% случаев – увеличилось. При дальнейшем наблюдении и ведении родов пришлось применить экстренные методы родоразрешения (кесарево сечение) по причине начавшейся острой гипоксии плода.

Таким образом, при проведении индукции родов рекомендуется проведение кардиотокографии для определения состояния внутриутробного плода. При этом, в начале индукции родов проявляются физиологические признаки гипоксии плода. Если в течение 30 минут не исчезают проходящие признаки нарушения, дальнейшая индукция родов может привести к неблагоприятным клиническим исходам для плода.

УДК 618.1

Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ

КАРДИОТОКОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯТРОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

В практике акушера-гинеколога иногда возникают случаи, на первый взгляд, непонятно возникших признаков гипоксии плода при беременности. Одной из ятрогенных причин является синдром сдавления нижней полой вены. При этом первичными проявлениями являются жалобы женщины (затрудненное дыхание, слабость) и, как правило, изменение сердечной деятельности плода, особенно в момент записи кардиотокограмм (в горизонтальном положении исследуемой).

Нами изучено 28 записей кардиотокограмм во время синдрома сдавления нижней полой вены с одновременной записью КТГ. В течение данного промежутка исследования в сердечном ритме плода появляются глубокие децелерации (урегание сердечной деятельности плода), снижение variability ритма (амплитуда и частота осцилляций), учащение двигательной активности плода. Эти проявления являются признаками внутриутробной гипоксии плода. При этом с изменением положения тела беременной происходит улучшение состояния беременной с постепенным

улучшением показателей кардиотокограммы (восстановление базального ритма и его variability). При данной патологии предусмотрена методика исследования КТГ в положении женщины «на боку».

Нами было отмечено, что в 6 случаях первичными признаками синдрома сдавления нижней полой вены были изменения со стороны кардиотокограммы при отсутствии жалоб у женщины. Важнейшим показателем является усиление шевеления плода, глубокие пролонгированные децелерации со снижением variability базального ритма до «немного» типа. При этом восстановление происходило в течение 60 минут – так называемая, гемодинамическая гипоксия, которая может привести к антенатальной гибели плода.

Таким образом, правильное соблюдение методики проведения кардиотокографического исследования плода, приводит к профилактике гипоксии плода, включая случаи экстренной подготовки к операции кесарево сечение. Это позволит снизить перинатальную смертность.

ОПЫТ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Клиника «Аман-Саулык», Актобе

Внутриматочная хирургия с помощью гистероскопии позволяет решать проблему репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. На современном этапе, миома матки диагностируется до 20-25% женщин репродуктивного возраста. При этом наиболее неблагоприятным остаётся расположение миоматозных узлов под слизистой оболочкой матки.

В МЦ «Аман-Саулык-Актобе» за последние 3 года из 206 произведённых гистероскопических операций в 22 случае произведена гистероскопическая резекция субмукозных миом матки. Средний возраст женщин составил 32,08 лет. В 50% случаев субмукозная миома матки сопровождала первичное и вторичное бесплодие, в 75,6% - кровотечения, 32,4% - боли внизу живота. Показанием для операции являлись субмукозные узлы не более 4 см. Операция производилась с помощью монополярной резекции на оборудовании «Karl Storz».

Важнейшим в выборе метода резектоскопии является тип расположения миоматозных узлов (0, I, II типы). Во время консервативной гистероскопической миомэктомии использовались сокращающие лекарственные препараты. Из 22 больных 12 оказались с 0 типом расположения узла, 6 - I типом и 4 - II типом. Все операции произведены в один этап. Контроль осуществлялся ультразвуковым исследованием до и после операции. В двух случаях отмечена гематома шейки матки, которая разрешилась зондированием шейки матки и назначением сокращающих средств матку. В двух случаях после консервативной миомэктомии благополучно наступила беременность.

Таким образом, консервативная гистероскопическая миомэктомия является органосохраняющим безопасным методом, сохраняющим репродуктивную функцию женщины.

УДК 618.17.177

Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ

СЛУЧАЙ ИССЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПОЗАДИМАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

Клиника «Аман-Саулык», Актобе

Частота эндометриоза по данным различных авторов от 12% до 25%, а у женщин с бесплодием до 50%, включая спаечные процессы IV стадии. Из 260 проведённых лапароскопических операций на женских половых органах, частота эндометриоза составила 42,1%. В 5,6% случаев во время операции выявлены эндометриоидные кисты в сочетании с распространёнными ретроцервикальными эндометриоидными инфильтратами больше 6 см.

Нами представляется история болезни №346 больной М, 22 лет, которая обратилась с жалобами на болезненные менструации, отсутствие беременности в течение 2 лет. Менструация с 15 лет, по 6-7 дней, регулярно, болезненно. В браке 2 года. Беременностей не было. При обследовании в области левых придатков имеется образование 4,6х 3,5х6,6 см. Во время

лапароскопии выявлено в заднем своде эндометриоидный инфильтрат 6,0х6,5х4,5 см, в состав которого входит задняя стенка шейки матки и передняя стенка прямой кишки. Острым и тупым путём с большими техническими трудностями, с использованием биполярного электрода произведено иссечение инфильтрата без повреждения соседних органов. Гистологически подтверждено наличие эндометриоидного инфильтрата. Через 7 месяцев, на фоне получения дюфастона, наступила беременность.

Таким образом, лечение распространённого эндометриоза IV стадии с предварительным консервативным лечением, иссечением обширного эндометриоидного инфильтрата и последующим назначением гестагенов, привело к восстановлению репродуктивной функции женщины.

УДК 616. 053

Е.Н. ЗЕЛЕНКО, А.В. САПОТНИЦКИЙ, М.В. АРТЮШЕВСКАЯ, С.Э. КАЧАН

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ В ПЛАЦЕНТЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

ГУО Белорусская медицинская академия последипломного образования,
УЗ Родильный дом Минской области, Минск, Республика Беларусь

Оптимизация выхаживания глубоко недоношенных новорожденных является одним из приоритетных направлений современной перинатологии. Цель данного исследования – изучить особенности некоторых

параметров кислотно-основного состояния (КОС) недоношенных новорожденных с массой тела менее 1000 грамм при гнойном инфицировании плаценты.

Проанализированы особенности течения родов и неонатального периода и параметры КОС периферической крови в течение 30 минут после рождения у 9 новорожденных с гнойными воспалительными изменениями плаценты (I группа), и у 10 детей без данной патологии (II группа). Среднее значение величин представляли в виде медианы и интерквартильного размаха, при сравнении применяли критерий Манна - Уитни.

Не было выявлено различий между группами по возрасту матери, паритету родов, оценке состояния новорожденных по шкале Апгар, половому составу. В первой группе в 56% роды были через естественные родовые пути, во второй группе в 90% случаев – путем плановой операции кесарево сечение по показаниям матери (гестоз) или плода (ФПН). Срок гестации колебался от 25 до 31 недель. Средняя масса новорожденных составила соответственно 900 (730 – 955) и 980 (940 – 990) грамм. Всем детям с профилактической целью в родзале вводился препарат экзогенного

сурфактанта «Куросурф». Отсутствовали различия в значениях pH, pCO₂ и дефицита буферных оснований. В первой группе выявлены достоверно более низкие (p<0,05) уровни уровня парциального давления и сатурации кислорода, соответственно: 45 (42 – 50) и 54 (48 – 59) мм рт ст; 86% (83 – 90) и 93% (86 – 94). Также обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь между показателями сатурации кислорода и максимального значения концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе, требовавшийся при проведении респираторной помощи детям в течение раннего неонатального периода (r=-0,55, p<0,05).

Таким образом, у детей с гнойными воспалительными изменениями в плаценте выявлено снижение показателей, характеризующие поступление кислорода в кровотоки, что вероятно может быть связано с нарушением функций плаценты ввиду воспалительного процесса.

УДК 614.39:613.294

А.Н. ЗИНАЛИЕВА, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, А.Б. НАГМЕТОВА

БЕЗОПАСНОСТЬ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ В РАМКАХ ВСТУПЛЕНИЯ РК В ВТО

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Безопасность пищевых продуктов – это гарантия того, что пищевой продукт не причинит вреда потребителю, если будет приготовлен или употреблен в соответствии со своим назначением.

Качество – это общая совокупность черт, характеристик и свойств продукта, способных удовлетворять явные или предполагаемые потребности потребителя. Базовая и наиболее важная потребность потребителя в отношении пищевой продукции – ее безопасность. Соответственно, безопасность имеет приоритет по сравнению с качеством. Качественный продукт не может быть небезопасным, однако безопасный продукт не всегда высококачественный.

Сегодня одним из ключевых условий участия в международной торговле пищевыми продуктами является способность страны экспортера и конкретного предприятия – производителя обеспечить безопас-

ность экспортируемой продукции. Это первичное условие, и только при его соблюдении можно далее говорить о конкретных характеристиках продукта, цене, отличиях от других подобных продуктов.

Многие страны ввели специальные процедуры для предварительной оценки способности потенциальных стран-экспортеров обеспечивать безопасность продукции. Чтобы экспортировать в ЕС продукцию животного происхождения, необходимо продемонстрировать, что государственная система контроля безопасности продукции страны-экспортера способна обеспечить такой же высокий уровень безопасности, как и в ЕС.

На сегодняшний день Казахстан стоит на пути вступления в ВТО (Всемирная торговая организация), первостепенной задачей которой является установление общих принципов международной торговли.

УДК 616-08-039.57:31

А.Д. ИБРАШЕВА

ОСНОВНЫЕ КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 1 КВАРТАЛ 2012 ГОДА В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №4 ГОРОДА АКТОБЕ

Городская консультативная поликлиника №4, Актобе

Уровень состояния здоровья народа определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. Отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике. Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире»: одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение

качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. На основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения РК определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Из итогов деятельности поликлиники за 2011 год деятельность поликлиники была направлена на улучшение оказания первичной медико-санитарной помощи, реализации Государственной программы развития здра-

воохранения РК «Саламатты Қазақстан»: провели скрининг обследование взрослого и детского населения, портал РПН, СКПН, открыто отделение профилактики и социально-психологической помощи, уменьшена госпитализация в стационары в связи с наличием дневного стационара, плановых больных направляли через бюро госпитализации, портал смертности населения от БСК, улучшена МТБ поликлиники, закуплено оборудование, проводится пропаганда ЗОЖ, переподготовка и специализация медицинских кадров. В 1 квартале 2012г. началась работа с порталом «Регистр диспансерных больных». По ГП № 4 на «Д» учете состоит – 19314 больных. На портал зарегистрировано 10532 больных (54,5%). Тенденция к

повышению общей заболеваемости на 0,2% и первичной заболеваемости на 0,1% по сравнению с 2010 г. Задачи ГП№4 на 2012 год: улучшение здоровья населения, повышение доступности качества медицинской помощи, пропаганда здорового образа жизни путем повышения солидарной ответственности населения, доступности и улучшения качества медицинской помощи, выполнения планов профосмотров, охват диспансерным наблюдением населения, повысить эффективность и качество диспансерных больных, снижение уровня заболеваемости и смертности населения от БСК и новообразований, охрана материнства и детства.

УДК 004:61

М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.Б. БАХАЕВА, А.К. ЖУМАШЕВА

ТЕЛЕМЕДИЦИНА – ҒАЛАМТОР ПАЙДАЛАНУЫНЫҢ БАСТЫ БАҒЫТТАРЫНЫҢ БІРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Медицинадағы Ғаламтор пайдалануының басты бағыттарының бірі, ақпарат іздеуден басқа, телемедицина болып табылады, яғни, негізгі медициналық орталықтардан алшақта тұратын адамдарға медициналық жәрдем көрсету, басты жетекші медициналық орталықтардан консультация алу мақсатында әртүрлі медициналық ақпараттарды (ауру тарихынан көшірме, УЗ, рентген суреттері, қан препараттарының көрінісі және т.б.) байланыс арнасы арқылы алу. Телемедициналық консультацияларды бейнеконференциялар қалпында да (формасында) және пациенттер туралы ақпаратты электрондық пошта (E-mail) арқылы жіберумен де өткізуге болады. Бейнеконференция технологиялары медицина бағыттарының көпшілігіне икемді бейімделеді. Бейнеконференцияның түрлерінің бірі – «интраоперациялық» консультация: эндоскопиялық камерадағы көрініс дәрігер-консультанттың желісіне беріледі, ал консультант операция барысын байқай отырып, күрделі, қиын жағдайда хирургке жәрдем бере алады және т.т.б.

Ғылымның барлық жаңа салаларындағыдай телемедицинаның да зерттеуді қажет ететін шешілмеген мәселелеріде бар, олар:

- телекеңес өткізуді, телемедициналық қызмет түрін көрсетуді лицензиялауды қоса алғанда – құқықтық негізінің мүлдем болмауы;
- медициналық мағлұматтармен алмасуда және жолдауда (мәтіндік, визуалды т.т.б.) ұлттық стандарттардың болмауы;
- Қазақстан Республикасының Үкіметімен бекітілген телекеңес қызметі төлемақысын әр түрлі медициналық сақтандырулардың нұсқалары (ерікті, міндетті) арқылы төлеу жүйесінің болмауы;
- қолданыстағы байланыс арналарының сапасыздығы, шалғай жатқан аудан орталықтарында жоғары жылдамдықтағы сандық арналардың болмауы;
- телемедицинаны дамытуға арналған қаржы көздері қарасатырылған арнайы мемлекеттік бағдарламаның жоқтығы

УДК 616-089: 616, 34-002.43

Е.Н. ИЛЬЯСОВ

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТОЗНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКИХ

«Областной противотуберкулезный диспансер», Ақтобе

Кистозная гипоплазия легких является наиболее частым пороком развития и составляет до 60-80 % всех аномалий легкого. Распознавание кистозной гипоплазии легких в ряде случаев представляется трудной задачей, особенно в смысле дифференцирования ее с приобретенными хроническими процессами в легких (бронхоэктатическая болезнь, кистоподобные эпителизированные полости после деструктивных процессов в легочной паренхиме, посттуберкулезные изменения). С 2007 по 2011 годы в легочном отделении ОПТД оперативному лечению подверглись 4 больных с предоперационным диагнозом: Фибринозно-кавернозный туберкулез легких. Больным выполнены

лобэктомии. Возраст больных варьировал от 16 до 20 лет. Длительность заболевания составила в среднем 3,7±1,2 лет. В анамнезе у всех больных были частые простудные заболевания и трудно поддающиеся консервативной терапии хронические пневмонии с эпизодами кровохарканья в связи, с чем больные и направлены на лечение в легочное отделение ОПТД. Трехкратное бактериологическое исследование мокроты было отрицательным. Все больным проводилось стандартное клинико-лабораторно-инструментальное обследование. Ближайшие результаты были следующими: во время операции (торакотомии) установлено, что легочная ткань была бледной окраски и тестовой

консистенции, отсутствовал рисунок угольного пигмента. Пальпаторно в толще определялись множественные полости и фиброз. Здоровые участки были компенсаторно увеличены, язычковые сегменты воздушны. На разрезе удаленные доли содержали множественные кисты, заполненные вязким серозно-гнойным секретом, стенки бронхов были склерозированы, отмечался перибронхиальный фиброз. При гистологическом исследовании макропрепаратов, установлено, что кисты имеют бронхогенное происхождение с лейкоцитарной инфильтрацией стенок примыкающей легочной ткани (неспецифический пневмосклероз). При бактериологическом исследовании серозно-гнойного секрета – высеяна неспецифическая микрофлора (микобактерии туберкулеза не выявлены). На основании интраоперационных данных и данных гистологического исследования больным выставлен послеоперационный диагноз кистозная гипоплазия легких, осложненная воспалительным процессом. У всех больных

течение послеоперационного периода без осложнений. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии с дальнейшим диспансерным наблюдением у пульмонолога. Отдаленные результаты прослежены в срок до 2-х лет, рецидивов заболевания не отмечено.

Заключение. Дифференциальный диагноз кистозной гипоплазии как порока развития и приобретенных кистозных бронхоэктазий представляет трудности (в наших наблюдениях фибринозно-кавернозный туберкулез). Показанием к оперативному лечению является клиника хронического прогрессирующего процесса и четкая ограниченность кистозных изменений в легочной ткани. Во время вмешательства иногда удается отметить необычность строения удаляемых частей легочной ткани, что косвенно свидетельствует о врожденности имеющихся изменений. Впрочем, дифференциальный диагноз в данных случаях представляет не столько практический, сколько академический интерес.

УДК 616.348-002.4-053.31-08

М.Т. ИЛЬЯСОВ, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, А.Е. ЕРГАЛИЕВ, Б.Н. БИСАЛИЕВ.

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Областная детская клиническая больница, Актобе

Некротический энтероколит (НЭК) является заболеванием преимущественно недоношенных детей, с мультифакториальной природой. Механизмом, запускающим процесс, являются ишемия и циркуляторные нарушения в кишечнике на фоне стрессовых ситуаций, вызывающих у новорожденных централизацию кровотока и локальное нарушение мезентериального кровотока, изъязвление слизистой, коагуляционный некроз и перфорация кишечника.

Операцией выбора у больных с НЭК является экономная резекция некротизированного участка кишечника с наложением кишечных стом, не исключено в хирургическом лечении и формирование прямого кишечного анастомоза.

Приводим случай из практики. Ребенок Б. от 9-й беременности, 4-х родов в срок. Родился с асфиксией в родах из-за преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Вес при рождении 2800 гр, рост 49 см, с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов. Переведен из роддома в хирургический стационар на 7-е сутки жизни с клиникой перитонита. При поступлении для декомпрессии брюшной полости наложен лапароцентез, что позволило проводить адекватную предоперационную терапию. Произведена операция: Средне-срединная лапаротомия, во время которой выявлена перфорация поперечной ободочной кишки,

разлитой фибринозный перитонит. Учитывая морфофункциональную зрелость, вследствие доношенности ребенка, технические трудности выведения стомы в области поперечной ободочной кишки, отсутствие выраженной картины перитонита из-за своевременно проведенного лапароцентеза до операции, решено сформировать толстокишечный анастомоз. Произведена резекция участка толстой кишки, сформирован анастомоз толстой кишки конец в конец, санация и дренирование брюшной полости. Энтеральное, дробное питание грудным молоком начато на 10 сутки после операции по 5 мл/час микроструйно с постепенным доведением до возрастного объема. Выписан на 21-е сутки в удовлетворительном состоянии. Вес при выписке 3230 гр.

Таким образом, залогом успеха в лечении некротического энтероколита у новорожденных является своевременная диагностика хирургической стадии заболевания, адекватная предоперационная подготовка. Развитие детской реанимационной службы, интенсивной терапии и выхаживания новорожденных, на сегодняшний день, дают возможность для формирования кишечного анастомоза при явлениях перитонита, что является оправданным риском ввиду радикальности лечения.

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Прогресс в развитии медицинской технологии позволил шире использовать ее достижения в лечении тяжелой категории больных с абдоминальным сепсисом. Имеющийся на сегодняшний день огромный арсенал средств и методов эфферентной терапии позволяет активно корригировать эндогенную интоксикацию. Плазмаферез в последние годы стал обязательным звеном комплекса детоксикационной интенсивной терапии абдоминального сепсиса.

Целью наших исследований явилась оценка роли плазмафереза в комплексном лечении больных с абдоминальным сепсисом.

Роль плазмафереза в коррекции интоксикационного синдрома анализирована на результатах лечения 2497 больных с различными гнойно-септическими заболеваниями. Под влиянием ПФ быстрее устранялась интоксикация, улучшались обменные процессы, деятельность сердечно-сосудистой системы, детоксици-

рующая функция печени, разрешалась паралитическая кишечная непроходимость.

В настоящее время существуют различные методы плазмафереза, имеющие ряд специфических особенностей. Развитие медицинской техники позволило осуществлять данную процедуру посредством мембранной плазмосепарации, которая позволила значительно уменьшить недостатки предшествующих. Для объективизации результатов проведенных исследований использовались новые международные стандарты определения тяжести состояния больных.

Анализ проведенных исследований со всей убедительностью показывает обоснованность использования плазмафереза, как наиболее доступного, высокоэффективного и достаточно безопасного метода детоксикации в лечении гнойно-септических осложнений многих заболеваний, осложненных абдоминальным сепсисом.

УДК 612.248-053.2

Ж.Х. ИСАНГУЖИНА, Л.С. ДУЙСЕНОВА, А.К. МУКАНОВА, Н.Н. МАНДРЫКА, М.К. САГИНДЫКОВА

ФАКТОРЫ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В структуре детской патологии заболевания органов дыхания у детей, протекающие с бронхообструктивным синдромом, занимают одно из ведущих мест. Существенное место среди них принадлежит бронхиальной астме (БА), характеризующейся высокой распространенностью, тяжестью течения, приводящих в ряде случаев к инвалидизации детей. Исследование факторов риска бронхиальной астмы может способствовать ранней диагностике и своевременной профилактике БА. Поэтому изучение факторов риска развития бронхиальной астмы у детей до настоящего времени остается актуальным.

Цель исследования – изучение факторов риска развития бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведена анкетирование 88 детей 8–15 лет (63 ребенка с БА – основная группа; 25 здоровых ребенка – группа сравнения).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных 88 детей преобладали мальчики как в группе здоровых детей так и больных. При анкетировании детей (63 ребенка с БА – основная группа; 25 здоровых ребенка – группа сравнения) установле-

но, что анамнез по атопии был отягощен у 63,2 % детей основной группы, в группе сравнения у 13,4 % ($p < 0,001$). Патология беременности и родов выявлена соответственно у 55,1 % и 50 % детей основной группы; 11,5 % и 30,7 % – группы сравнения ($p < 0,001$). Ранние проявления атопического дерматита наблюдались у 32,4% в основной группы и 7,7 % – в группе контроля ($p < 0,05$), искусственное вскармливание – у 84,5 % и 61,4 % детей соответственно ($p < 0,001$). Высокая отягощенность быта аллергенами была у 38,9% в основной группе и 26,9 % детей группы сравнения, ОРВИ на первом году жизни и более 4 раз за последний год – у трети больных БА и 5,7 % здоровых детей ($p < 0,05$). Пассивное курение имело место у 56,6 % детей основной группы, в группе сравнения – 38,5 %. Таким образом, анамнез детей с БА выявил существенную отягощенность факторами риска, часть которых ассоциируется с нарушениями основных позиций здорового образа жизни. Очевидно, целенаправленная работа педиатра в отношении здорового образа жизни в семье ребенка будет способствовать профилактике тяжелых форм БА и ее обострений.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЕВСТАХИИТА СУЩЕСТВУЮЩИМИ МЕТОДАМИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Слуховая труба в нормальных условиях является единственным сообщением среднего уха с внешней средой. Различные патологические процессы, возникающие в трубе, в конечном счете, проявляются в нарушении этой связи за счет обтурации или зияния ее просвета. Большое количество факторов, вызывающих нарушение проходимости слуховых труб, определяет разнообразие методов лечения.

Под наблюдением находилось 45 больных, ранее не получавших никакого лечения. Перед лечением все больные подвергались полному клиническому обследованию, включая, акуметрию, тональную аудиометрию, заднюю риноскопию, исследование проходимости слуховой трубы по В.И. Воячеку. Для лучшей оценки эффективности подобраны больные с одинаковыми исходными данными: шепотная речь – 1,5 метра, разговорная – 4,5 метра, тональная аудиометрия – 35дБ. При продувании слуховой трубы по Политцеру и с помощью ушного катетера у всех больных была непроходима. Все больные были разделены на три группы по 15 человек. В первой группе проводилось продувание слуховой трубы по Политцеру, во второй – электорофорез эндоурально с лидазой 64ЕД разведенный буферным раствором, сила тока 0.02ма 15 минут, в третьей - продувание с помощью ушного ка-

тетера с введением лидазы и электорофорез эндоурально с лидазой 64ЕД сила тока 0.02ма 15 минут. Одновременно всем больным проводился пневмомассаж. Курс лечения составил 10 процедур. После окончания курса лечения проводили контрольную акуметрию, аудиометрию, осмотр глоточного устья и исследование проходимости слуховой трубы.

У больных, получавших лечение в третьей группе, выявлено значительное улучшение восприятия шепотной речи до 4,5м, разговорной речи больше 6м, чистых тонов через воздух до 15 дБ. Однако полной нормализации слуха не произошло. Во второй группе отмечено незначительное улучшение слуха: шепотная речь 3м, разговорная речь до 5м, чистых тонов через воздух до 25 дБ. У всех больных с положительным клиническим и функциональным эффектом восстановилась и подвижность барабанной перепонки. При отоскопии - барабанная перепонка серая, подвижная, опознавательные пункты сохранены.

Таким образом, из существующих доступных методов лечения хронического воспаления слуховой трубы более эффективным оказалось продувание с помощью ушного катетера с введением лидазы и электорофорез эндоурально с лидазой 64ЕД.

УДК 617.713-007, 64-08-084

К.К. ИСКАКОВ, Г.Т. БЕКНАЗАРОВА, А.Т. САРБАЕВА, Е.Г. БЕРНИЯЗОВА.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КРИВИЗНУ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

По утверждению Б.Л. Радзиховского (1963), слишком сильная кривизна роговицы как первая и следовательно, основная причина близорукости указывается почти во всех учебниках различных стран мира, начиная с учебника Пленка (1731) и до середины XIX века. Тогда считалось, что дети могут быть близорукими от рождения, а по мере роста организма, вследствие наступающего уплощения роговицы, близорукость уменьшается и даже может исчезнуть совсем.

У. Г. Бейтел. Американский ученый, врач-окулист У.Г. Бейте (1920 г) проявил особый интерес и апробировал на практике свое предложение о возможности активного воздействия на мышечный аппарат глаза путем проведения специальных упражнений, которые за счет изменения силы этих мышц приводили к изменению преломляющей способности роговицы (всей оптической системы глаза), чем Бейте и объяснил отсутствие надобности ношения очков.

Наши предварительные разработки, наблюдения и знакомство с соответствующей литературой дают

основание полагать, что целенаправленное, синхронное воздействие определенных групп мышц (придатков и глазного яблока) оказывает существенное изменение на параметры глазного яблока, изменяя фокусное расстояние его оптических сред. В результате этого улучшается функция органа зрения до такой степени, что отмечается пациентом как кулушение зрения, мы полагаем, что эти изменения будут манифестироваться и стабилизироваться в дальнейшем (после 6-9-12 месяцев). Для такого оптимизма основанием является то, что люди получающие тренировки по Бейтсу, отмечают заметное повышение остроты зрения, что позволяет им отказаться от очков.

В связи с изложенным нами планируется дальнейшее изучение возможности моделирования кривизны роговой оболочки методами тренировок мышц глазного яблока в процессе формирования органа зрения.

ПРОФИЛАКТИКА ШКОЛЬНОЙ МИОПИИ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Профилактика близорукости складывается из двух моментов: стабилизации уже возникшей миопии и предотвращения возникновения близорукости у лиц, к ней предрасположенных.

В связи с этим, мы посчитали целесообразным опубликовать данные, касающиеся профилактики школьной миопии у детей повышенным риском ее появления.

Нами осмотрено 1031 учащихся школы №21 г. Актобе. 560 школьников имели факторы риска близорукости отягощенная по миопии наследственность, частные или хронические заболевания, ослабленная аккомодация. Возраст детей колебался от 9 до 14 лет.

У 345 учащихся наблюдались в течение двух лет (исследовалась острота зрения, состояние аккомодации, роговичный астигматизм, передняя-задняя ось глаза, статическая рефракция в условиях мезатоновой циклоплегии). 133 школьника этой группы получали тренировки аккомодации по методу Э.С.Аветисова-

К.А.Мац (1-2 курса в год), остальные 212-лечение не получали и составили контрольную группу.

Ослабленная аккомодация (сниженные запасы относительной аккомодации) отмечалось у 83 детей в первой группе (62,4%) и у 140- во второй (66,0%).

Через два года аккомодация ниже нормы была в лечебной группе только у 2 школьников (1,5%), в контрольной – у 130 (60,3%). Статическая рефракция также претерпела некоторые изменения. При первичном осмотре миопии не было в одном случае, и острота зрения равнялась 1,0.

За время наблюдения у детей, получавших тренировочные упражнения для аккомодации, близорукость появилась у 3,2%, в контрольной группе – у 83 (39,1%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что активная тренировка цилиарной мышцы, приводящая к нормализации зрения.

УДК 616.155.194-052.3

А.У. ИСМАГУЛОВА, С.А.УРАЛОВА, Д.У.ЕРГАРИНОВА

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Городская поликлиника №1, Актобе

Актуальность. Среди патологии детей раннего возраста наиболее часто регистрируется железодефицитная анемия (ЖДА). ЖДА – это клинко-гематологический синдром, возникающий вследствие дефицита железа в организме в течение длительного периода времени и проявляющегося симптомами анемии. В зависимости от степени тяжести анемии выявлялись различной выраженности клинические симптомы.

Цель исследования - оценка эффективности биологически активных добавок содержащие железо «Iron», «Boostiron» в реабилитации железодефицитных анемий у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование находящихся под наблюдением детей от 1 года до 5 лет с железодефицитной анемией различной степени тяжести. Мальчиков 20, девочек 31, из них от 1 года до 2-х лет – 21, до 3-х лет – 19, до 4-5 лет – 11 детей.

В зависимости от степени тяжести ЖДА детей разделили на 2 группы: анемия I и II степени тяжести. Всех пациентов обследовали, пользуясь методом обратного анализа крови с определением уровня сывороточного железа, а также биохимических анализов крови (общий белок и билирубин) и другие исследования для выявления причин анемии.

Результаты исследования и их обсуждение. Для реабилитации ЖДА у детей раннего возраста исполь-

зованы биологические активные добавки (БАД-ы), содержащие железо «Iron», «Boostiron». Уникальность формулы: препарат состоит из карбонильного железа обладающего рядом преимуществ в сравнении с другими формами железа. Содержит 98% элементарного железа; не содержит солей железа; не токсичен; в отличие от солей железа не оказывает побочного действия в виде запоров и диареи; легко усваивается организмом. Препарат содержит 10 мг карбонильного железа, а также витамины «С» и «В₁₂» и фолиевую кислоту для более полного усвоения. Препарат дается 1 раз в день во время еды.

Эффективность от проводимой терапии зарегистрирована после 2-х недель у детей I группы, 3-х недель - у детей II группы. Длительность терапии составляла 4-8 недель, далее суточная доза уменьшилась наполовину для восстановления «запасов» железа в организме. Побочных явлений в виде гастроинтестинального синдрома не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного нами клинического исследования по применению БАД-ов, содержащих карбонильное железо для реабилитации железодефицитных анемий у детей раннего возраста оказались эффективными. Препарат безопасен, с хорошими органолептическими характеристиками, удобен в применении.

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Стоматологическая клиника ТОО «ЭСДЕНТ DARIS-VIP», Атырау

На базе городской детской стоматологической поликлиники г.Атырау изучали эффективность проведения лечебно-профилактических мероприятий у 305 детей двух возрастных групп: 10-12 лет (187 чел.) и 15-17 лет (118 чел.). Динамические наблюдения проводились в течение 3 лет (2008-2011 г.г.).

В комплекс стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у 63 подростков 15-17 лет в качестве вспомогательного средства мы включили БАД «Антипародонтит» и «Антикариес». Индекс ОНI-S в среднем по группе сравнения составил 1,8 (удовлетворительный уровень), тогда как в основной - 1,1 (хороший уровень гигиены). Величина индекса РМА была достоверно ниже в основной группе и составила $17,8 \pm 0,12\%$. Все пациенты отмечали уменьшение кровоточивости и неприятного запаха изо рта, достоверно снижалась выраженность воспалительных явлений в полости рта, отмечалась стабилизация процесса в течение срока наблюдения у 76,8% обследованных.

Показатель теста резистентности эмали в группе детей, принимавших БАД «Антикариес» и «Антипародонтит» составлял $4,5 \pm 0,76$ балла, что свидетельство-

вало об улучшении минерализации на 30%. Показатель индекса гигиены через год наблюдения улучшился в обеих группах. До начала лечебно-профилактических мероприятий среднее значение индекса гигиены составило 3,3. при контрольном осмотре в основной группе показатель уменьшился на 1,4, а в сравниваемой группе – только на 0,5. Редукция кариеса через один год составила 83,3%, что является ярким показателем эффективности профилактических мероприятий с включением БАДов. При использовании зубной пасты LACALUT® Teens 8+ (1400 ppm) с аминофторидом, через 30 дней применения резистентность эмали зубов по показателю редукции составила 32,7% (в сравниваемой группе – 16,4%), улучшение – на 16,3%.

Таким образом, в комплекс профилактики и лечения детей, проживающих в регионе активной добычи нефти и газа, а также с низким содержанием фтора в питьевой воде должны включаться фториды системного действия. Рекомендуется использование биологически активных добавок по следующей методике: «Антикариес», «Антипародонтит» и зубной пасты LACALUT® Teens 8+.

УДК 616.216.1-002-089:615.843-07

Э.К. ИСМАГУЛОВА., Б.А. ЖАПАЛАКОВ, А.Н. ТЫШКАНБАЕВА

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ ПРИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА МАЛОЙ СИЛЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Пациенты (n=68) с рецидивирующим полипозным риносинуситом (ПРС) распределены на две подгруппы. В основной подгруппе (n=40) проводилось хирургическое лечение в комплексе с постоянным электрическим током (ПЭТ) малой силы 20 мкА с экспозиций 10 минут, контрольной подгруппе (n=28) – хирургическое лечение и традиционное ведение пациентов с использованием топических кортикостероидов.

При тактике лечения у больных учитывались клинические данные, состояние транспортной функции полости носа и микроциркуляторные показатели до и после лечения на 3-е сутки, через 1 месяц и 6 месяцев. Пациентам основной подгруппы в послеоперационном периоде, начиная с 7-10 дня, проводился курс ПЭТ малой силы 20 мкА с экспозицией 10 минут в течение 12-14 дней. В контрольной группе через 10 дней после операции назначался курс топических кортикостероидов («Назонекс» по 2 дозы 2 раза в день в течение месяца).

У пациентов основной подгруппы уже через 3 дня результаты конъюнктивального индекса (КИ₀) и транспортной функций свидетельствовали о достоверном

улучшении показателей: КИ₀ снизился до $12,3 \pm 1,1$ (до лечения КИ₀ $14,4 \pm 0,9$), транспортная функция после лечения составила $32,0 \pm 0,2$ минут (до лечения $39,7 \pm 0,4$ минут). Результаты через 1 месяц после комбинированного лечения: КИ₀ $7,7 \pm 1,4$, транспортная функция $24,0 \pm 0,3$ минут. Через 6 месяцев: КИ₀ $8,3 \pm 1,3$, транспортная функция $26,0 \pm 0,4$ минут. В контрольной подгруппе показатели на 3 сутки после операции и через 6 месяцев были хуже, чем в основной группе, а данные через месяц после оперативного лечения были сопоставимы. У 40 пациентов, которым применялось при комплексном лечении ПЭТ малой силой в первый год рецидив у 1 пациента (2,5%), из 28 больных с традиционным лечением рецидивы в 1 год отмечены также у 1 больного (3,5%). В дальнейшем при наблюдении за больными в течение 5 лет в основной подгруппе выявлено 3 (7,5%) рецидива, в контрольной – 3 (10,7%). Таким образом, можно говорить об эффективности применения хирургического лечения в комплексе с ПЭТ малой силы 20 мкА с экспозиций 10 минут, которое сопоставимо по результатам с терапевтической топическими кортикостероидами.

ПОЛИПОЗДЫ РИНОСИНУСИТТИ ЕМДЕУДІ ЖЕТІЛДІРУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Соңғы жылдары полипозды риносинусит мәселесіне қызығушылық арта түсуде. Полипозды риносинуситпен ауыратын науқастар саны көп және кемуге тенденция жоқ. Дүние жүзінде полипозды риносинуситпен ауыратын науқастар саны 2 - 4% құрайды, ал Россияда науқастардың саны 5 миллионға жетеді. Әдебиеттер мәліметтері бойынша мұрын қосалқы қуыстарының функционалдық жағдайы туралы сапа мен сан жағынан жеке ақпарат бар, остеомиалды комплексінің гемодинамикалық өзгерістері жеткілікті зерттелмеген. Жоғарыда айтылған проблемалардың шешуін табу полипозды риносинуситпен ауыратын науқастарды ерте анықтап, жаңа технологиялар ойлап тауып, енгізіп науқастардың өмір сүруінің сапасын жақсартады.

Мақсатымыз тұрақты электр тоғының әлсіз күшімен полипозды риносинуситтерді емдеу тәсілін ойлап табу және оны негіздеу.

Полипозды риносинуситпен ауыратын 160 науқасты екі топқа бөлдік:

I топта – салыстырмалы түрде тұрақты электр тоғының әлсіз күшімен полипозды риносинуситтерді монотерапия түрінде емдеу және топикалық кортикостероидтармен емдеу тиімділігі зерттеледі. Негізгі топта науқастарды тұрақты электр тоғының әлсіз

күшімен монотерапия түрінде емдеу, ал бақылау тобында – топикалық кортикостероидтар (назонекс, насобек) пайдаланады.

II топта – полипозды риносинуситпен ауыратын науқастарды хирургиялық жолмен және тұрақты электр тоғының әлсіз күшін пайдалана отырып комбинациялық емдеу мен кешенді кортикостероидтармен емдеу нәтижесін салыстырмалы түрде зерттеу. Негізгі топты полипозды риносинуситтің рецидивімен ауырып, операциядан соң тұрақты электр тоғының әлсіз күшіменем алған науқастар құрады. Бақылау тобын хирургиялық емнен кейін жергілікті кортикостероидтар алған науқастар құрады.

Күтетін нәтижеміз:

1. Клиникалық ринологияда полипозды риносинуситтерді емдеуде тұрақты электр тоғының әлсіз күшін өңдеп, енгізу аурудың қайталану санын азайтады.

2. Жүргізілетін зерттеу нәтижелеріне сүйеніп, тұрақты электр тоғының полипозды риносинуситтерді емдеуде қолданудың көрсеткіштерін анықтау.

3. Ұсынылған әдіс полипозды риносинуситтерді емдеуде кешенді кортикостероидтарды қолданбай ем жасауға мүмкіндік береді.

УДК 618.146:616.988-006.5

И. В. ИСМАИЛОВА

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВПЧ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе

Патология шейки матки – одно из самых частых гинекологических заболеваний, частота возникновения предраковых заболеваний составляет 10.7-38.8%. Вирус папилломы человека (ВПЧ) важный фактор в возникновении заболевания шейки матки. Инфицирование высокоонкогенными серотипами (16,18, 31, 33) является причиной формирования цервикальной неоплазии и рака шейки матки.

Целью нашего исследования явилось выявление частоты инфицирования цервикального эпителия вирусом папилломы человека у женщин при патологических изменениях шейки матки.

В обследовании принимали участие 48 женщин с патологией шейки матки в возрасте 25-48 лет. Проводилось гинекологическое обследование, бактериоскопическое, бактериологическое, расширенная кольпоскопия до лечения и в динамике, ПЦР (определяли ВПЧ с типированием), мазок на атипические клетки.

В зависимости от онкогенности типов ВПЧ результаты обследования были разделены на следующие типы: 1 группа – носители вирусов высокой онкогенности- 6 (12%), 2 группа - носители вирусов низкой онкогенности- 13 (28%), 3 группа – 29 (60%) женщин – ВПЧ не выявлены. При расширенной кольпоскопии была выявлена следующая патология: эктопия со слабо выраженной зоной трансформации, лейкоплакия, некая йоднегативная зона, эктопия с ЗТ. Пациентки инфицированные ВПЧ лечились противовирусными препаратами, иммуноодуляторами, применялось хирургическое лечение радиоволнами. Наблюдались в течение 6 месяцев, у 75% ВПЧ в динамике не выявлены.

Выводы. Частота инфицирования ВПЧ высокоонкогенного типа у женщин составило- 12%. Эффективность лечения составило 75% в течение 1 года наблюдения.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩНОГО КОЛЬЦА НОВАРИНГ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

По данным R. Gray - 50% женщин старше 40 лет остаются все еще потенциально фертильными. Ежегодный риск наступления беременности равен приблизительно 10%. И метод контрацепции у таких женщин остается актуальной проблемой.

Существенным недостаткам КОК являются: метаболизм препаратов в ЖКТ, низкая комплаентность КОК. Исходя из этого альтернативным методом гормональной контрацепции является влагалищное контрацептивное кольцо «НоваРинг». НоваРинг – ультрамикродозированный оральный контрацептив, влагалищный способ применения которого позволяет нивелировать негативное влияние ЖКТ.

Целью настоящего исследования явилось изучение применения контрацептивного кольца НоваРинг, как метода контрацепции у женщин старшего репродуктивного возраста с избыточной массой тела.

В исследовании было включено 42 женщины в возрасте от 37 до 45 лет, имеющих лабильное АД (не вы-

ше 150/90 мм. рт. ст.), избыточную массу тела. Пациентки применяли НоваРинг в течение 6 месяцев. Исследование включало: сбор анамнеза, оценка антропометрических данных, маммографию, клинико-лабораторное исследование, коагулограмму, УЗИ гениталий. Через 6 месяцев использования гормонального кольца определялись биохимические показатели - изменения не обнаружались. Масса тела ни у одной пациентки не превысила исходных показателей, а в 20% случаев отмечалось снижение, контрацептивный эффект 100%.

Выводы. Применение влагалищного кольца НоваРинг эффективное контрацептивное средство, не влияющее на массу тела, а по данным исследования в 20% случаев снижающее ее, что является положительным моментом у женщин старшего репродуктивного возраста с ожирением.

УДК 616. 831 – 005. 4 - 085

Г.Б. КАБДРАХМАНОВА, Ж.Н. САРКУЛОВА, С.Ю. СУЛЕЙМАНОВА, Г.М. САДЫКОВА, А.Т. АХАТОВА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

До настоящего времени проблема мозгового инсульта сохраняет свою актуальность. Инсульт занимает второе место в структуре общей смертности и первое по показателям инвалидизации. Всемирная Федерация Инсульта, Европейская Организация Инсульта (ESO), Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ) указывают на необходимость единой противоинсультной программы, которая основана на системном подходе. При этом главной задачей является снижение смертности, заболеваемости с разработкой алгоритмов профилактики, а так же показателей летальности путем совершенствования медицинской помощи при остром инсульте с применением высоких технологий, разработкой для каждого больного, перенесшего инсульт, индивидуальной программы вторичной профилактики, системной ранней и продолженной нейрореабилитации.

Говоря о высоких технологиях, применяемых в инсультологии, речь идет о таких методах, как тромболитическая терапия при ишемическом инсульте (инфаркте головного мозга) и хирургических методах при кровоизлияниях в мозг, которые применяются во всем мире, включая страны СНГ и Казахстан.

Нами, сотрудниками кафедры неврологии, анестезиологии и реаниматологии на базе больницы скорой медицинской помощи г.Актобе с 2010 года внедрен метод тромболитической терапии (тромболизис) при ишемическом инсульте. Основным требованием к проведению тромболизиса является временной период от начала заболевания – 3,0 - 4,5 часа. В качестве «тромболитика» на сегодняшний день (опираясь на доказательность) применяется препарат «Актилизе» (рекомбинантный тканевой активатор фибриногена) в дозе 0,9 мг/кг массы тела пациента, 10% препарата вводят внутривенно болюсно в течение 5-ти минут, остальную дозу - внутривенно капельно в течение 55 минут. Тромболитическая терапия проводится в условиях палаты интенсивной терапии инсультного отделения или в отделении реанимации.

Резюмируя наш опыт применения тромболитической терапии, следует сказать, что данный метод является высокоэффективным, позволяющим добиться полного восстановления неврологического дефицита при развившемся остром инсульте с последующим возвратом больных к труду и полноценной жизни.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В течение мозгового инсульта выделяют такие периоды, как острейший, острый и восстановительный. Продолжительность острейшего периода – 4 - 5 суток, острый период до нескольких недель и восстановительный – до 2-х лет от начала заболевания.

Продолжительность острого периода при мозговом инсульте определяется началом регресса отека головного мозга и дислокационных явлений. При геморрагических инсультах (кровоизлияниях в мозг) данный период варьирует от 1,5 до 6-ти недель, при ишемическом инсульте (инфаркте мозга) - до 3 – 4-х недель. Восстановительные мероприятия должны начинаться как можно раньше, при стабилизации жизненно важных функций, в первую очередь – гемодинамических показателей.

С первых дней инсульта можно применять лечение положением, массаж, пассивную и дыхательную гимнастику. Срок активных реабилитационных мероприятий, которые включают активные упражнения, переход в вертикальное положение, вставание, статические нагрузки, определяется индивидуально и зависи-

сит от характера и выраженности мозгового инсульта, а также сопутствующих заболеваний.

Активизация инсультного больного проводится при условии ясного сознания, относительно удовлетворительного соматического состояния. При небольших кровоизлияниях, малых и средних инфарктах головного мозга – в среднем с 5 -7-го дня инсульта, при обширных кровоизлияниях и инфарктах – на 7 – 14-е сутки. Основные реабилитационные мероприятия в остром и раннем восстановительном периодах инсульта включают назначение соответствующих медикаментозных средств, кинезотерапию (лечение положением), массаж.

С июля 2012 года в г.Актобе на базе больницы скорой медицинской помощи (БСМП) начал работу инсультный центр, в состав которого входит отделение продолженной реабилитации инсультных больных. В настоящее время в отделении успешно применяются различные методы реабилитации: развитие моторных функций (включая мелкую моторику), работа с логопедом (коррекция речи), массаж, физиотерапевтические процедуры, внедряется кинезотерапия.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ АНАСТОМОЗИТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Одним из основных методов диагностики анастомозитов после резекции желудка является рентгеноконтрастное исследование оперированного желудка и зоны анастомоза.

Нами произведена оценка результатов рентгенологического исследования больных с анастомозитами, получавших медикаментозное лечение - контрольная группа и пациенты- лечение которых было дополнено ПЭТ.

Данное исследование проводилось нами на 12 сутки, т.е. в сроки, когда атония культи желудка была купирована. Время эвакуации принципиально отличалось при различных видах оперативного вмешательства. Поэтому сравнение групп происходило по одному и тому же виду операции. Так, нормальная эвакуация (45-60 мин) после резекции желудка по Бильрот-I составила 38,5% и 27,5% в основной и контрольной группах соответственно. После резекции желудка по Бильрот-II показатели нормальной эвакуации соста-

вили 38,5% и 15,1% в основной и контрольной. Ускоренный тип эвакуации (до 45 мин) чаще отмечался после резекции желудка по Бильрот-II (63% в основной и 83,6% в контрольной группах). После резекции желудка по Бильрот-1 ускоренный тип эвакуации в основной группе составил 15,4% случаев и 18% в контрольной группе. Замедленный тип эвакуации (более 60 мин) не отмечался после резекции желудка по Бильрот-II. После резекции желудка по Бильрот-1, замедление эвакуации было у 46,2% больных в основной, и 54,5% больных в контрольной группах.

Таким образом, анализируя результаты проведенных исследований мы пришли к выводу, что эндогастральное применение малых доз постоянного электрического тока в раннем послеоперационном периоде ускоряет течение раневого процесса и создает предпосылки для формирования функционально активного анастомоза.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Областное патологоанатомическое бюро, Актобе

Изучение характера слуховых нарушений при хронических гнойных воспалительных заболеваниях среднего уха представляет большой интерес, так как происходит не только функциональный ответ внутреннего уха и других отделов слухового анализатора на многофакторные патологические воздействия, но и структурные изменения нервных элементов этих областей.

В нервной системе особенно легко ранимыми являются нервные клетки и мягкотная оболочка нервных волокон. Однако чувствительность различных видов нервных волокон к патогенным факторам довольно сильно различаются.

Материалом морфологического исследования явились 37 секционного материала от трупов людей обоего пола в возрасте от 20 до 55 лет, страдавших хроническим гнойным средним отитом в течение от 12 до 23 лет, погибших от различных видов травм без повреждения центральной нервной системы.

Гистологические срезы толщиной 12 микронов окрашивали кризильвиолетом по методу Ниссля.

Так при исследовании нервных клеток и волокон слуховых ядер на переключаательных станциях звукового анализатора при длительном гнойно-воспалительном процессе в среднем ухе мы нашли более сильные изменения их структур. Нервные клетки увеличиваются в объеме, в их теле появляются очаговые затемнения, нервные волокна утолщаются. Однако тело не всех клеток увеличивается в объеме, в отдельных нервных клетках уменьшается количество тигроидного вещества как признак истощения клетки. А в некоторых нервных волокнах отмечается фрагментация не только в одном, но и в группе дендритов.

Таким образом, нервные клетки по-разному реагируют на токсическое действие продуктов воспаления при длительных гнойно-воспалительных процессах в среднем ухе. Крупные клетки более устойчивые, средние и мелкие клетки менее устойчивые на разрушающее действие длительного воспалительного процесса. Немаловажное значение имеет особенность кровоснабжения этих клеток. Последствием такого разрушительного действия на нервные клетки и волокна является нарушение проведения звуковых импульсов.

УДК 615.451.254:616.33-002.44

А.З. КАНТУРИНОВА, А.М. МАХАШЕВА, О.М. АЛИЕВ, Л. ЕСКАЛИЕВА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИФИТОВОГО МАСЛА «ШУКУР МАЙ» И ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
Больница скорой медицинской помощи, Актобе,
КСБ Актюбинская область

Целью исследования явилось изучение эффективности полифитового масла «Шукур май» в сравнении с облепиховым маслом в составе эрадикационной схемы лечения язвенной болезни.

Обследовано 78 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, получавших стационарное лечение в ГКП БСМП г.Актобе с 2010-2012гг. Средний возраст пациентов 18-68 лет. Пациентов методом «конвертов» рандомизировали на 2 группы.

В обеих группах проводилась эрадикационная терапия (амоксциллин 2000 мг в сутки, кларитромицин 1000 мг, омепразол 40 мг - 10 дней). Тройная схема с первого дня лечения дополнена полифитовым маслом «Шукур май» в 1 группе, маслом облепихи - во 2 группе. Оба масла назначались по 5 мл 3 раза в день в течение 30 дней.

Включение в комплексную терапию язвенной болезни полифитового масла «Шукур май» способствует

купированию боли у 79,5%, изжоги у 89,8%, запоров у 87% больных. В группе больных, получавших облепиховое масло, боль купировалась у 40,5% больных, изжога у 44,7% , запоры у 52% больных. Включение в комплексную терапию язвенной болезни масла «Шукур май» приводит к концу лечения к полной эпителизации язвенных дефектов у 84,9% больных, в группе больных, получавших облепиховое масло – у 66,1%. После лечения полифитовым маслом «Шукур май» отмечается меньший процент гипоацидности, нормализуется кислотообразующая функция желудка в пределах – 1,6-2,0 у большинства пациентов язвенной болезнью в сравнении с проведенной терапией облепиховым маслом.

Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной противоязвенной активности полифитового масла «Шукур май» по сравнению с облепиховым маслом в составе эрадикационной терапии язвенной болезни.

СОСТОЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВОД В БАССЕЙНЕ РЕКИ УРАЛ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Вопросы сохранения качества поверхностных вод реки Урал и его притоков приобрели в настоящее время особую актуальность, т.к. интенсивное загрязнение промышленными выбросами бассейна реки Урал привели к интенсивному техногенному загрязнению окружающей среды.

Ставилась задача изучить санитарно-гигиеническое состояние качества поверхностных вод реки Урал. При этом контролировалось качество вод реки Урал и его притоков за период 2009-2011гг.

Состояние загрязненности поверхностных вод в бассейне реки Урал характеризовалось следующими показателями:

В 2011 году в зимний период было выявлено резкое уменьшение растворенного кислорода в реке Урал (до 2,3 мг/л), по сравнению с прошлыми годами (до 4,3мг/л). В реках Деркул и Чаган эти показатели равнялись соответственно: Чаган (до 2,6мг/л), (Деркул до 1,4мг/л).

Анализ среднегодовых концентраций загрязняющих веществ вод реки Урал показывает, что 2011 году по сравнению с 2009-2010гг идет снижение концентрации по БПК₅ (2010г-1,2 ПДК, 2009г-1,7ПДК). Концентрация фенола была на следующем уровне: 2010г – 1,4 ПДК, 2009г- 1,1 ПДК. По хрому идет повышение концентрации за исследуемый период до 2 ПДК(2009г -1,3 ПДК, 2010 г – 1,4 ПДК, 2011- 2 ПДК); по нитритам тоже наблюдается повышение концентрации (2009г- 1,3ПДК, 2010г-1,4ПДК, 2011г-1,8ПДК).

Вода по индексу загрязненных веществ в малых реках области (Деркул, Чаган) также умеренно загрязненная. При этом имеются различия в содержании исследуемых химических веществ в разные сезоны года. Индекс загрязнения воды этих малых рек в 2011г равнялся 1,79, 2010г-1,60, 2009г-1,57. Проведенные нами исследования показали, что по качеству вода реки Урал и его притоков относятся к 3 классу качества, умеренно - загрязненная.

УДК 616.8

А.К. КАРЖАУОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ, Г.А. ДАВЛЕТОВА, А.А. САРСЕКОВ, Ж.У. ТЛЕУБЕРГЕНОВ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Филиал ГУ «Центр медицины катастроф» МЧС РК по Актыбинской области

При чрезвычайных ситуациях угрозе подвергается жизнь и здоровье многих людей. При этом фактор внезапности оказывает значительное отрицательное воздействие на жизнедеятельность людей и для устранения последствий требуется проведение особых мероприятий или особой организации работы и помощи извне.

Последствия ЧС вызывающие озабоченность:

- количество погибших, травмированных;
- количество психических и психосоматических расстройств.

При стихийных бедствиях и катастрофах полученная психотравма, вызывает психогенные расстройства, именуемое в настоящее время «посттравматическим стрессовым расстройством» (ПТСР). По статистическим данным у подавляющего большинства пострадавших в ЧС (86,7%) имеет место

ПТСР. Реакции в ответ на различные экстремальные ситуации, могут быть физиологическими, психогенно-невротическими, а также психогенно-патологическими и проявляться симптомами реактивных психозов либо в виде психосоматических расстройств.

К такому роду событиям относиться случай ЧС, произошедший в одном из районов области, где произошло ДТП. Пострадало 24 подростка, из которых 6 погибли на месте, 2 – госпитализированы в районную больницу, а 16 – оказана амбулаторная помощь.

Выводы: при обследовании пострадавших и их родственников у подавляющего большинства пострадавших (92,7%) отмечалось ПТСР, в основном в виде легких физиологических нарушений в психической сфере (51,2%) и психосоматических расстройств (29,2%).

УДК 614.88

А.К. КАРЖАУОВ, М.Х. КУЗБАКОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Филиал ГУ «Центр медицины катастроф» МЧС РК по Актыбинской области,
Городская станция скорой неотложной помощи, Актобе

Бригады службы скорой помощи – это медицинскими работниками первого контакта в чрезвычайных

ситуациях и первыми оказывают экстренную медицинскую помощь пострадавшему населению.

Порядок действий дежурно-диспетчерской службы станции скорой медицинской помощи следующий:

1. При поступлении информации (сигнала) о ЧС диспетчерская служба выясняет достоверность информации, причину, характер, масштаб, место чрезвычайной ситуации, номер телефона, по которому поступило сообщение.

2. Оповещение оперативного дежурного врача филиала Центра медицины катастроф, главного врача станции СМП или его заместителей.

3. Направление на границу очага ЧС необходимое количество бригад СМП.

Примерные нормативы количества бригад:

- количество пострадавших 3 человека: 2 бригады (1 БИТ);
- от 3 до 5 пострадавших: 3 бригады (1 БИТ);
- 6-10 пострадавших: на каждые 5 человек 3 бригады;
- свыше 50 пострадавших: на каждые 10 человек 5 бригад;

- при отсутствии данных о количестве пострадавших: 2 бригады + врач линейного контроля с задачей оценки медицинской обстановки.

3. Оповещение руководителей ЛПО формирующих врачебно-сестринские бригады (ВСБ) о необходимости сбора и направления ВСБ в распоряжение станции СМП, а также о передаче вызовов, поступающих на станцию СМП, в дневное время, для исполнения участковыми врачами. В ночное время старший дежурный врач смены может оставить для обслуживания вызовов до 15% имеющихся бригад до прибытия ВСБ службы медицины катастроф.

4. Оповещение и сбор всех свободных от дежурства сотрудников станции СМП для комплектования дополнительного количества бригад СМП.

5. Врач бригады СМП, первым прибывший к границе очага ЧС, считается старшим врачом с выполнением соответствующих обязанностей. С прибытием в зону ЧС специалиста службы медицины катастроф функции старшего врача переходят к нему и бригады СМП поступают в его распоряжение.

УДК 616-08-039.71:614.213

А.К. КАРЖАУОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧЕБНО-СЕСТРИНСКИХ БРИГАД, ФОРМИРУЕМЫМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, В УСЛОВИЯХ ЧС

Филиал ГУ «Центр медицины катастроф» МЧС РК по Актыбинской области

Врачебно-сестринская бригада (ВСБ) является внештатным мобильным формированием службы экстренной медицинской помощи.

ВСБ создаются на основании плана-задания областного управления здравоохранения на базе областных, городских, районных и участковых больниц, амбулаторно-поликлинических учреждений.

1. При введении режима ЧС должен соблюдаться следующий график сбора ВСБ:

- а) в рабочее время:
 - 5-10 минут – оповещение сотрудников ЛПО о введении режима ЧС;
 - 40-60 минут – сбор ВСБ по плану-заданию, выдача табельного оснащения, комплектация их транспортом и направление в распоряжение станции (отделения) скорой медицинской помощи (СМП).
- б) в нерабочее время:
 - 0-50 минут – оповещение сотрудников ЛПО о введении режима ЧС;

- 50-120 минут – сбор ВСБ по плану-заданию, выдача табельного оснащения, комплектация их транспортом и направление в распоряжение станции (отделения) СМП.

2. При введении режима ЧС все сотрудники ЛПО, решением руководителя учреждения могут привлекаться к выполнению работ.

- 3. ВСБ могут использоваться:
 - для оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению на правах бригад СМП;
 - для работы на границе очага ЧС или усиления приемных покоев стационаров, принимающих пострадавших в ЧС.

4. Пополнение медикаментами и расходными медицинскими материалами укладок ВСБ, работающих в распоряжении станции СМП, осуществляется за счет запасов станции в минимальных объемах, поддерживающих работоспособность ВСБ. Доукомплектование укладок – один раз в сутки учреждением-формирователем ВСБ при смене состава ВСБ.

УДК 614.8(574.13)

А.К. КАРЖАУОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ТРАССОВОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Филиал ГУ «Центр медицины катастроф» МЧС РК по Актыбинской области

Дорожно-транспортный травматизм, в настоящее время занимает первое место по числу погибших (по данным ВОЗ 30-40% смертности от несчастных случаев) и второе по числу травмированных. Техногенные автотранспортные аварии составляют более 70% ЧС.

Тяжесть последствий ДТП в России составляет в среднем 15, в Казахстане – 17, в странах Западной Европы колеблется от 2 до 6.

Своевременное оказание помощи пострадавшим – фактор снижающий тяжесть последствий при тяже-

лой травме. Международными стандартами оказания неотложной помощи принято «правило золотого часа» – первого часа после травмы, когда помощь наиболее эффективна. Время доезда бригады медиков к месту ДТП согласно нормативам – 15-20 мин.

С целью улучшения медицинского обеспечения пострадавших в ДТП необходимо:

1. Создание единой системы оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) на республиканских и областных автодорогах, т.е. трассовой медицинской службы.

2. Полное прикрытие автодорог за счет создания сети трассовых медико-спасательных пунктов и трассовых больниц для оказания ЭМП при ДТП.

3. Четкое взаимодействие всех экстренных служб (Управление дорожной полиции, Департамент по ЧС,

аварийно-спасательные службы, ЦМК, городские и районные службы СМП), участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ДТП на автодорогах.

4. Создание единой дежурно-диспетчерской службы (ЕДДС – 112), дающая возможность оповещения о ДТП всех экстренных служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП.

5. Организация воздушного медобеспечения автодорог с использованием санитарных вертолетов.

6. Создание организационных алгоритмов, т.е. возможности организации маневра силами и средствами в оказании ЭМП при ДТП.

7. Телемедицинское консультирование трассовых пунктов и трассовых больниц специалистами ЦМК и специализированных клиник областного центра.

УДК 612.39 (574)

Т.К. КАРИМОВ, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА

ИСТОКИ И НАСТОЯЩЕЕ НАУКИ О ПИТАНИИ В КАЗАХСТАНЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В историческом плане основателем научных исследований в Казахстане является академик РАМН, НАН РК, доктор медицинских наук, профессор Торегельды Шарманович Шарманов. По его инициативе и непосредственном участии в 1973 году был создан Казахский филиал Института питания АМН СССР. В 1988 году он был реорганизован в институт региональных проблем питания АМН СССР. В последующем на базе указанного института была организована Казахская академия питания (КАП).

КАП является центром комплексных исследований в области питания, охватывающих широкий круг проблем гигиены, биохимии, иммунологии и физиологии питания, а также диетопрофилактики и диетотерапии в Республике. КАП тесно сотрудничает с международными организациями, такими как: ЮНИСЕФ, ВОЗ, ПРООН, ЮСАИД и др. по выполнению комплексных исследований и проектов по проблемам железодефицитной анемии, железодефицитного состояния, грудного вскармливания, остеопороза и др. алиментарно-зависимых неинфекционных заболеваний.

Академиком Т.Ш. Шармановым в 1995 году была организована Академия профилактической медицины Казахстана, которая призвана координировать научные исследования нутрициологов, занимающихся разработкой норм основных пищевых веществ и энергии для различных групп населения, разработкой систематизированных продуктов питания с направленными медико-биологическими свойствами для населения Республики, включая новые продукты питания для космонавтов.

В Казахстане построен не имеющий аналогов на территории СНГ Завод Казахской академии питания по

производству детского питания «Амеран» (г. Талгар, Алматинская область), производительностью 15 тонн готовой продукции в сутки, которые внедрены в практику здравоохранения и являются принципиально новыми продуктами детского питания.

Ученые гигиенисты в области питания Казахстана динамически изучают пищевой статус жителей Республики (через каждые 5-6 лет) с использованием мультииндикаторных методов с целью выявления и последующей коррекцией имеющихся отклонений в пищевом статусе.

По инициативе Т.Ш. Шарманова в Государственную программу развития Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 годы включены вопросы здорового питания для различных групп населения Республики. При этом особое внимание уделено проблемам детского и школьного питания.

С мая 2012 года функционирует Национальный центр здорового питания при МЗ РК, призванный к многофакторным исследованиям пищевого статуса жителей Республики с последующей разработкой концептуально новой структуры здорового питания. В настоящее время во всех областных центрах работают Департаменты здорового питания.

В Республике издаются научные журналы: «Здоровье и болезнь», «Салауатты тамақтану».

Таким образом, в Республике Казахстан осуществляются плановые комплексные научные исследования для различных целевых групп населения по изучению пищевого статуса, пропаганде здорового питания для поддержания организма на должном метаболическом статусе.

УДК 616.43-053.5

Т.К. КАРИМОВ, А.М. БАСПАҚОВА, Б.Ж. ЖАЙЛЫГУЛОВА, Ж.Б. МУЗАТОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА

АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУА ЛАСТАҢУЫНЫҢ ЖӘНЕ ХАЛЫҚТЫҢ АУРУҒА ШАЛДЫҒУ ДЕҢГЕЙІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе медицина колледжі, Ақтөбе

Соңғы онжылдықта Қазақстан Республикасы қоршаған ортасының ластануы өзіне ерекше шиеленісуімен назар аудартып отыр. Қоршаған ортаның ластануы қазіргі және келер ұрпақтар денсаулығына зиянын тигізуде, өйткені адам өзінің, шаруашылық әрекеттерімен бірқатар жағдайларда тіршілігіне тәуелді кейбір маңызды экологиялық құбылыстарды бұзуды және ластауды жалғастыруда.

Міне осы мақсатта, біз Ақтөбе облысының атмосфералық ауасының ластану деңгейі және тұрғындардың денсаулық жағдайы арасындағы корреляциялық байланыстылықты анықтадық. Зерттеуге Ақтөбе облысының Темір, Мұғалжар аудандары және бақылау ауданы ретінде Мартук алынды.

Темір ауданындағы атмосфералық ауаның көрсеткіштері, NO₂ – 0,095 (ШРЕК -0,085 мг/м³), СО – 17,5 (ШРЕК - 5 мг/м³) ал бұл көрсеткіштер өз кезегінде рұқсат етілген концентрация мәніне сәйкес келмегендігі анықталды. Ластану дәрежесі жергілікті

аймақтарда ластану көрсеткішінің әртүрлілігімен сипатталады. Ластану деңгейі – уақыты бойынша азау жағының төмендігі, көбею көрсеткішінің жаңа аймағының жоғарлауымен көрінеді. Мұғалжар ауданындағы атмосфералық ауаның көрсеткіштері, NO₂ – 0,105 (ШРЕК -0,085 мг/м³), СО – 23,4 (ШРЕК - 5 мг/м³) белгіленген нормативке сәйкес еместігі анықталды. Бақылау ауданындағы атмосфералық ауаның көрсеткіші NO₂, SO₂, H₂S, СО элементтерінің максималды және минималды көрсеткіштері шектелген рұқсат етілген концентрациядан аспайтындағы айқындалды. Зерттеу жүргізілген аймақтағы ең алғашқы орынды тыныс алу мүшелері және несеп-жыныс жүйесі аурулары алса, екінші орынды тері аурулары құрады. Корреляциялық байланыс бойынша атмосфералық ауа мен тыныс жүйесі аурулары r=0,9 P≤0,01 және несеп-жыныс жүйесі аурулары r=0,7 P≤0,02 күшті тікелей байланыс бар екендігі анықталды.

УДК 616.12-009.7:612.172.4:618.173

Б.К. КАРИМСАКОВА, С.Т. БОЗГАЛИЕВА

КАРДИАЛГИЯ В КЛИМАКТЕРИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Снижение функции яичников приводит к различным изменениям в том числе и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, которая проявляется артериальной гипертензией и кардиалгией. В большинстве случаев выставляется ишемическая болезнь сердца и редко боль расценивают как проявление дефицита эстрогена. Дефицит эстрогенов может явиться одной из причин болевых ощущений в груди. Целью исследования явилось изучение ЭКГ при кардиалгии у женщин в постменопаузе. Исследование проводилось на базе ЦПС и РЧ г.Актөбе. В исследование включено 23 женщины, которые впервые обратились с кардиалгией и не лечились по поводу климакса. Проведены клинико-лабораторные, гинекологическое исследование, ЭКГ, УЗИ гениталия. Средний возраст 49,2± 1,08 лет составил. Критерий включения: женщины в возрасте 45- 55лет, в анамнезе кардиалгия, естественная постменопауза продолжительностью до 5 лет.

Сжимающие, давящие и щемящие болевые ощущения в груди, спровоцированные психоэмоциональными факторами отмечали 91,3% женщин, которая сопровождалась повышением артериального давления. Боль сопровождалась вегетативной реакцией – ощущение нехватки воздуха у 65,2 %, сердцебиение -56,5%, потливость 34,7%, у 43,4%. - смена настроения и быстрая утомляемость. На ЭКГ у 87% женщин выявлено изменение реполяризации. У каждой второй женщины (47,8%) нарушение реполяризации на ЭКГ сопровождалось кардиалгией. Нарушение автоматизма, которая проявилась синусовой брадикардией и тахикардией 39,1%, нарушение проводимости у 4,3%, нарушение возбудимости в 17,4% женщин. Таким образом, при наличии изменения на ЭКГ при кардиалгии у женщин в постменопаузе необходимо лечение проводить совместно с гинекологом.

УДК 613.956-057.875

Б.К. КАРИМСАКОВА, С.Т. БОЗГАЛИЕВА

ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКУРСНИКА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Медицинское заключение на предмет пригодности к обучению в вузе и последующей профессиональной деятельности является актуальным и важным вопросом. В медицинских вузах учебная нагрузка студентов

- медиков выше, чем у студентов немедицинского вуза, поэтому обучение в медицинском вузе предъявляет определенные требования к состоянию здоровья обучающихся. При поступлении в медицинский вуз все

157

абитуриенты согласно медицинского заключения здоровы. Данные медицинского осмотра первокурсников, проведенное на базе КСМ противоречат результатам медицинских заключений о состоянии здоровья, отраженных в справках (форма 086/у). Абитуриенты, стремясь поступить в вуз, зачастую скрывали свои заболевания. По результатам медицинского осмотра студентов первого курса выявлено, что в вуз поступили студенты с различными заболеваниями в частности такими заболеваниями как туберкулез легких, различной степени миопии, хронические заболевания почек, заболевания ЖКТ, заболевания эндокринной системы, снижение слуха. Процесс адаптации зависит

от уровня исходного здоровья. Умственные нагрузки, изменения привычного образа жизни, формирование межличностных отношений вне семьи, необходимость адаптации к новым условиям обучения, проживания и питания являются факторами риска для развития заболеваний и прогрессирования хронических заболеваний. Поскольку состояние здоровья студентов является одним из факторов адаптации, поэтому важно чтобы медицинское заключение о состоянии здоровья абитуриента соответствовало медицинскому заключению о состоянии здоровья, отраженных в справках (форма 086/у).

УДК 613.956-057.875

Б.К. КАРИМСАКОВА, К.Б. ДАРЖАНОВА

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Состояние здоровья студентов медицинских вузов мало изучено. В отечественной литературе отсутствуют данные, касающиеся адаптации первокурсников при смене места жительства, состояния здоровья, работоспособности здоровых студентов на протяжении всего обучения в вузе. Постоянные психические и физические перегрузки, нарушения режима отдыха, труда и питания, а также новая среда общения могут привести к срыву процесса адаптации, что в свою очередь может привести к развитию различных функциональных нарушений и заболеваний. В структуре обучающихся медицинского вуза, существуют гендерные различия с преобладанием студенток. Среди студентов I курса независимо от половой принадлежности наибольшее распространение имеют простудные заболевания ОРЗ и ОРВИ (31,0%). У юношей на втором месте - болезни органов пищеварения (12,9%) и на третьем месте вегето-сосудистая

дистония (11,1%). У девушек на втором месте анемия (38,1%), на третьем - нарушение менструального цикла (25,2%). В структуре гинекологической патологии наиболее часто в 32% встречаются нарушения менструального цикла, затем воспалительные заболевания половых органов - 12% и эрозия шейки матки - 5%. В структуре нарушения менструального цикла встречается в 50% дисменорея. Вторичная аменорея в 13% из них первичная аменорея - 3% и нерегулярные месячные в 22%. Среди воспалительных заболеваний гениталий наблюдался неспецифический вульвовагинит (42%) и кандидоз (37%). Таким образом, независимо от половой принадлежности среди студентов первого курса наиболее часто болеют ОРЗ и ОРВИ. В зависимости от половой принадлежности среди юношей наблюдается

заболевания ЖКТ, у девушек - анемия, которая возможно связана с нарушением менструального цикла и заболеванием ЖКТ.

УДК 616.12-008.331.1: 612.67

Б.К. КАРИМСАКОВА, Ж.Т. ТЕМИРОВА, С.Т. БОЗГАЛИЕВА

ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКСА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, ЦПС и РЧ, г.Актобе

В климактерическом периоде возникают различные эндокринно-обменные и трофические нарушения. Гипоталамус находится в тесном функциональном взаимодействии с другими структурами мозга. Целью исследования явилось изучение результатов краниографии в зависимости от степени тяжести климактерического синдрома. Исследование проведено в ЦПС и РЧ г. Актобе. В исследование включено 22 женщин в постменопаузе. Степень тяжести климактерического синдрома оценивалась по шкале оценки Куппермана в модификации Е.В. Уваровой. Проводилось клинико-лабораторные, гинекологическое исследование, УЗИ гениталия с целью исключения органической патологии внутренних половых органов, рентгенография черепа. Критерий включения: возраст женщин от 45-55 лет, длительность постменопаузы 5 лет. Критерий исключения: наличие менструальной функции у женщин в возрасте 45-55 лет. Средний возраст женщин соста-

вил $47,6 \pm 1,2$ лет. Средняя продолжительность менопаузы - $3,4 \pm 1,1$ года. У 13,6% женщин хирургическая менопауза и 86,4% физиологическая менопауза. Среди жалоб 50% вегетососудистые, в 27,2% психоэмоциональные, 13,6% урогенитальные, в 4,5% (15,4%) отечность, нагрубание и болезненность молочных желез. Среди 9 женщин с нормальным течением климактерического периода 88,8% случаев краниография без патологии. У 13 (84,6%) больных с патологическим течением климактерического периода отмечены различные патологические изменения на краниографии. Из них признаки внутричерепной гипертензии выявлены у 46,1% больных. При среднем и тяжелом течении климактерического синдрома у более половины больных отмечены явления внутричерепной гипертензии 38,5% и 61,5%. Таким образом, при наличии признаков внутричерепной гипертензии наиболее часто наблюдается тяжелая степень климактерического синдрома.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Несмотря на современные достижения медицины и фармакологии, появление новых эффективных противоязвенных препаратов позволяющих улучшить результаты лечения язвенной болезни желудка, количество больных оперированных на желудке хотя и значительно уменьшилось, но все еще остается достаточным. В этой связи, решение вопросов профилактики воспалительных осложнений желудочно-кишечных анастомозов после резекции желудка остается актуальной проблемой.

Целью проведенных исследований явилось улучшение результатов оперативного лечения больных с язвенной болезнью, путем профилактики воспалительных осложнений желудочно-кишечных анастомозов после резекции желудка с помощью применения озонотерапии.

Озонотерапия проводилась как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде. Кратность

инсуффляции озона - воздушной смеси (ОВС) в послеоперационном периоде составила два сеанса озонирования в сутки в течении 3-4 суток.

Контроль эффективности озонотерапии у больных после резекции желудка проводился на основе результатов клинических, эндоскопических, морфологических и бактериологических исследований. Применение инсуффляции ОВС привело к снижению бактериальной обсемененности его содержимого, в основном *Helicobacter pylori*, что позволило сократить частоту ранних воспалительных осложнений желудочно-кишечных анастомозов после резекции желудка.

Таким образом, применение озонотерапии у больных после резекции желудка благоприятно влияет на течение послеоперационного периода и является эффективным средством профилактики воспалительных осложнений желудочно-кишечных анастомозов.

УДК 616.12-008.331.1:615-085

Ғ.Е. ҚАРСАҚОВА, Қ.К. КУТКУЖИНА

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯСЫ ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Өзектілігі: Артериялық гипертензия жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары ішінде ең жиі тараған ауру. Қазақстан Республикасында Артериялық гипертензия ересек адамдар арасында 24,3 кездеседі. Жиілігі жасына қарай 10 есе артады, 20 жасқа дейін -4,5%; 60-69 жас аралығында -45% дейін кездеседі.

Мақсаты: Антигипертензивті препараттар тобының тағайындау жиілігін анықтау.

Материалдар мен әдістер: Ақтөбе облыстық кеңес беру-диагностикалық орталығында артериялық гипертензиясы бар 48 науқастың амбулаторлық картасын ретроспективті зерттедік. Науқастардың орташа жасы 57,9 жас; 64,5 % (n=31) , әйел адам 34,5% (n=17) ер адамдар.

Зерттеу барысында:Ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторлары барлығы 28 науқасқа тағайындалған, ол 58,3% құрайды, оның ішінде

монотерапия ретінде 9 науқасқа (18,7%) құрама терапия диуретиктермен 12 науқасқа (25%) бета-блокаторлармен 7 науқасқа (14,6%). Бета блокаторлар 10 науқасқа тағайындалған, ол 20,8% құрайды. Кальций антагонистері 5 науқасқа тағайындалған, ол 10,4% құрайды. Ангиотензин -II антагонистері 5 науқасқа тағайындалған, ол 10,4% құрайды. Амбулаторлық карталарда тағайындалған антигипертензивті препараттардың жағымсыз әсерлері байқалмаған.

Қорытынды: Зерттеу нәтижесі бойынша амбулаторлық жағдайда дәрігерлер антигипертензивті препараттар ішінде Ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторларын ең жиі тағайындайтындығы анықталды. Құрама терапия ретінде ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторлары диуретикпен жиі тағайындалған.

УДК 616.24-036.12

Г.К. КАСЕНОВА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Городская поликлиника №4, Алматы

Перспективным направлением в лечении ИБС является использование нового антиангинального препарата гемодинамического действия - ивабрадина (кораксан). Механизм действия ивабрадина заключается в селективном и специфичном ингибировании - If-

каналов синусового узла, контролирующих спонтанную диастолическую деполяризацию в синусовом узле регулирующих ЧСС, что приводит к значительному снижению риска инфаркта миокарда.

Цель исследования: оценка влияния препарата кораксан на клинико-функциональные показатели у больных стабильной стенокардией. Материалы и методы исследования: в исследование было включено 20 больных мужского пола со стабильной стенокардией напряжения ФК I-III, в возрасте от 39 до 56 лет (в среднем $46,4 \pm 1,2$ лет), получавших комбинированную терапию (антиагреганты, бета-блокаторы, нитраты, статины) в комплексе с препаратом кораксан в суточной дозе 10 мг (1 таблетка 5 мг 2 раза в сутки). Группу сравнения составили 14 больных со стабильной стенокардией напряжения ФК I-III, с комбинированной терапией без приема кораксана. Всем больным проводились следующие исследования: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ВЭМ-проба с использованием методики непрерывной, ступенчато возрастающей нагрузки. Для оценки эффективности терапии ВЭМ-пробу проводили до лечения и через 2 месяца.

Результаты исследования. Комбинированная терапия в сочетании с кораксаном улучшила состояние пациентов со стабильной стенокардией. Через 2 мес лечения у 80% ($p < 0,01$) больных 1-й группы соответственно на 45% уменьшилась частота приступов стенокардии и количество принимаемых таблеток нитроглицерина в сравнении со 2-й группой. Продолжительность нагрузочных тестов в обеих группах была схожей, за исключением порога ишемии, определяемого по времени нагрузки до появления депрессии сегмента ST на 1 мм ниже изолинии. Так, в основной группе этот показатель возрастал на 2 мин. 41 с ($p < 0,001$) и достоверно не изменялся в группе сравнения. Кроме того, объем выполненной работы также был большим в группе кораксана (1445,9 кГм; $p < 0,001$), чем в группе сравнения (563,7 кГм; $p = 0,012$). Результаты исследования подтверждают целесообразность применения кораксана как компонента комбинированной терапии стабильной стенокардии.

УДК 616.12-008-089

Б.Ж. КАСЫМОВ, Б.А. ХАМИДУЛЛИН, А.С. ДОСМАГАМБЕТОВ, А.А. ЖАНКУЛОВ, А.Н. АЯГАНОВ, М.Б. МЕДЕБАЕВ, Т.Б. ХАН, Н.В. НИКОЛАЕНКО, Л.А. РАХИМ, А.Г. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА, М.С. МОЛТУГАНОВА

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Цель сообщения – обобщение опыта хирургического лечения хронической ишемической болезни сердца.

Материал и методы: С 2008 г. по август 2012 г. в кардиохирургическом отделении медицинского центра ЗКГМУ имени М. Оспанова находилось на стационарном лечении 410 больных с хронической ИБС. Обследование больных включало кроме общеклинического обследования эхокардиографию, Тредмил-тест, холтеровское мониторирование при необходимости, рентгенконтрастную коронарографию, ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) артерий шеи и нижних конечностей. По результатам обследования больные распределены на три группы: 1 группа – 131 пациент с однососудистым поражением коронарного русла; 2 группа – 237 пациентов с двух- и трехсосудистым поражением коронарного русла; 3 группа – 42 пациента с мультифокальным атеросклерозом (МФА), т.е. помимо поражения коронарного русла имеются гемодинамически значимые стенозы на бифуркациях сонных артерий, на подвздошных артериях. Возраст больных колебался от 40 лет до 72 лет. Мужчин было 289, женщин – 121. Больным 1 группы проводилось маммарокоронарное шунтирование (МКШ) на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения (ИК). 2 группе МКШ и аортокоронарное шунтирование (АКШ) в условиях ИК. 3 группе пациентов проводились 1 этапом коррекция сосудистых поражений – эндартерэктомия с расширяющей пластикой бифуркаций сонных артерий,

линейное протезирование подвздошных артерий и 2 этапом МКШ, АКШ в условиях ИК.

Результаты и обсуждение: В послеоперационном периоде осуществлялся ЭКГ, ЭхоКГ контроль, по данным которых ишемии миокарда, нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлялись. Результаты операции у больных 1 группы признаны удовлетворительными. Из числа оперированных больных 2 и 3 группы в раннем послеоперационном периоде умерло 12 пациентов от сердечной недостаточности, тяжелых форм нарушений ритма сердца. Результаты хирургического лечения остальных больных 2 и 3 группы признаны удовлетворительными. УЗДГ контроль корригированных сосудистых поражений показал удовлетворительный магистральный кровоток. Больные в обязательном порядке получали комплексную медикаментозную терапию: в-блокаторы, иАПФ, дезагреганты, статины, антибиотики.

Выводы: Проведение операции маммаро- и аортокоронарного шунтирования при атеросклеротическом поражении коронарных артерий показано и оправдано, учитывая результаты, т.к. операция повышает качество жизни пациентов, повышает толерантность к физическим нагрузкам. При мультифокальном атеросклерозе целесообразно 1 этапом проведение коррекции сосудистых поражений. Послеоперационные обследования больных свидетельствуют об эффективности хирургической коррекции этой тяжелой патологии.

УДК 616.127.6-089

Б.Ж. КАСЫМОВ, Б.А. ХАМИДУЛЛИН, А.С. ДОСМАГАМБЕТОВ, А.А. ЖАНКУЛОВ, А.Н. АЯГАНОВ, М.Б. МЕДЕБАЕВ, Т.Б. ХАН, Д.М. ИЩАНОВА, Г.Б. ТОЙГУЛОВА, Н.В. НИКОЛАЕНКО, М.С. МОЛТУГАНОВА

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ СУБАОРТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Цель работы – определение тактики оперативного лечения при осложнениях высокого субаортального дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП).

Материал и методы. Пациент С. 15 лет поступает в плановом порядке с жалобами на одышку при подъеме на 3-4 этаж, быстрой ходьбе, колющими болями в области сердца. Из анамнеза: врожденный порок сердца был установлен с рождения, топический (эхокардиографический) диагноз долгое время не выставлялся. При осмотре больного отмечается умеренная синюшность носогубного треугольника на фоне бледности кожных покровов и видимых слизистых, астеническая конституция, вес 54 кг при росте 175 см. Сердечных отеков нет. В легких без патологических изменений. Сердечно-сосудистая система – виден «сердечный горб», верхушечный толчок разлитой, напряженный, пульс ритмичный 82 в мин, грубый систолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины и грубый диастолический шум в 5 точке и на верхушке, АД на обеих руках 130/45 мм рт. ст. Эхокардиография: Субаортальный ДМЖП (диаметр до 0,4 см). Расширен корень аорты, разрыв правого коронарного синуса (диаметр до 1,0 см, градиент до 150 мм рт.ст. со сбросом в правый желудочек (ПЖ)). Увеличены значительно левые камеры сердца. Насосная и сократительная функции ЛЖ удовлетворительные. Гипертрофия обоих желудочков. Аортальная регургитация 2,5 ст. Легочная гипертензия. С целью уточнения анатомии порока сердца больному выполнена левая вентрикулография с аортографией восходящей аорты: сброса на уровне межжелудочковой перегородки не выявлено, отмечается сброс контрастированной крови с уровня синуса Вальсальвы в правый желудочек, аортальная регургитация (+++).

Результаты. Интраоперационно выявлено следующее: при аортотомии выявлен пролапс правой коро-

нарной створки с ее центральным разрывом (причина аортальной регургитации 3 ст), при ревизии бужом № 4 выявлен прорыв правого коронарного синуса в полость ПЖ и спаяние части этой створки с краями субаортального дефекта, который в диаметре составлял 1.5-2 см, то есть был рестриктивным. При правой вентрикулотомии выявлен также выраженный подклапанный стеноз ЛА – толщина инфундибулума равнялась почти 2-2.5 см. Больному произведено – Пластика ДМЖП заплатой Гортекс, протезирование АК механическим клапаном Carbomedics 25 и расширяющая инфундибулопластика ксеноперикардом. У больного произошло часто описываемое в литературе осложнение субаортального высокого дефекта межжелудочковой перегородки – пролапс правой коронарной створки с развитием аортальной недостаточности той или иной степени. Однако, у данного пациента (возможно, из-за длительной персистенции порока сердца) также сформировался аорто-правожелудочковый туннель и постепенно развилась выраженная гипертрофия выходного отдела ПЖ, которые стали причиной того, что сброс на уровне межжелудочковой перегородки не был виден на левой вентрикулограмме.

Вывод. Таким образом, последовательная этиопатогенетическая цепь событий, где каждый последующий элемент является следствием предыдущего, а именно высокий субаортальный ДМЖП, длительно текущий пролапс правой коронарной створки с разрывом тела этой створки, аортальная недостаточность с формированием аорто-правожелудочкового туннеля, объемная перегрузка ПЖ через ДМЖП и туннель, гипертрофия инфундибулума ПЖ, подклапанный стеноз легочной артерии помогает кардиохирургу правильно выбрать тактику и объем оперативного вмешательства в данном редком клиническом случае.

УДК 616.13-004.6-089

Б.Ж. КАСЫМОВ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. На протяжении многих десятилетий сердечно-сосудистые заболевания, несмотря на достижения в диагностике и лечении, определяют достаточно высокий уровень нетрудоспособности, инвалидизации и занимают одно из ведущих мест в причине смертности населения. В Казахстане ежегодно от ССЗ умирают 200 тыс. человек, что составляет около 50-55% от общего числа смертности от заболеваний и в 2-4 раза превышает аналогичный показатель в индустриально развитых странах.

Цель работы – изучить результаты проведенных оперативных вмешательств при мультифокальном атеросклерозе и обосновать необходимость проведения симультанных операций при мультифокальном атеросклерозе.

Материал и методы. В кардиохирургическом отделении МЦ ЗКГМУ имени М. Оспанова за период с 2009 по 2011 г. прооперированы 197 пациентов с ХИБС и различными сочетаниями атеросклеротического поражения сосудистых бассейнов. С целью обследования пациентов применялись неинвазивные и

инвазивные методы диагностики: ЭКГ, ЭхоКГ, Тредмил-тест, холтеровское мониторирование, УЗДГ артерий шеи и нижних конечностей, коронарография. Среди пациентов мужчин было – 123 (62,5%), женщин – 74 (37,5). Средний возраст составил 45,3+/-5,7 лет. Функциональный класс (ФК) по NYHA – у 37 пациентов II ФК, у 150 – III ФК, у 10 – IV ФК.

В 15 случаях проведены аортокоронарные шунтирования на работающем сердце. Остальные операции проведены в условиях искусственного кровообращения. 12 пациентам, учитывая мультифокальность поражения артериальных сосудов проведены симультанные операции. У всех пациентов отмечалась клиника вертебро-базиллярной недостаточности. Из них в 11 случаях, учитывая хирургический стеноз устья внутренних сонных артерий проведены – эндартерэктомия из устья внутренней сонной артерии с расши-

ряющей пластикой бифуркации сонных артерий и аортокоронарное шунтирование. В одном случае, учитывая окклюзию I сегмента левой подключичной артерии и наличие стигм-синдрома по левой позвоночной артерии проведены – аортоподключичное аллошунтирование слева и аортокоронарное шунтирование.

Результаты: Послеоперационный период протекал без осложнений, в частности неврологических. Послеоперационные показатели УЗДГ отмечают неизмененный мозговой кровоток, отсутствие стигм-синдрома и магистральный кровоток по левой подключичной артерии. Отмечался регресс проявлений вертебро-базиллярной недостаточности.

Вывод: Изучение послеоперационных результатов симультанных операций свидетельствуют о необходимости одномоментной коррекции сосудистых поражений при мультифокальном атеросклерозе.

УДК 616-002.193:618.19-006.6

Н.М. КЕРЕЕВА

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ И РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

До сих пор остается открытым вопрос о возникновении локальных рецидивов и отдаленных метастазов у женщин при раке молочной железы.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния локальных рецидивов на вероятность развития отдаленных метастазов, в также оценка их одновременного возникновения во времени. Был анализирован материал от 157 больных с инвазивным раком молочной железы в стадии T 1-4N0-2M0. Средний возраст составил 53, 5 ± 10,2 лет. 80 пациентам проводилась 4 курса неoadъювантной полихимиотерапии по схеме CMF или FAC. Операционное вмешательство у 84% больных было выполнено в объеме радикальной мастэктомии, в 16 % случаев проведено органосохраняющее лечение. В послеоперационном периоде 139 (97%) пациенткам назначалась адъювантная терапия. Все 157 пациентов (100%) получили послеоперационную лучевую терапию в составе комплексного лечения. Период наблюдения составил 3 года. Рецидивы заболевания за указанный срок наблюдения возник у 21 пациенток (15%). Отдаленные метастазы развились у 28 больных (20%). В случае, когда у пациенток наблюдались локальные рецидивы (8 больных), и отдаленные метастазы нами оценивался срок, когда были диагностированы эти две формы

прогрессии. Если рецидивы и метастазы были диагностированы за период менее чем за год, то такой случай расценивали как синхронный, если же за указанный период был больше, то метакхронный. В 54% случаев отдаленные метастазы и рецидивы были выявлены одновременно. При анализе данных синхронность и метакхронность обнаружения локальных рецидивов и отдаленных метастазов не зависела от состояния менструальной функции, от объема оперативного лечения, от локализации рецидива, характера роста РМЖ. Одновременное обнаружение у пациентов рецидивов и отдаленных метастазов чаще наблюдается при отрицательном рецепторном статусе первичной опухоли и при наличии метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

Вывод: возникновение синхронного развития локальных рецидивов и отдаленных метастазов зависит от рецепторного статуса первичной опухоли. Наличие у пациентов отрицательного рецепторного статуса и гиперэкспрессии HER -2 (neu) значительно снижает показатели общей и безрецидивной выживаемости. Для улучшения безметастатической выживаемости необходимо оптимизировать адъювантную лекарственную терапию в зависимости от рецепторного статуса опухолей.

УДК 614.7 (282.255.31)

К.М. КИБАТАЕВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОЗЕРА ШАЛКАР

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Озеро Шалкар – искусственный водоем, образованный для водоснабжения магистральной железной дороги в начале 20 века, кроме того, водоем образовывал микроклимат для засушливого степного города Шалкар.

Цель. Изучить экологическое состояние озера Шалкар.

Материалы и методы. Изучение и анализ данных гидрогеологической службы, статотдела, заболеваемости и смертности населения г. Шалкар за последние 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Шалкар – город с населением 27 000 человек. Местность — холмистая глинистая равнина с чередованием плосковершинных холмов. С востока к городу вплотную подступают пески Большие Барсуки. Растительность пустынная. Климат резко континентальный, засушливый, с большими колебаниями сезонных и суточных температур.

Озеро состоит из двух частей, разделенных земляной плотиной: северо-восточная (оз. Шалкар) и юго-западная (оз. Старый Шалкар). Максимальная глубина озера до 5 м. Емкость 25 млн. кубических метров воды. Средняя наполняемость в последние годы – от 3 до 10 млн. куб. м. Основными причинами снижения уровня наполняемости водой озера Шалкар являются заиление дна (до 40-50 см), добыча щебня в Муголжарах (разработка щебня прикрывают родники, питающие

р. Кауылжыр) и старые шлюзы (не меняли с 1903 года).

По сравнению с 2000 годом в 2011 году среди детского населения увеличились заболеваемость железодефицитной анемией, эндокринными и нервными болезнями, острыми кишечными инфекциями, вирусным гепатитом. Увеличилось число детей с врожденными патологиями (с 153 до 165). Среди взрослого населения отмечается рост заболеваемости эндокринных болезней, болезней органов кровообращения и мочевыводящих путей. Смертность увеличилась с 7,1% до 7,6%.

Таким образом, в результате заиления, недостаточного наполнения и летнего испарения озеро обмелело и с каждым объемом воды уменьшается, что оказывает влияние на состояние окружающей среды и здоровье населения.

УДК 552.578-057.21(574.12)

К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, Ж.Т. НУРГАЗИН, Д.Г. УРАЗАЛИНОВА,
А.Н. ЖИЕНГАЛИЕВА, М.С. КАЙРАКБАЕВА

РЕЗУЛЬТАТЫ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОВОЙ ОТРАСЛИ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Трудовая деятельность рабочих занятых на производствах нефтегазовой отрасли сопряжена не только тяжелыми природно-климатическими условиями, но и наличием вредных производственных факторов.

Цель: изучение условий труда работников нефтегазовых предприятий Западного Казахстана.

Материалы и методы исследования. Оценка степени вредности и опасности труда проведена согласно Приказа №203-п от 23.08 2007 г. Кроме того, проведена оценка тяжести и напряженности трудового процесса в соответствии с Р-2.2.755-99. Исследование проводилось специализированной лабораторией Научно-практического центра ЗКГМУ в период с октября 2010 года по май месяц 2011 года. Оценивалась характеристика рабочих мест (р.м.) на производственных предприятиях ТОО «Бургылау» (408), АО «Мангистаунайгаз» (814) и ТОО «Oil Construction Company» (188).

Результаты и обсуждение: в ТОО «Бургылау» исследовано 408 рабочих мест из них 298 мест соответ-

ствовали классу условий труда 3.1., 110 – классу условий труда 3.2.. Из вредных производственных факторов отмечается наиболее высокий уровень по тяжести труда (230 р.м.), что составляет 56,4%. По частоте на втором месте физические факторы (136 р.м. или 33,3%).

При исследовании 814 рабочих мест АО «Мангистаунайгаз» выявлено, что на всех рабочих местах имеются вредные производственные факторы: по тяжести трудового процесса (533 р.м.) – 65,5%, напряженности трудового процесса (151 р.м.) – 18,6%.

В ТОО «Oil Construction Company» из 188 рабочих мест соответствовали гигиеническим параметрам 108 (57,5%), 80(42,5%) рабочих мест были отнесены к вредному классу условий труда – 3.1.

Таким образом, из исследованных 1410 рабочих мест не соответствовали гигиеническим нормативам 1302 (92,3%).

УДК 616.233-002:612.438

С.В. КИМ, Г.А. ТУЛЕГЕНОВА, А.Г. СВИРИДОВ, Н.Н. ПУХОВИКОВА

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ ТИМОМЕГАЛИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Городская детская клиническая больница, Актобе

Актуальность. Острые респираторные инфекции раннего возраста занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и смертности, что в последнее время связывают с наличием иммунодефицитных состояний, при которых, как правило, происходят морфофункциональные изменения в центральном органе иммунной системы - вилочковой железе.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 100 детей грудного возраста с обструктивным

bronхитом. Всем детям был проведен общепринятый комплекс клинических и лабораторных исследований. Методологической основой рентгенодиагностики увеличенного тимуса является следующее положение: в норме у детей любого возраста на стандартных рентгенограммах грудной клетки в прямой проекции тень тимуса не должна выходить за пределы тени сосудистого пучка и сердца. Наиболее простой способ определения увеличения тимуса состоит в следующем:

ть тимуса, занимающая 1/2 половину грудной клетки, соответствует увеличению тимуса I степени, при 2 степени тень тимуса занимает 1/2 - 3/4 грудной клетки, при увеличении тимуса более 3/4 грудной клетки диагностируется тимомегалия III степени.

В клинической картине детей с тимомегалией по сравнению с контрольной группой имели место: избыточная масса тела, легко возникающий периоральный цианоз, даже при незначительной физической нагрузке, врожденный стридор, повышенная потливость, транзиторные нарушения сердечного ритма.

Для купирования бронхообструкции в основной группе применялись глюкокортикоиды, в то время как в

контрольной группе обструкция снималась ингаляцией венталина через небулайзер.

Заключение: факторами риска тимомегалии у детей раннего возраста с обструктивным бронхитом являются отношение матерей к группе часто болеющих в анамнезе. Наличие у них анемии, эндокринной патологии, хронических заболеваний инфекционного генеза, отягощенный акушерский анамнез. Дети с увеличенной вилочковой железой низкорезистентны к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды и подлежат дополнительному обследованию для выявления тимической недостаточности. В диспансерном наблюдении таких больных обязательно участие педиатра, иммунолога и эндокринолога.

УДК 616.323-477.75

С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Г.З. БЕКЖАНОВА, А.Б. ДЕМЕГЕНОВА, Д.Б. ШЫНГАЛАЕВА

СОЗЫЛМАЛЫ ІРІНДІ АДЕНОИДИТТІ ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медициналық университеті, Ақтөбе
Шалқар аудандық емханасы, Байғанин аудандық емханасы, Ақтөбе облысы

Оториноларингологияда аденоидит пен синусит жие қатар жүреді, біріншілік зақымдану мұрын қосалқы қуыстарынан да, мұрынжұтқыншақ безінен де басталуы мүмкін. Біріншілік жедел іріңді синусит кезінде патологиялық секрет мұрын қосалқы қуысынан мұрынжұтқыншақ безіне өтеді, ал ол мұндай агрессияға адекватты қабынумен жауап қайтарады. Соңында синусит алдымен жедел, сосын созылмалы аденоидиттің өрбуіне алып келеді. Мұрынжұтқыншақ безі гипертрофияланып мұрынжұтқыншақ пен мұрын қуысын бітейді. Мұрын тынысының нашарлауы мұрын қосалқы қуыстарының желденуін төмендетіп, соның салдарынан синуситтің ағымын нашарлатып, іріңді аденоидит пен синуситті қатар тиімді емдеу күрделі мәселелердің біріне айналады. Мұрынжұтқыншақ безінің іріңді қабынуы аденомотомия жасау барысында қан кетуге және оперативті емнен кейін жазылу

мерзімін созып, айтарлықтай күрделі проблема тудыртады. Сондықтан оперативті ем алдында жасалатын консервативті терапияны ыждақтаты іріктеп алып, онан бас тартпау керек.

Біздің қарауымызда 57 науқас болды. Дәрі дәрмектер енгізбестен бұрын мұрын қуысы мен мұрынжұтқыншақтың кілегей патологиялық бөліністен тазартып алынды. Ирригациялық терапия физиологиялық ерітіндімен жасалды. Операция алдында қолданған біздің мұндай еміміз операция үстінде болатын қан кетуді азайтуға себепші болды. Науқастарда операция үстінде қан кету болған жоқ және операциядан кейінгі сауығу мерзімі қысқартылды. Бұл консервативті терапияның оң тиімділігі патологиялық секреттен арылған кілегейге дәріні енгізу, оның патологиялық ошаққа локалды нәтижелі әсер етуінде.

УДК 616.283.1-089.843

С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА

КОХЛЕАРЛЫ ИМПЛАНТАЦИЯ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Облыстық медициналық орталық, Ақтөбе

Соңғы онжылдықты кохлеарлы имплантация кереңдік пен нейросенсорлы естімеушіліктің III – IV дәрежелерін реабилитациялау әдісі ретінде Қазақстан Республикасында кеңінен таралған.

Кохлеарлы имплантация әдісі кезінде науқастың ішкі құлағына электродтар жүйесі енгізіледі. Ол сақталған есту нерві талшықтарын электрлі стимуляциялау арқылы дыбыс ақпаратын қабылдап алуды қамтамасыз етеді. Сенсоневралды естімеушілік кезінде есту анализаторының бірінші нейроны болып саналатын улу рецепторы, яғни шашаты жасаушалардың зақымдануы жие болады. Ал есту нерві талшықтары ұзақ уақыт функциясын жоғалтпайды. Зақымданған шашты клеткалар есту сезімі пайда болуға қажет акустикалық сигналдарды электрлі импульске түрлендіре алмайды. Осы функцияны кохлеарлы имплантант орындайды.

Кохлеарлы имплантацияны жасау қажеттілігін бағалау кешенді диагностикалық тексеруге жүгінеді: уақытында науқастарды іріктеу, кереңдік пен сенсоневралды естімеушіліктің пайда болу себебін ерте анықтау, толық аудиологиялық тексеруден өткізу, биноуралды есту аппаратын қолдану оперативті емнің нәтижелі болуының кепілі. Кешенді диагностикалық тексеружүргізудің мақсаты: есту функциясы мен есту жүйесінің зақымданған деңгейін бағалау; есту нервісінің сақталғандығын бағалау; науқастың соматикасын бағалау; науқастың психоневрологиялық статусын бағалау; науқастың жоғарғы психикалық қызметтерін бағалау; кохлеарлы имплантантты орнатқаннан кейін сөзді қабылдап алу мүмкіншілігін бағалау; науқас пен оның туған туысқандарында кохлеарлы имплантанттың нәтижесін адекватты қабылдауды қалыптастыру; науқас пен оның туған

туысқандарын операциядан кейін өтетін реабилитацияға психологиялық тұрғыдан дайындау.

Біздің тәжірибемізде ата аналардың кохлеарлы имплантациядан бас тарту себептері әр түрлі: әлеуметтік жағдайы төмендер, операциядан кейінгі реабилитациялық кезеңнің ұзақ өтуі, ата аналардың жұмыс бастылығы, операция нәтижесіне сенімсіздікпен қарау және т.б. Нәрестенің естімеушілігі мен кереңдігін анықтап, диагностикалаудың өте кеш жүргізілуі ата

аналардың немқұрайлығы мен салғырттығы, диагностика жүргізуге арнайы маманның тапшылығы мен аппаратураның жоқтығы себепші болып отыр. Естімеушілік пен кереңдікті кеш анықтамас үшін олардың диагностикасын нәресте кезінен жүргізу керек. Ол үшін перзентханалар мен балалар емханасында неонаталды аудиологиялық скрининг енгізу керек.

УДК 616.216.1-002.3

С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Д.Ф. АҚБЕРГЕНОВ, Е.С. БИСЕНОВ

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДАҒЫ ИРРИГАЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе
Облыстық медициналық орталық, Қызылорда

Ирригациялық терапия ересектер мен балалар оториноларингологиясында кеңінен қолданылады. Ол әр түрлі буферлі және тұзды ерітінділермен мұрын қуысын жуу әдістері мен оның кілегейін лаваждаудан тұрады. Мұрын қуысы мен мұрынжұтқыншақты сулап, жуудың тарихи қалыптасқан емшаралары:

- Сулау
- Мұрын душы
- Ретроназалды душ
- Назофарингеалды душ
- Назофарингеалды аспирациялық жуу
- Протэц әдісімен жуу

Ирригациялық терапия микробтық контаминацияның төмендеуіне, қою экссудаттың сұйылуына, қабыршақтың жұмсарып оңай алынуына операция алдында дайындық ретінде, операциядан кейінгі кезеңде әсіресе атрофиялық риниттерде жақсы нәтиже береді.

Жүргізілген зерттеу нәтижелері ирригациялық терапиядан соң мұрын қуысы кілегейінің жергілікті иммунитетке жауапты факторлардың шығуын

жеделдететіні, аллергиялық ринит кезінде қабыну медиаторларының концентрациясын төмендететіні, сонымен қатар жеңіл деконгестивті тиімді әсер беріп, мұрын тынысын қалпына келтіреді.

Дәлелдеу медицина позициясынан ирригациялық терапияның тиімділігі мен нәтижелілігі негізгі ауру белгілеріне, мұрын қуысын эндоскопиялық қарау мен мұрын қосалқы қуыстарының сәулелі суреттерін салыстыра қарау арқылы сенімді тиімділігі дәлелденген.

Біздің тәжірибемізде ирригациялық терапия ересектер мен балаларда қолданылды, қолдану барысында қарсы қорсеткіштер болған жоқ, барлық науқастар ем шараны жеңіл қабылдады. Кері әсер болмас үшін мұрын кілегейін кептіретін, өте ыстық және суықерітінділерді қолданған жоқпыз.

Ирригациялық терапияны сонымен қатар сау адамдар мысалы, шаң тозаңы көп жерде, зиянды өндірісте жұмыс істегеннен кейін, респираторлы вирусты инфекция эпидемиясы кезінде алдын алу шара ретінде қолдана алады.

УДК 616.284-002.253-053

С.К. КОЖАНТАЕВА, А.Н. ТЫШКАНБАЕВА

СНИЖЕНИЕ СЛУХА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, ОЦ «Куаныш»

При хронических гнойных воспалительных заболеваниях среднего уха происходит не только функциональный ответ внутреннего уха и других отделов слухового анализатора на многофакторные патологические воздействия, но и структурные изменения нервных элементов этих областей.

Материал и метод исследования. Корреляционный анализ 81 больного хроническим гнойным мезотимпанитом (ХГМ) с нейросенсорной тугоухостью проведен с помощью полихорического показателя связи.

Результаты исследования. Анализ результатов изучения корреляционной связи между характером выделения из уха и степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных ХГМ показал, что у больных с мукозным отделяемым степень тугоухости высокая, что связана с вялотекущим рецидивирующим течением болезни. Между степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости и характером выделения из уха при коэффициенте контингенции ϕ^2 Карла Пирсона 0,7, существует корреля-

ционная статистически достоверная связь ($p < 0,001$). Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных ХГМ при критерий χ^2 Пирсона 56,7 коррелирует характером выделения из уха, ($p < 0,001$).

Степень тугоухости, соответственно выраженность нейросенсорного компонента тугоухости у больных ХГМ коррелирует с местом проживания больных и обращаемостью к ЛОР врачу при коэффициенте контингенции ϕ^2 Карла Пирсона 0,4 статистически достоверностью ($p < 0,01$). Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных ХГМ при критерий χ^2 Пирсона 32,4 коррелирует с местом проживания и обращаемостью к ЛОР врачу ($p < 0,001$).

Выявленная корреляционная зависимость выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных ХГМ от длительности течения и частоты обострения болезни при коэффициенте контингенции ϕ^2 Карла Пирсона 0,5 статистически достоверна ($p < 0,001$). Степень выраженности нейросенсорного

компонента тугоухости у больных ХГМ при критерий χ^2 Пирсона 40,5 коррелирует длительностью течения и частотой обострения болезни ($p < 0,001$).

Вывод. Чем длительней протекает гнойно-воспалительный процесс среднего уха, чем чаще он

обостряется. Возможно, это связано постоянным присутствием очагов воспаления в барабанной полости что, несомненно, отражается на слухе.

УДК 616.284-002.253-053

С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Е.С. БИСЕНОВ, Г.З. БЕКЖАНОВА, А.Б. ДЕМЕГЕНОВА

СОЗЫЛМАЛЫ ІРІНДІ ОРТАҒЫ ОТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҒЫ ОРТАҒЫ ҚҰЛАҒЫНЫҢ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ПЕЙЗАЖЫНЫҢ ЕСТУ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ӨЗГЕРІСІНЕ ӘСЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе
Қызылорда обылыстық медициналық орталығы, Шалқар аудандық емханасы, Байғанин аудандық емханасы

Созылмалы ірінді ортаңғы отиттің әлеуметтік маңыздылығы сонда, ол өршу кезінде уақытша еңбекке жарамсыздықпен қатар естудің төмендеуіне алып келіп, науқас өмірінің сапасын айтарлықтай төмендетеді.

Біздер естуі әр түрлі дәрежеде төмендеген 98 науқастың ортаңғы құлағының микрофлорасының сипатын тексердік. Барлық науқастар ортаңғы отиттің түріне байланысты үш топқа бөлінді: эптитпанитпен (36 науқас), эпимезотимпанитпен (32 науқас) және мезотимпанитпен (30 науқас) ауратын науқастар. Аудиологиялық зерттеудің нәтижесі бойынша есту қызметінің төмендеуінің үш дәрежесін анықтадық: I дәрежедегі естудің төмендеуі 28 науқаста, II дәрежедегі естудің төмендеуі 42 науқаста, ал III дәрежедегі естудің төмендеуі 28 науқаста байқалды. Микробиологиялық зерттеу нәтижесі бойынша эптитпанитпен ауратын 36 науқастың ортаңғы құлақ қуысынан алтын стафилококк пен облигатты

анаэробты микрофлора табылды. Ал эпимезотимпанитпен ауратын 32 науқастың ортаңғы құлағынан көбіне алтын стафилококк, анаэробты микрофлора сирек граммтеріс микрофлоралар анықталды. Мезотимпанитпен ауратын 30 науқастың ортаңғы құлақ қуысынан көбіне граммтеріс микрофлора табылды.

Сонымен, созылмалы ірінді ортаңғы құлақтың отитпен ауратын науқастардың ортаңғы құлақ қуысынан микробиологиялық зерттеу нәтижесі бойынша анықталған *Staphylococcus aureus* өзіндік биологиялық қасиетіне байланысты көп мөлшерде инвазиялық ферменттер мен экзотоксиндерді синтездейтін болғандықтан, ол тек қана ортаңғы құлақтың деструктивті процесінің айқындылық дәрежесіне әсерін тигізіп қана қоймай, сонымен қатар ішкі құлақтың нейрорецепторлы аппаратына кері әсерін тигізетінін аудиологиялық зерттеу нәтижесіне сүйене отырып дәлелдедік.

УДК 614:001.895

В.В. КОЙКОВ, А.К. КОСУМОВ, Ж.А. ЕРГАЛИЕВА, Б.М. СУЛТАНБЕКОВА

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

Одним из самых распространённых видов современных инновационных структур, способствующих организации наукоемких производств, ориентированных на трансферт высоких технологий, коммерциализацию результатов научно-технических разработок, являются технопарки.

В настоящее время в мире насчитывается около 700 технопарков. Лидерами по количеству и эффективности функционирования технопарков являются США (около 300 технопарков), Европейский Союз (более 200) и Китай (более 70). В Казахстане в настоящее время насчитывается более 10 технопарков. Согласно общемировой практике основу технопарков составляют бизнес-инкубаторы (входят в структуру 91,6% технопарков) и научные центры (в 80,7% технопарков). Опыт ведущих зарубежных стран указывает на то, что инновационная инфраструктура успешно развивается вокруг вузов – 30,3% технопарков находятся на территории университетов и 4,2% - на прилегающей к ним территории. При этом более 60% вузовской науки фактически делается в помещениях технопарков. В Казах-

стане три из десяти технопарков расположены на территории вузов, остальные семь осуществляют свою деятельность на территории промышленных предприятий и научных центров.

Инновационная инфраструктура успешно развивается и в областях связанных с медицинской и фармацевтической деятельностью. Так из числа около 400 членов Международной Ассоциации научных парков только 133 приходится на долю научных и технологических парков функционирующих в сфере здравоохранения и производства лекарственных средств.

Медицинские школы и факультеты активно включаются в инновационный процесс и как участники создаваемых на базе многопрофильных университетов технопарков, и как отдельные субъекты со своей инфраструктурой. Примером может служить создание технопарка «Евро-медицина» на базе медицинского факультета одного из старейших университетов Франции в г. Монпелье. В условиях специфики стран постсоветского пространства, где научные центры являются независимыми от университетов органи-

зациями, технопарки – создаются НИИ и НЦ. Так в 2011 году в России был создан первый медицинский технопарк «Инновационный медико-технологический центр» на базе НИИ травматологии и ортопедии.

Параллельно с развитием технопарков, непосредственными участниками инновационной инфраструктуры в ведущих технологически развитых странах

мира становятся бизнес-инкубаторы, стартапы, венчурные компании.

К сожалению в Казахстане в настоящее время ни один медицинский вуз или НИИ не принимает участие в работе создаваемых национальных и региональных технопарков. Полностью отсутствует в системе отечественного здравоохранения опыт формирования стартапов, бизнес-инкубаторов.

УДК 616.27-089

А.К. КОЙШЫБАЕВ, С.Т. ДЮСЕМБЕКОВ, Б.Т. БАЙЗАКОВ, К.Е. ТАЙШИЕВ

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

На сегодняшний день диагностика и лечение опухолей средостения остается одной из сложных проблем, так как протекают бессимптомно. На долю опухолей приходится 3-7% всех злокачественных новообразований органов грудной полости. С учетом особенностей клинической картины имеется определенные трудности в диагностике и тем более выборе четкой тактики лечения.

В нашей клинике с 2000 по 2011 г.г. в отделении онкохирургии МЦ ЗКГМУ имени М.Оспанова оперированы 29 больных с опухолями средостения в возрасте от 17 до 65 лет. Доля доброкачественных опухолей составило 23 случая (78,5%), липомы – 8 (27%), тимомы – 6 (20,6%), невриномы – 6 (20,6%), дермоидные кисты – 3 (10,3%), в 6 (21,5%) случаях – злокачественные (1 – злокачественная тимома, 2 – ходжкинская и неходжкинская лимфомы и 3 – медиастинальная форма рака легкого). Выбором хирургического доступа при локализации в передне-верхнем и нижнем средостении явилась тотальная стернотомия, в остальных случаях произведены боковая торакотомия справа или слева.

После проведенных клинко-инструментальных методов обследования всем больным проведено оперативное лечение. Интраоперационно, с целью верификации процесса произведена биопсия с экспресс-гистологическим исследованием, подтверждение злокачественности имелось в 100%. Во всех случаях исход был благоприятным. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Послеоперационная летальность отсутствует. При контрольном обследовании у больных рецидивов заболевания не выявлено. Всем больным со злокачественными опухолями в дальнейшем проведена химиолучевая терапия.

Выводы:

1. Тяжелой категории больным с целью малоинвазивных операций и с диагностической целью и необходимо внедрение видеоторакоскопических вмешательств, что позволит улучшить результаты лечения данной категории больных.

2. При определении хирургического доступа необходимо учитывать локализацию опухоли, то есть при локализации опухоли в передне-верхнем и нижнем средостении предпочтительна тотальная стернотомия.

УДК 616.612-072.7:616.91

А.В. КОЛПАЩИКОВ, Ю.Н. КОПЫЛОВ

НОВЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВОГО АППАРАТА ПОЧЕК ПРИ ГЛПС

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Почки относятся к одним из основных органов-мишеней при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС). Заболеваемость ГЛПС остается высокой, а дисфункция почек у таких больных утяжеляет течение ГЛПС и усложняет лечение. Большинство имеющихся исследований, касающихся вопросов изучения функционального состояния почек при ГЛПС, в основном посвящены оценке их фильтрационной способности. Однако состояние канальцевого аппарата почек у больных с ГЛПС остается недостаточно изученным.

Маркерами поражения канальцевого эпителия принято считать микроальбуминурию и повышение экскреции с мочой α 1-кислого гликопротеина, лизоцима, α 2-микроглобулина, которые беспрепятственно фильтруются в почках и должны полностью реабсорбироваться канальцевым эпителием (Р.Хашен, Д.Шейх, 1981). Так же функциональное состояние ка-

нальцевого аппарата почек характеризует секреция аммонийных солей и ацидогенез.

Проведенные клинические исследования на базе МУЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Оренбурга показали, что функциональные нарушения канальцевого эпителия начинают наблюдаться с первых суток периода олигоанурии, еще более усугубляются в период полиурии. В функциональном плане восстановление канальцевого аппарата почек происходит гораздо позже восстановления фильтрационной функции почек, и при нормализации уровней мочевины и креатинина сыворотки крови больных ГЛПС сохраняются признаки дисфункции канальцевого аппарата. Функция канальцев полностью не восстанавливается к моменту выписки больных ГЛПС из стационара. В настоящее время не удалось полностью отследить динамику восстановления канальцевого аппарата почек у больных ГЛПС в периоде реконвалесценции после их выписки из стационара.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Мы провели ретроспективный анализ 127 историй болезни пациентов, которым была выполнена герниопластика по поводу послеоперационных вентральных грыж, с целью выявления факторов риска развития рецидива грыжи, создания прогностической модели, и, соответственно выбора наиболее оптимального вида лечения. Отдаленные результаты были прослежены у 99 (80,2%) больных. Сроки наблюдения составили от 1 года до 8 лет. Отдаленное наблюдение основывалось на повторном обращении пациентов и анкетном опросе. Установлено, что после герниопластики ПОВГ местными тканями грыжи рецидивировали в 63,6% случаев, после герниопластики аллотрансплантатом «Эсфил» - в 6,5% случаев, после аутодермопластики по В.Н. Янову в 22,5% случаев. Все больные с рецидивом самостоятельно обратились в нашу клинику: у 12 (50%) больных проведено полное обследование и повторная операция в нашей клинике, у 12 больных по причине высокого анестезиологического риска и неэффективности предоперационной подготовки хирургическую операцию посчитали противопоказанной. Установить какой-либо один доминирующий фактор, который бы привел к развитию рецидива грыжи установить не представлялось возможным, так как у всех

больных с рецидивом имелось несколько групп факторов риска развития рецидива (ожирение, длительный срок грыженосительства, пожилой возраст, патология дыхательной и сердечно-сосудистых систем, нарушение обменных процессов на фоне сахарного диабета, анемии, тяжелый физический труд и другие).

При оценке факторов риска мы пришли к выводу, что достоверные различия встречаемости каждого значения признака в группе получены для следующих факторов: пола, ожирения, сопутствующих заболеваний, срока грыженосительства, размера грыжи, характера труда, способа пластики в анамнезе для рецидивирующих грыж. Тем не менее, статистическая значимость каждого из этих факторов не велика – коэффициент корреляции не превышает 0,4. Возраст больного, осложнения со стороны раны в анамнезе, общее количество операций в анамнезе, количество родов в анамнезе у женщин, нарушение функции внешнего дыхания, позволяют проследить тенденцию изменения вероятности возникновения рецидива грыжи, но достоверных различий частот этих признаков для развития рецидива крайне низка, поэтому их можно считать факторами риска лишь условно.

УДК 616-089: 616, 34-002.43

А.А. КОНОНЕНКО, М.К. ДЖАКАНОВ, И.И. БРАЛОВ, С.К. БУРИБАЕВ,
К.Н. МАМБЕТ, Е.Н. ИЛЪЯСОВ, Б.Ж. БОЗГАЛИЕВ

ДООПЕРАЦИОННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Для составления прогностической модели дооперационного прогнозирования, мы старались провести максимальный анализ всех возможных факторов, которые по нашим наблюдениям либо по данным литературы могли бы способствовать развитию нежелательных результатов после операции. Нами были выделены и проанализированы 12 факторов риска. Для упрощения расчетов и создания максимально понятной и доступной каждому хирургу формы на основе списка больных (базы данных) и макроса в программе Excel, а также написанного на языке Delphi интерфейса была разработана программа «Определение риска развития рецидива послеоперационной вентральной грыжи». Интерфейс программы прост и не требует специального обучения для работы с ним. Предлагаемый способ прогнозирования может быть применен в любой больнице, снабженной компьютером с соответствующим программным обеспечением. Для этого:

1. Необходимо у больного выявить и оценить факторы риска развития рецидива грыж.

2. Нажать на панели инструментов программы кнопку-макрос «Факторы риска развития рецидива».

3. Ввести в поля открывшегося окна программы паспортные данные, номер истории болезни, клинический диагноз и используемые в программе градации факторов риска.

4. Нажать на кнопку «Результат», откроется окно программы с результатами вычисленных значений вероятностей каждого фактора и общая сумма расчетной вероятности для этого больного.

5. После этого нажимаем кнопку «Рекомендации», откроется окно с рекомендациями по выбору способа герниопластики и краткое описание техники операции с рисунками.

6. После нажатия в окне программы результатов на кнопку ОК, все данные больного будут автоматически введены в базу данных, то есть произойдет ее расширение – повысится достоверность расчета вероятности рецидива грыжи у последующих больных

7. В соответствии с рекомендациями хирург планирует объем предстоящей операции.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДОАРТЕРИИТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Несмотря на очевидный прогресс ангиологии и сосудистой хирургии в лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК), эта проблема остается весьма актуальной.

Проведен анализ результатов лечения у 47 больных (2008-2010 годы) с различными уровнями окклюзионных поражений артерий нижних конечностей которым применялась пульс-терапия по схеме разработанной в сосудистом отделении института хирургии А.В. Вишневого (комбинация препаратов цитостатики+кортикостероиды). Курс лечения составил в среднем $1,8 \pm 0,12$. Все больные были лица мужского пола. Средний возраст составил $40,9 \pm 1,71$ лет. У 80% больных были трофические язвы или начинающаяся гангрена пальцев на стопе. У половины больных проксимальный уровень поражения был на уровне тиббиального сегмента, а у второй половины – на уровне бедренно-подколенного сегмента. Полную окклюзию всех артерий стопы имели 78% больных. Эффект медикаментозной терапии оценивался по общему состоянию больного, данным ультразвуковой доплерографии артерий и лабораторного исследования крови (С – реактивный белок, лейкоцитарная формула, СОЭ).

Ближайшие и отдаленные результаты были следующими. При поражениях артерий голени и стопы консервативная терапия была эффективна у 34 (72,3%) больных, а если были окклюзированы подколенная и бедренная артерия – только у 5 (10,6%) больных. У 7 (14,8%) больных медикаментозная терапия была с кратковременным эффектом (4-6 месяцев) и отмечалось прогрессирование заболевания. С целью улучшения состояния периферического русла этим больным дополнительно проведены повторные курсы медикаментозной терапии и выполнены операции по артериализации венозной системы. Отдаленные результаты прослежены в срок до 2 лет. У 5 больных отмечен положительный эффект (явления критической ишемии полностью купированы) от проведенного лечения, 2 больным потребовалась – ампутация. Летальности не было.

Вывод. Использование медикаментозной пульс-терапии в комплексном лечении окклюзионных поражений артерий нижних конечностей является перспективным методом и позволяет улучшить результаты хирургического лечения, повысить качество жизни больных, предупредить инвалидизацию.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) является самой распространенной патологией периферических сосудов. В работе приведен анализ результатов лечения трофических язв нижних конечностей, которые развились на фоне тяжелых форм варикозной болезни и посттромбофлебитической болезни. Анализу подвергнуты истории болезни 123 больных, в возрасте от 35 до 71 года, 96 из которых были лица женского пола и 27 – мужского. У 82 больных трофические язвы развились в результате длительного анамнеза варикозной болезни нижних конечностей, у 41 – вследствие ранее перенесенного тромбоза глубоких вен, который в дальнейшем привел к посттромбофлебитической болезни с декомпенсированной венозной недостаточностью. Всем больным применялся дифференцированный подход к выбору лечения в зависимости от характера поражения венозного русла и количества фоновых заболеваний. Более 60% больных ранее подвергались оперативным и консервативным методам лечения. У 18% пациентов трофические язвы были на обеих конечностях. В 75% случаев трофические язвы локализовались в нижней трети голени, в 20% распространялись до средней её трети и в 5% занимали больше половины голени. В 20% случаев обширные язвы охватывали голень циркулярно. Продолжительность их существования составляла от 2—3

недель до 20 лет. У больных старше 45 лет заболевание протекало на фоне сопутствующей патологии. Во всех случаях нам удалось добиться положительного результата с полным заживлением трофических язв в сроки от 2 недель до 5 месяцев. Стационарное лечение проводилось не более 2—3 недель. У 94 больных оно дополнялось хирургическим вмешательством. Дальнейшее лечение продолжалось амбулаторно. Перативное лечение проводилось, не дожидаясь полного заживления язв (за исключением фазы экссудации), однако на фоне максимальной компенсации хронической венозной недостаточности, которая достигалась перевязками, применением угольных сорбентов, озонотерапией, УЗ – кавитацией и адекватной компрессией нижних конечностей эластическими бинтами.

Заключение: Основным принципом хирургического лечения мы считаем флебэктомию с радикальным удалением систем большой и малой подкожных вен с диссекцией перфорантов. В клинике на протяжении 6 лет успешно применяется комбинированная методика: флебэктомию по Троянову Тренделенбургу-Бэбкокку-Нарату с эндоскопической диссекцией перфорантных вен (SEPS – технология), которая позволяет достигать хороших функциональных и косметических результатов хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СОРБИФЕР ДУРУЛЕС» ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

АГП №1 г. Ақтау

Актуальность. Препаратами первого выбора анемий различного генеза являются препараты железа. Биодоступность железа сильно зависит от типа железа: 2-х или 3-х валентное, но также обусловлена различными аспектами, такими как размер молекулы, комплексный состав и в значительной степени зависит от растворимости в желудочном соке при пищеварении.

Цель исследования: изучить эффективность терапии препаратом «Сорбифер Дурулес» компании «EGIS» у пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы: В исследование включено 47 женщин, проходивших лечение в поликлинических условиях. Средний возраст составил 53,8±4,1 года. Методом рандомизации больные разделены на 2 группы: 29 пациенток с хроническими заболеваниями ЖКТ (хронический гастрит у 17 (58,6%), хронический холецистит у 12 (41,4%)) и 18 пациенток без хронических заболеваний ЖКТ (38,3%). Легкая степень тяжести ЖДА диагностирована у 24 пациенток (51,0%), средняя - у 16 (34,1%), тяжелая - у 7 (14,9%). Сорбифер Дурулес (железа сульфат двухвалентный 320 мг + аскорбиновая кислота 60 мг) назначался в традиционных дозировках в зависимости от тяжести анемии. Оценку терапевтической эффективности проводили по

комплексу клинических и лабораторных критериев (данные клинического обследования, показатели развернутого общего анализа крови, уровень сывороточного железа крови до и после лечения). Контроль показателей крови проводился через 1 месяц от начала лечения.

Результаты исследования. При анализе данных выявлено, что прирост гемоглобина у пациенток с хроническими заболеваниями ЖКТ за 1 месяц в среднем составил 19,22±1,98 г/л, ферритина – на 12,97±2,12 нг/л, сывороточного железа – на 4,34±2,36 мкмоль/л. В группе пациентов без хронических заболеваний ЖКТ прирост составил: гемоглобина на 21,22±2,98 г/л; ферритина на 16,97±2,56 нг/л; сывороточного железа на 3,64±2,29 мкмоль/л. Достоверной разницы в показателях указанных индикаторов между двумя группами пациентов не выявлено. За время наблюдения частота побочных действий препарата в обеих группах не превышала 2%.

Выводы. Таким образом, терапия препаратом «Сорбифер Дурулес» у пациентов с хроническими заболеваниями ЖКТ так же эффективна, как и у больных без заболеваний ЖКТ. Хронические заболевания ЖКТ не являются противопоказанием для терапии препаратом железа.

УДК 616-08-039.71 (574.13)

Ж.А. КӨПТІЛЕУОВ

ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «ШАЛҚАР АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫ» МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫНЫНЫҢ ТҰРҒЫН ХАЛЫҚТЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУДЕН ӨТКІЗУДЕ ЖЫЛЖЫМАЛЫ ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯ ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Шалқар аудандық емханасы

Шаруашылық жүргізу құқығындағы «Шалқар аудандық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің 16 наурыз 2011 жылғы №145 «Халықтың нысаналы топтарына профилактикалық медициналық тексеру жүргізу ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрінің міндетін атқарушының 2009 жылға 10 қарашадағы №685 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы бұйрығына сәйкес тұрғын халықты жыл сайын скринингтік тексеруден өткізеді. Шалқар ауданының жер көлемі

және селолық округ шалғайлығына байланысты емхана әкімшілігі селолық округ тұрғындарын скринингтік тексеруден өткізуде жылжымалы дәрігерлік амбулатория жасақтап шығаруға шешім қабылдады. Шалқар ауданы халқының 40%-дайы селолық жерлерде орналасқанын ескерсек скринингтік тексеруден өткеннен кейін жыл соңына дейін сауықтыру жұмыстарына да уақыт бөлініп науқасы анықталған адамдар сауықтырылады. Аталған әдіс өз тиімділігін көрсетті, алдағы уақытта кең қолданысқа ие болатыны сөзсіз.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И ПРОАРИТМИЧЕСКАЯ НАСТРОЕННОСТЬ МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИКТОРАМИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: изучить влияние активации свободно-радикальных процессов (СРП) и снижения мощности антиокислительных систем на развитие электрической нестабильности миокарда у лиц молодого возраста с предикторами внезапной сердечной смерти (ВСС).

Материалы и методы: обследовано 120 человек в возрасте от 18 до 45 лет, из них 20 условно здоровых лиц составили контрольную группу (средний возраст $24,0 \pm 0,8$) и 100 пациентов, имеющих триггерные факторы развития ВСС (средний возраст $24,9 \pm 0,7$). Проводилась оценка активности антиоксидантных ферментов в лизатах эритроцитов спектрофотометрическим методом. Интенсивность свободно-радикального окисления (СРО) определялась методом железоиндуцирующей хемолюминисценции цельной сыворотки крови и суммарной фракций апо-В липопротеинов по методике Р.Р. Фархутдинова.

Результаты: у лиц, имеющих предикторы ВСС, интенсивность СРО, оцениваемая по параметрам хе-

молюминисценции приблизительно в 3 раза выше, чем в контрольной группе. Активность супероксиддисмутазы (СОД) у лиц с предикторами ВСС на 30 % выше, а каталазы, напротив, на 17 % ниже, чем в контроле. Повышенная активность СОД сопровождается увеличением продукции пероксида водорода, который на фоне снижения активности фермента, разрушающего его – каталазы, в еще большей степени усугубляет проявления окислительного стресса.

Выводы: у лиц с риском внезапной некоронарогенной сердечной смерти имеют место явления окислительного стресса, проявляющиеся как повышением интенсивности СРО, так и снижением активности антиоксидантных ферментов. Это в свою очередь может указывать на роль окислительного стресса в развитии электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти.

УДК 616.612:616.12-008.46-085

В.Ю. КОПЫЛОВ, Н.В. КОПЫЛОВА, Р.И. САЙФУТДИНОВ, М.А. БЕЛОВА

ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Абдоминальное ожирение ассоциировано с повышением уровня триацилглицеридов (ТАГ), низкой концентрацией холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), повышением уровня общего холестерина (ОХС) и увеличением концентрации холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), который является основным фактором способствующим формированию атеросклероза.

Данные в современной литературе указывают на то, что при избыточной массе тела и ожирении увеличивается концентрация в сыворотке ОХС и ЛПНП, однако связанные с цифрами индекса массы тела различия в концентрациях ОХС и ЛПНП более выражены у людей с меньшим весом, и с возрастом они уменьшаются.

Цель. Выяснить степень нарушения липидного обмена в виде повышения концентрации общего холестерина и триацилглицеридов у лиц с повышенной массой тела и ожирением, без нарушения углеводного и белкового обменов.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 26 пациентов с повышенной мас-

сой тела и ожирением. Средний возраст обследованных составил 22,3 лет. Контрольную группу составили 29 практически здоровых, со средним возрастом 20,3 лет. У всех исследуемых определялся индекс массы тела, уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности и триацилглицеридов.

Полученные результаты. Средний индекс массы тела лиц контрольной группы составил $21,36 \pm 0,41$, основной группы – $31,48 \pm 0,56$. В группе практически здоровых лиц средние уровни общего холестерина и триацилглицеридов составили $4,59 \pm 0,15$ ммоль/л и $0,99 \pm 0,06$ ммоль/л соответственно. У пациентов основной группы данные показатели имели значение $4,79 \pm 0,14$ ммоль/л и $1,25 \pm 0,13$ ммоль/л.

Вывод. У пациентов в возрасте до 25 лет страдающих ожирением или имеющими повышенную массу тела, наблюдается увеличение концентрации общего холестерина и триацилглицеридов плазмы крови по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Дисфункция почек при хронической сердечной недостаточности (ХСН) развивается в результате снижения сердечного выброса и нейрогуморальной активации. Большинство клинических исследований основаны на определении уровня креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации и/или микроальбуминурии, при этом состояние канальцевого аппарата почек при ХСН остается недостаточно изученным.

При эхокардиографическом исследовании у 70,6% больных с умеренно выраженной ХСН наблюдалось снижение ФВ по сравнению с контрольной группой ($54,8 \pm 0,7\%$ и $62,0 \pm 1,7\%$ соответственно). В группе с тяжелой ХСН отмечалось значительное снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (в среднем $36,8 \pm 0,8\%$).

Также оценивалось состояние натрийуретической и осморегулирующей функций почек. По мере прогрессирования ХСН отмечается увеличение осмоляльности сыворотки крови при ХСН IIА стадии по сравнению с контрольной группой; снижение осмо-

ляльности мочи и клиренса осмотически активных веществ прогрессирует с утяжелением тяжести ХСН, снижение индекса осмотического концентрирования при ХСН IIБ стадии по сравнению с контрольной группой; повышение концентрации натрия в сыворотке крови при ХСН IIА стадии по сравнению с контрольной группой, снижение экскретируемой фракции натрия и повышение реабсорбции натрия в дистальном отделе нефрона с утяжелением тяжести ХСН.

Нарушение способности почек выводить солевую нагрузку, обусловленное повышением реабсорбции натрия выявляется уже у пациентов с ХСН I стадии, не имеющих явных признаков задержки жидкости в организме.

Изменения функционального состояния канальцев почек предшествуют клиническим проявлениям ХСН и изменениям ФВ ЛЖ, это необходимо учитывать для своевременного назначения нефропротективной терапии, способной замедлить прогрессирование ХСН и продлить жизнь этих пациентов.

УДК 616.31-089.5

Е.Н. КОРНИЕНКО

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Стоматологическая клиника «Стома – Алия», Актобе

В нашей клинике уже более 6 лет успешно применяется интралигаментарная анестезия (ИА) на терапевтическом и хирургическом приеме. Принципы этой анестезии заключаются в ведении анестезирующего раствора в периодонт под давлением, необходимым для преодоления сопротивления тканей, при этом часть раствора распределяется вдоль щелевидного пространства, тогда как основная часть проходит во внутрикостное пространство альвеолярной кости до периодонтальной области.

Материалы и методы: Нами было проведено сравнительное исследование ИА и инфильтрационной анестезии у 40 пациентов с кариесом на нижней челюсти, разделенных на 2 группы по 20 человек в каждой. В опытной группе применяли ИА, во второй инфильтрационную. Критериями включения в опытную группу было наличие кариеса и его осложнений, критериями исключения из опытной группы являлись наличие пародонтальных карманов, воспалительные заболевания пародонта, острый и обострение хронического периодонтита. Для проведения ИА использовали специальные инъекторы и иглы. Р-р анестетика амидного ряда инъецировали под давлением в периодонталь-

ное пространство под углом 30 к центральной оси зуба, проникая на глубину 1-3 мм до ощущения сопротивления в течение 7 сек. Эффективность оценивали по степени обезболивающего эффекта, субъективной оценки болезненности процедуры, онемения мягких тканей во время и после инъекции, а также продолжительность анестезии.

Результаты: В контрольной группе обезболивающий эффект был получен у 90% пациентов против 80% в опытной. Безболезненность процедуры отметили 95% пациентов опытной группы и всего лишь 50% контрольной. На онемение мягких тканей во время и после инъекции указали 5% пациентов в контрольной группе и 95% в опытной. Продолжительность анестезии составила 30 минут в опытной против 90 минут в контрольной группах.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что метод интралигаментарной анестезии является высокоэффективным, безопасным, простым по технике исполнения, обеспечивающим адекватную анестезию во всех амбулаторных стоматологических манипуляциях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В СТАЦИОНАРЕ

Хромтауская ЦРБ, Хромтау

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) получили распространение в развитых странах в 70-е годы. Так, в США, где противозидемический режим в стационарах поставлен на гораздо более высокий уровень, Национальный центр контроля заболеваемости считает допустимым уровень ВБИ до 5%. В Российской Федерации ежегодно заболевают ВБИ более двух миллионов человек. Достоверные данные о заболеваемости ВБИ в Казахстане отсутствуют, однако за 2010 год, по данным Научно – практического Центра санэпидэкспертизы и мониторинга, заболеваемость ВБИ на 1000 госпитализированных составила 0,15. В РК система контроля за инфицированием пациентов и персонала была внедрена в 1999 года.

Известно, что стратегия инфекционного контроля (ИК) представлена тремя уровнями: административный, контроль за состоянием окружающей среды и защита персонала от инфицирования. Все эти уровни контроля внедрены и в нашей организации. В Хромтауской ЦРБ создана комиссия инфекционного контроля (КИК), имеется программа ИК, составленная с учетом особенностей стационара и предусматривающая все меры по предупреждению внутрибольничных заражений. На заседаниях КИК рассматриваются все случаи заболеваний, подозрительных на внутрибольничное инфицирование и обсуждаются вопросы, касающиеся

дезинфекционно-стерилизационного режима, организации охраны здоровья и обучения медицинского персонала. Для снижения риска нозокомиальной трансмиссии инфекции среди больных и персонала больницы организовано эпидемиологическое наблюдение во всех отделениях. Как известно, для профилактики ВБИ большое внимание должно уделяться так называемым «отделениям риска». В нашей больнице такими являются: хирургическое, родильное, реанимации и интенсивной терапии и центральное стерилизационное отделение. В них проводится ежемесячный микробиологический мониторинг, а обеззараживание воздуха достигается за счет применения бактерицидных облучателей. Санитарно-гигиенический и противозидемический режимы в этих отделениях, организация сбора и утилизации медицинских отходов соответствуют требованиям нормативно-правовых актов. Со стороны КИК постоянно осуществляется контроль за состоянием здоровья медицинского персонала, его диспансеризацией и обучением по вопросам ИК. Таким образом, система ИК, введенная в нашей лечебной организации, доказала свою эффективность. В результате постоянного эпидемиологического надзора и микробиологического мониторинга отмечается благополучная эпидемиологическая ситуация по ВБИ.

УДК 614.812 (574.13)

К.Е. КОЗБАГАРОВ

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ХРОМТАУСКОМ РАЙОНЕ

Хромтауская ЦРБ, Хромтау

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 г. определила приоритетное развитие социально-ориентированной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в формировании эффективной системы здравоохранения.

Нами проведен анализ деятельности поликлиники Хромтауской ЦРБ, охватывающий медицинские, демографические и структурно-организационные показатели за 2009-2011 годы. Среди прикрепленного населения отмечается улучшение демографической ситуации: показатели рождаемости составили в 2010 г. – 19,7, в 2011 г. – 21,1 и естественный прирост населения в 2010 г. – 9,6 и в 2011 г. – 11,8 на 100 тысяч населения. Имеется тенденция к возрастанию числа лиц, прошедших профилактические и скрининговые обследования: в 2009 г. – 21983, 2010 г. – 24437 и в 2011 г. – 29963 человек.

Для улучшения профилактической и санитарно-просветительной работы для населения функционируют школы сахарного диабета, бронхиальной астмы, артериальной гипертензии, кабинеты «Здорового образа жизни» и «Здорового ребенка». Удельный вес посещений прикрепленным населением школ здоровья из года в год возрастает: соответственно в 2009 г. – 1068, 2010 г. – 1175 и в 2011 г. составил 1150. Соглас-

но Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) с января 2010 г. внедрены стационарозамещающие технологии. Так, показатели удельного веса пролеченных в дневном стационаре: 2009 г. – 4,4, 2010 г. – 3,4 и в 2011 г. составил 3,4, что почти в 2 раза превышает показатели круглосуточного стационара, соответственно: 2009 г. – 2,1, 2010 г. – 1,5 и в 2011 г. составил 2,0. Также увеличено финансирование по стационарозамещающей помощи на 9,6%, тогда как по круглосуточному стационару на 3,6%. Отмечается снижение уровня потребления койко-дней населения на 37,4%. За счет перепрофилизации коечного фонда достигли сокращения среднего пребывания на койке до 6,6 дней и сокращения обеспеченности койко-днями на 37,4%.

С 2011 года в поликлинике работают штатные психолог и социальные работники, удельный вес обращений к ним составил 1,6 и 0,8 соответственно.

Таким образом, наша лечебная организация выполняет задачи, поставленные перед медицинской службой ПМСП, успешно внедряя и развивая стационарозамещающие технологии, скрининговые и профилактические программы. Результатом этого является уменьшение числа госпитализаций, оптимизация оказания медицинской помощи, улучшение ее качества и экономической эффективности.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ПРОФИЛАКТИКА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Хромтауская ЦРБ, Хромтау

Заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями представляет серьезную социальную проблему в связи с высоким уровнем заболеваемости, практически ежегодно возникающими эпидемическими вспышками, а с интервалом 20-30 лет - пандемиями гриппа.

При оказании медицинской помощи больным с гриппом возрастает роль медицинских учреждений ПМСП. Согласно рекомендаций ВОЗ, диагностика гриппа должна основываться на стандартных определениях случаев – предположительный, вероятный и подтвержденный случай. Для лабораторного подтверждения диагноза от больных собираются клинические образцы носоглоточного, назального мазков и смывы. Госпитализации подлежат пациенты с тяжелым течением заболевания, имеющие признаки прогрессирования болезни (затрудненное дыхание, боль в груди, окрашенная мокрота при кашле, нарушение сознания), а также пациенты с тяжелой сопутствующей патологией. При амбулаторном и стационарном лечении должна обеспечиваться максимальная изоляция заболевшего, использование средств индивидуальной защиты медицинским персоналом и другими лицами, соблюдение этики кашля и безопасное обращение с медицинскими отходами, а также соблюдение

обычного дезинфекционного режима. На входе в ПСМП должны размещаться указатели движения больных с респираторными симптомами, инструкции по соблюдению гигиены рук, этикета при кашле. В зонах ожидания для пациентов устанавливаются бесконтактные мусорные урны для утилизации использованных салфеток, создается резерв бумажных салфеток и по возможности создаются условия для исключения скученности и размещения пациентов с интервалом не менее 1 метра от других людей.

В Республике Казахстан вакцинация против сезонного гриппа проводится ежегодно, при этом используются сплит-вакцины II поколения – Ваксигрипп и Флюарикс и субъединичная вакцина III-го поколения – Инфлювак. Оптимальным сроком проведения ежегодной вакцинации против гриппа считается – октябрь, ноябрь месяцы. Защитный уровень антител сохраняется от нескольких месяцев до полугода. Согласно рекомендациям ВОЗ для обеспечения эффективной профилактики гриппа необходим охват вакцинацией не менее 75% населения региона. Заключение. В профилактике гриппа первостепенное значение имеют широкий охват населения иммунопрофилактикой и своевременное выявление и изоляция больных.

УДК 616.381-089.85-079.89

В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, С.А. КАМНЕВ, Б.Ж. АЛЬШЕНОВА, А.Б. ЖОЛМУРЗАЕВ, Е.В. РОСКИДАЙЛО

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОДНОПОРТОВЫХ ОПЕРАЦИЙ

Клиника «Айгерим», Актобе

В современной эндоскопической хирургии развивается тенденция к ещё большей минимизации операционного доступа. Однопортовая лапароскопия позволяет выполнять операции через один порт, введенный в брюшную полость через небольшой разрез в пупке.

Материалы и методы. Первая однопортовая лапароскопическая операция произведена нами в марте 2011 года. Для выполнения однопортовых операций мы использовали специальный набор лапароскопических инструментов фирмы “Karl Storz” – “Single Port X-Cone”. Показанием для применения методики явились не осложненные формы хронического калькулёзного холецистита, не осложнённые формы острого аппендицита и симптомная миома матки до 12-14 недель беременности. Наркоз эндотрахеальный. Производили трансумбиликальный разрез передней брюшной стенки длиной 2,3-2,5 см, через который в брюшную полость вводили порт. Создавали пневмоперитонеум до 14 мм рт. ст. Через установленный порт в брюшную полость вводили специальный 5 мм 30 град. телескоп длиной 50 см и два специальных искривлённых инструмента длиной 43 см. Использовали эндовидеосистему “IMAGE 1 HD” с разрешением 1920 x 1080 пик-

селей фирмы “Karl Storz”. Удаляемый орган захватывали зажимом и создавали необходимую экспозицию. С помощью биполярных и монополярных инструментов производили мобилизацию и удаление органа. Макропрепарат извлекали из брюшной полости вместе с портом. Матку морциллировали под контролем оптики, введённой через цервикальный канал культи матки. Брюшину с апоневрозом ушивали иглой Deschamps.

Результаты. За истекший период времени с марта 2011 по сентябрь 2012 года нами произведено 10 однопортовых лапароскопических холецистэктомий, 2 аппендэктомии и одна субтотальная гистерэктомия. Продолжительность операции составила 76±16 мин. Длительность пребывания в стационаре составила 2,7±1,2 суток. Послеоперационных осложнений не отмечалось.

Заключение. Однопортовые лапароскопические операции с помощью набора лапароскопических инструментов “Single Port X-Cone” и эндовидеосистемы “IMAGE 1 HD” являются эффективными, минимально инвазивными операциями. Их применение позволяет улучшить косметический эффект, повысить качество жизни пациентов.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Диафрагмальная грыжа встречается с частотой 1: 2000-4000 новорожденных и является одной из частых причин летальности у детей раннего возраста. Она сопровождается перемещением органов брюшной полости в грудную через естественные или патологические отверстия в груднобрюшной преграде. Различают истинные диафрагмальные грыжи, при которых всегда имеется грыжевой мешок, и ложные, при которых содержимое из брюшной полости перемещается в грудную через дефект в диафрагме.

Материалы и методы исследования. Методика торакоскопической коррекции истинной диафрагмальной грыжи состояла в следующем: положение пациента на здоровом боку. Напряжённый пневмоторакс создавали иглой Veress до 5 мм CO₂. По задней аксилярной линии в плевральную полость вводили 5мм троакары, через который устанавливали 6,5 мм 30 град. телескоп. Под контролем зрения вводили 2 рабочих троакара. Производили ревизию, вправление грыжевого содержимого в брюшную полость. Затем в случае истинной грыжи накладывали от 8 до 12 гофрирующих швов на диафрагму, что делало её плоской. Для наложения швов применяли технику экстракорпоральной лигирования. В случае ложной грыжи дефекты в диафрагме ушивали узловыми швами (этибонд 2/0).

На завершающем этапе операции под контролем зрения извлекали троакары и устанавливали торакодренаж. Кожные ранки ушивали узловыми швами. Дренаж из плевральной полости извлекали на 2-3 сутки после контрольной рентгенографии грудной клетки.

Результаты. В период с 2008 по 2012 год нами выполнено 6 торакоскопических коррекций диафрагмальных грыж детям. Из них у 4 пациентов имела место истинная диафрагмальная грыжа, у 2 – ложная. Возраст пациентов колебался от 3 до 14 лет. Продолжительность операции от 62 до 38 мин., что в среднем составило 48 минут. Случаев конверсии не было. Летальности, интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде у 1 ребенка развилась послеоперационная пневмония, которая успешно купирована консервативными методами лечения.

Выводы. Таким образом, наш опыт позволяет сделать заключение, что торакоскопическая коррекция истинной и ложной диафрагмальной грыжи у детей является эффективным, надёжным, безопасным способом радикального лечения. Она является хорошей альтернативой «открытой» операции и позволяет улучшить результаты их лечения.

УДК 616-089:001.895

В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, Н.С. ЖАКИЕВ

СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ И 3D ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МУЛЬТИМИНИДОСТУПА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
ОПЦ, Актау

В последние годы в развитии эндоскопической хирургии наметилась отчётливая тенденция к ещё большей минимизации операционного доступа. В рамках мастер-класса, посвященного применению 3D видео формата в лапароскопии, проходившего в августе 2012 года в г. Актау, нами выполнена симультанная операция из мультиминидоступа, включавшего в себя однопортовый, минилапароскопический и трансцервикальный доступ с использованием 3D визуализации. Пациентке 47 лет, страдающей симптомной миомой матки 13-14 недель и симптоматической желчнокаменной болезнью, выполнена симультанная лапароскопическая операция из «мультиминидоступа». На первом этапе произведена однопортовая субтотальная гистерэктомия. В качестве устройства доступа использован «Single Port» модели «X-Cone» компании «Karl Storz». Этот этап операции выполнялся под контролем 5 мм 30 град. телескопа длиной 50 см. и телевидения высокой четкости Full HD видеосистемы «IM-AGE 1 HD» компании «Karl Storz». Экстракцию матки из брюшной полости производили с помощью морциллятора Rotocut G1, через «X-Cone» под контролем 5 мм

50 см телескопа, введённого в брюшную полость через цервикальный канал культи шейки матки. Лапароскопическую холецистэктомию производили в видеоформате 3D. Для этого использовали новую систему 3D визуализации компании «Karl Storz», которая включала в себя специальный «бинокулярный» 10 мм лапароскоп 0 град., 3D видеокамеру, 3D монитор и специальный источник света. Для восприятия эффекта 3D все участники операции одевали специальные очки. Операция была выполнена тремя 3 мм инструментами, введёнными в типичных для холецистэктомии точках. Жёлчный пузырь с конкрементом размером 3 x 2 см был извлечён из брюшной полости через устройство «X-Cone», диаметр которого составлял 2,5 см. При этом дополнительного расширения раны не потребовалось. Пациентка выписана на 3-е сутки послеоперационного периода. Заживление умбиликальной раны первичным натяжением. Таким образом, данный клинический пример иллюстрирует новые возможности, которые несут в себе различные мини доступы. Их рациональное, умелое сочетание друг с другом в виде «мультиминидоступа» позволяет выполнять симуль-

танные операции на разных этажах брюшной полости, снижает тяжесть операционной травмы, улучшает

косметический эффект, повышает эргономичность и безопасность оперативного вмешательства.

УДК 616.381-089.85:617.557

В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, А.Е. ЕРГАЛИЕВ, Е.В. РОСКИДАЙЛО

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕНАТЯЖНАЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПАХОВОЙ ГРЫЖИ (ТАРР)

Детская областная клиническая больница, Актобе

Паховая грыжа является одним из самых частых хирургических заболеваний. По данным различных авторов, её частота доходит до 2 % взрослого населения (Седов В.М., Стрижелецкий В.В., 2002).

Целью исследования является изучение результатов применения лапароскопической трансабдоминальной ненатяжной герниопластики с внутрибрюшной установкой протеза.

Материалы и методы исследования. Мы применяем методику ненатяжной герниопластики грыж передней брюшной стенки с 1998 года. В качестве протеза в настоящее время используем композитную полурассасывающуюся, «лёгкую» крупнопористую сетку «Ultrapro» (Johnson & Johnson). Наркоз эндотрахеальный. Пневмоперитонеум создавали иглой Veress до 12-14 мм рт. ст. В брюшную полость вводили 10 мм 30 град телескоп, два 6 мм рабочих троакара. Разрезом, окаймляющим шейку грыжевого мешка сверху и латерально, вскрывали забрюшинное пространство. Выделяли и отделяли от элементов семенного канатика грыжевой мешок. Грыжевой дефект укрывали сетчатым трансплантатом размером 8 x 12 см, который фиксировали к связке Купера, пупартовой связке и

мышцам передней брюшной стенки металлическими скрепками либо узловыми швами. После чего целостность брюшины восстанавливали непрерывным швом

Результаты. За истекший период времени нами выполнено 784 не натяжных герниопластики задней стенки пахового канала с использованием сетчатых протезов. По описанной методике нами выполнено 732 (93%) лапароскопических не натяжных, трансабдоминальных герниопластик. В 78 (10%) случаях больших не вправимых паховых грыж мы применили методику «открытой» герниопластики с пластикой задней стенки пахового канала по Лихтенштейну. В послеоперационном периоде у 28 (4%) пациентов отмечалось формирование парапротезных сером, которые рассасывались самостоятельно к концу первого месяца после операции. Рецидив возник у 3 (0,4%) пациентов.

Заключение. Лапароскопическая ненатяжная трансабдоминальная герниопластика (ТАРР) является эффективной, безопасной, минимально инвазивной операцией. Её применение приводит к уменьшению операционной травмы, длительности пребывания в стационаре, снижению частоты рецидивов, повышает качество жизни пациентов.

УДК 616.381-089.85:616.329

В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, Б.С. ЖАКИЕВ, А.А. КАЛИЕВ, А.А. ЕЛЕМЕСОВ

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛАСТИКИ ПО TOURET

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одним из частых заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Симптомы гастроэзофагеально-рефлюксной болезни (ГЭРБ), как основного проявления ГПОД, обнаруживаются у 10% населения. Наиболее популярным способом хирургического лечения ГПОД в настоящее время является фундопликация по R.Nissen. Несмотря на хорошие отдалённые результаты, недостатком метода является высокая частота дисфагий и проявлений «gas-bloat» синдрома в послеоперационном периоде, которая доходит до 20% и 26% соответственно (И.В. Федоров, Е.И. Сигал, 2009).

Цель исследования – изучение результатов применения методики лапароскопической фундопликации по Touret.

Материалы и методы исследования. Мы применяем методику лапароскопической фундопликации по Touret с 2008 года. Все этапы этой операции, кроме формирования манжеты, совпадают с операцией по R. Nissen. Отличительной чертой фундопликации по Touret является то, что манжетку формируют путём оборота стенки желудка вокруг пищевода на 270 град., а не циркулярно, как по R. Nissen. При этом заднюю и

переднюю её часть отдельно фиксируют к передней стенке пищевода узловыми швами так, чтобы между ними остался промежуток около 2 см.

Результаты. За период времени с 2008 по 2012 год нами выполнено 10 лапароскопических фундопликаций по Touret. Из них 6 (60%) пациентов были женского пола, 4 (40%) – мужского. Возраст пациентов колебался от 14 до 65 лет и в среднем составил 44 ± 11 лет. Продолжительность операции составила 146 ± 23 мин. Длительность пребывания в стационаре составила $5,3 \pm 1,2$ суток. Интраоперационных осложнений не отмечено. В одном случае (вторая по счёту операция) имело место повреждение блуждающего нерва, что привело к атонии желудка. В послеоперационном периоде не отмечено ни одного случая дисфагии и «gas-bloat» синдрома. Рецидивов в течение прошедших 4 лет с момента применения методики не отмечено.

Заключение. Лапароскопическая фундопликация по Touret является эффективной, безопасной, минимально инвазивной операцией. Её применение, в отличие от других методик, достоверно снижает частоту дисфагии и «gas-bloat» синдрома в послеоперационном периоде.

РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПЛАЦЕНТЕ

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Городское патологоанатомическое бюро, Минск, Республика Беларусь

Проведено сопоставление плацент при рождении 140 новорожденных в группах с наличием или отсутствием у них асфиксии в родах.

При рождении недоношенных детей в асфиксии тяжелой степени воспалительные изменения в плаценте отмечены в 100,0% случаев, причем в 85,7% случаев они носили характер деструктивного воспаления. При рождении недоношенных детей в асфиксии умеренной степени воспалительный процесс (серозного и гнойного характера) в плаценте выявлен в 60,0%, в 25,7% имелись морфологические изменения, приводящие к гипоксическим проявлениям у плода, в 14,29% морфологических отклонений в плаценте не отмечено. При рождении недоношенных детей без асфиксии преобладающими изменениями в плаценте были явления серозного воспаления в 54,5% случаев. Отмечена тесная корреляционная связь между частотой воспалительных изменений в плаценте и тяжестью асфиксии при рождении недоношенных новорожденных ($\chi^2=4,47$; $P=0,0226$), что указывает на значительную роль воспалительных изменений в плаценте, способствующих снижению адаптационных возможностей плода и приводящих к рождению недоношенного ребенка в состоянии асфиксии.

В группе доношенных детей корреляции между воспалительными изменениями в плаценте и тяже-

стью асфиксии при рождении не выявлено. Воспалительные изменения в плаценте имели место у 39,7% доношенных детей, родившихся без асфиксии. В подгруппе доношенных детей, родившихся в состоянии умеренной асфиксии, частота воспалительных изменений в последах составила 44,4%. У доношенных детей, родившихся в состоянии тяжелой асфиксии, воспалительные изменения серозного характера установлены в 20,0% случаев, в остальных 80,0% случаев имели место изменения в плаценте гипоксического характера без воспалительных явлений. Во всей группе доношенных (87 новорожденных) в последах с одинаковой частотой (по 34 случая) выявлялись признаки воспаления, а также изменения, свидетельствующие о гипоксии плода (по 39,1 % соответственно). Среди воспалительных изменений в данной группе (34 случая) преобладало серозное воспаление 32,2 %, гнойное и гнойно-некротическое воспаление наблюдалось в 6,9 % случаев. В 21,8% случаев значимые морфологические изменения в последе отсутствовали. Таким образом, воспалительные изменения в последе при рождении в срок по сравнению с преждевременными родами не являются значимым фактором, предопределяющим рождение в состоянии асфиксии.

УДК 618.33-07

О.Қ. ҚУАНДЫҚОВА, А.И. ҚУАНДЫҚОВ

ЖАТЫРІШІЛІК ҰРЫҚ ДАМУЫНДАҒЫ АҚАУЛАР ДИАГНОСТИКАСЫ

Атырау облысының Исатай аудандық орталық ауруханасы

Жұмыс мақсаты: жүкті әйелдерде ұрық дамуы ақауларын мүмкіндігінше ерте анықтау, перинатальды өлімді төмендету. Аудандық аурухана қызметкерлерінің (акушер-гинеколог, ультрадыбысты аспаппен зерттеу дәрігері, лаборант) медициналық комиссиясы есепте тұрған жүкті әйелдері скринингтік зерттеулерден өткізді. Медициналық-генетикалық кеңесті облыстық перинатальды орталық мамандары берді. Аудан халқы 25000, оның ішінде бала табу жасындағы әйелдер саны 6577 (26,3%). Аудан жағдайында 2010ж. 630 (9,7%), 2011ж. 692 (10,5%) жүкті әйелдер скринингтік тексерудің алғашқы сатысын өтті. Зерттеудің екінші инвазивті диагностикалық сатысы өту үшін ана мен баланың Ұлттық Ғылыми медициналық орталығына 42 әйел жіберілді. Осылай 1322 жүкті әйелдің 23-де (1,7%) ұрық дамуының аномалиялары (ұрық дамуының алғашқы сатысы аномалиясы-12, Дауна ауруы-3, гидроцефалия,

аэнцефалия-5, жүрек ақауы-2, сүйек-буын аномалиясы-1) анықталды. Дауна ауруына күдікті 3 жағдай расталмады. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес жүктіліктің 20 аптасына дейінгі мерзімде 20 әйелде жүктілік тоқтатылса, 1 жағдайда жүктілік мерзімінен бұрын босанумен аяқталды. Ал 2 жағдайда ұрық гидроцефалиясы кеш анықталғаннан перинатальды өлімге жол берілді. Келтірілген аномалиялар көбіне қайта жүкті болғандарда (17), жасы 35-ке дейінгелерде (14), жыныс жолдары арқылы тарайтын вирусты инфекциясы (23) бар әйелдерде кездесті. Соныменен ауылдық аурухана жағдайында, жүкті әйелдердің 10%-ы скринингтік зерттеулермен қамтылып, 1,7%-да жатыршілік ұрық дамуындағы ақаулар анықталып, перинатальды өлім деңгейін төмендету мүмкін болды. Аномалиялар дамуына біздер аймақтағы ауыз суы, тағам сапасына және мұнай мен газ қосындылары әсеріне мән береміз.

ЛЕЧЕНИЕ КАШЛЯ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ

Актауская детская поликлиника, Актау

Выбор препаратов для лечения кашля у детей чрезвычайно велик. Удачным примером комбинированного препарата является Аскорил экспекторант, в состав которого входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин, рацементол. Компоненты препарата оказывают бронхолитическое и отхаркивающее действие. Сальбутамол – селективный β_2 – агонист короткого действия с выраженным быстрым бронхолитическим действием, также влияет на мукоцилиарный клиренс, стимулируя секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия. Бромгексина гидрохлорид с его активным метаболитом амброксолом обладает выраженным муколитическим и отхаркивающим действием посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант. Гвайфенезин стимулирует секрецию жидкой части бронхиальной слизи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты. Ментол (рацементол) оказывает мягкое спазмолитическое действие, обладает слабыми антисептическими свойствами. У детей до 6 лет Аскорил экспекторант назначается по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в сутки, детям от 6 до 10 лет – по 5–10 мл (1–2 чайные ложки) 3 раза в сутки. Продолжительность лечения составляет 7–10 дней в зависимости от динамики состояния пациентов. У детей, полу-

чавших комбинированный препарат (сальбутамол + муколитик), по сравнению с детьми, получавшими только муколитик (бромгексин), наблюдается более быстрая положительная динамика. Ко 2–3–му дню лечения кашель становится влажным, облегчается отхождение мокроты, к 6–7–му дню терапии у большинства детей симптомы исчезают. У детей, получавших Аскорил экспекторант, исчезновение симптомов кашля отмечается на 3–4 дня раньше, чем у больных получавших только муколитик. Существенное снижение выраженности симптомов кашля сопровождается улучшением сна, повышением активности детей, улучшением их эмоционального состояния. Положительная динамика клинических симптомов подтверждается и достоверным улучшением показателей спирографии, что свидетельствует о нормализации бронхиальной проходимости. Это связано с наличием в препарате бронхолитика короткого действия, с взаимодополняющим действием с муколитиком (амброксол), а также мягким седативным и противовоспалительным действием других компонентов. Особое значение имеет хорошая переносимость комбинированного препарата.

Таким образом, при лечении кашля у детей с острыми респираторными инфекциями применение комплексного препарата Аскорил не только позволяет эффективно купировать данный симптом, но и минимизировать суммарную лекарственную нагрузку.

УДК 616.34-009.74-053.3-08

Ж.Б. КУАНЫШБАЕВА

ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Актауская детская поликлиника.г. Актау

Одной из наиболее частых причин беспокойства родителей являются кишечные младенческие колики. Коликами называются приступообразные боли в животе, сопровождающиеся выраженным беспокойством ребенка. Предрасполагают к развитию кишечных колик следующие факторы:

1. Со стороны матери:

- неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез матери – гестоз, гиподинамия во время беременности;

- нарушение питания кормящей матери (употребление очень жирной пищи, пищи, усиливающей метеоризм, избыточное количество коровьего молока и продуктов из него);

- вредные привычки кормящей женщины (курение, употребление алкоголя, наркотиков);

- эмоциональные стрессы в семье.

2. Со стороны ребенка:

- недоношенность;

- симптомы постгипоксического поражения ЦНС;

- темперамент младенца.

3. Нарушения вскармливания:

- неправильная техника вскармливания (заглатывание воздуха во время кормления);

- насильственное кормление;

- неправильное приготовление пищевых смесей (чрезмерное или недостаточное разведение).

О наличии кишечной колики говорят, если у здорового ребенка отмечаются приступы чрезмерного плача без видимых причин. Под детской кишечной коликой понимают приступ раздраженности, возбуждения, громкого плача. Ребенок начинает сучить ножками, стопы у него часто холодные, руки прижаты к туловищу. Приступ, как правило, начинается неожиданно, на фоне полного благополучия, чаще во время или сразу после кормления. Продолжительность приступа колик может составлять от 10 минут до 3 часов. Несмотря на это, общее состояние и физическое развитие ребенка обычно не страдают. Возможно сочетание кишечных колик с гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР), диспепсией, запорами.

Характерными для кишечных колик являются:

- дебют кишечных колик чаще всего в возрасте 3–4 недель;

- возникновение, как правило, ежедневно, в одно и то же время;

- длительность кишечных колик от 30 минут и более;

- после стула или отхождения газов отмечается облегчение состояния ребенка;

- кишечная колика сопровождается: – беспокойством, гиперемией лица, пронзительным криком, метеоризмом, характерным движением нижних конечностей (ребенок «сучит» ножками).

Кишечные колики появляются в любой период жизни грудного ребенка. Если колика возникает в возрасте 3–4 недель, скорее всего, она является проявлением функциональных нарушений ЖКТ.

Лечение кишечных колик у грудных детей должно быть:

1) направлено на ликвидацию первопричины кишечных колик у данного пациента; 2) индивидуальным; 3) способным корригировать моторные и функциональные нарушения у исследуемых больных.

Программа лечения детей с кишечными коликами предусматривает:

1. Коррекцию питания больных с кишечными коликами.

2. Соблюдение правильной техники грудного кормления.

3. Создание спокойной обстановки в доме.

УДК 616.127-005

А.А. КУБЕГЕНОВА

МЕСТО β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Городская поликлиника №6, Кызылорда

Несмотря на успехи в вопросах диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН), прогноз для этих больных до настоящего времени остается неблагоприятным. Влияние β -адреноблокаторов (БАБ) на смертность больных с ХСН оказалось столь выраженным, что теперь эти препараты считают обязательными для лечения таких больных, если нет противопоказаний.

Цель исследования: изучение эффективности БАБ карведилола при ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда. Материал и методы исследования: под наблюдением находились 24 больных, 14 мужчин и 10 женщин в возрасте от 54 до 70 лет (средний возраст $56 \pm 2,5$ лет). Карведилол назначали в дозе по 3,125 мг 2 раза в сутки с последующим увеличением через 2 недели до 25 мг/сутки. Эффективность лечения оценивали по снижению клинических проявлений ХСН и изменению показателей эхокардиографии (ЭхоКГ).

Результаты исследования. Исходные величины объемов и размеров левого желудочка (ЛЖ) были увеличены, показатели, характеризующие сократительную и насосную функции миокарда, были сниже-

4. Длительное ношение младенца на руках, прижав к животу матери.

5. Целесообразно проведение курса общего массажа, массажа живота.

6. Использование фитопрепаратов ветрогонного и мягкого спазмолитического действия, содержащих различные травы (экстракт фенхеля, ромашки, вербены, лакричника, мяты перечной). Одним из таких препаратов является Плантекс. Плантекс состоит из натуральных компонентов и поэтому безопасен для детей грудного возраста, в том числе и для длительного применения. Препарат дают ребенку в несколько приемов: как после еды, так и в перерывах между приемами пищи. Детям до 2-месячного возраста рекомендуется 1 пакетик, от 3 месяцев до 1 года – по 1–2 пакетика (5–10 граммов в сутки).

7. Применение препаратов симетикона (активированного диметикона). Препараты симетикона оказывают ветрогонное действие, снижая поверхностное натяжение на границе раздела фаз, что приводит к разрушению газовых пузырьков в содержимом кишечника.

ны. Так, фракция выброса (ФВ) ЛЖ равнялась $45,3 \pm 1,1\%$, степень укорочения переднезаднего размера ЛЖ ($\Delta\% S$) $=22,5 \pm 1,2\%$. По окончании 4 недельного курса лечения у больных, принимавших карведилол в сочетании со стандартной терапией, признаки ХСН уменьшились: в том числе одышка, тахикардия при выполнении обычной физической нагрузки, слабость, отеки на ногах, размеры печени. Со стороны изучаемых ЭхоКГ показателей, наметилась тенденция к уменьшению конечно-систолических и конечно-диастолических размеров (КСР= $4,9 \pm 0,3$ см, КДР= $5,0 \pm 0,5$ см) и объемов (КСО= $64,2 \pm 0,1$ мл, КДО= $118,5 \pm 2,3$ мл) и к повышению сократительной и насосной функций (ФВ и $\Delta\% S$ увеличились до $48,5 \pm 1,3\%$ и $24,5 \pm 1,3\%$, соответственно). Переход из более высокого ФК в низкий в группе больных, принимавших карведилол, составил 60%. Таким образом, БАБ карведилол является эффективным средством в лечении ХСН у больных, перенесших ИМ, способствующим уменьшению признаков сердечной недостаточности, улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики. В итоге это приводит к повышению сократимости и увеличению ФВ ЛЖ.

УДК 616.127-005.4-018

А.А. КУБЕГЕНОВА

β -АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Городская поликлиника №6, Кызылорда

β -адреноблокаторы (БАБ) являются препаратами 1-го ряда при лечении артериальной гипертензии (АГ). Достижение целевых уровней артериального давления у больных стабильной стенокардией на фоне АГ поз-

воляет снизить летальность и возможность развития инфаркта миокарда.

Цель исследования: оценка эффективности применения БАБ бисопролола у больных с АГ и стабильной стенокардией. Материал и методы исследования.

В исследование были включены пациенты мужского пола (20 человек) в возрасте от 40 до 52 лет с АГ 1 и 2 степени, с ИБС в виде стабильной стенокардии. Пациентам назначался бисопролол в начальной дозе по 5 мг 1 раз в сутки. При отсутствии достижения целевых значений АД и ЧСС со 2-й недели лечения доза бисопролола увеличивалась до 10 мг/сут. Продолжительность лечения составила 8 недель.

Результаты исследования. Анализ ЭКГ-показателей позволил установить гипертрофию левого желудочка (ЛЖ) у всех 20 пациентов. Нарушений локальной сократимости и случаев систолической дисфункции (фракция выброса (ФВ) ЛЖ $\leq 50\%$), по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), у пациентов не отмечено. Исходные средние значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД составили $176,6 \pm 10,4$ и $102,8 \pm 5,4$ мм рт.ст. соответственно. На фоне лечения бисопрололом целевое снижение АД к концу 1-й недели отмечено в 30% случаев, к концу 2-й – в 45% слу-

чаев, а через 8 недель целевого уровня АД достигли 80% пациентов. Применение бисопролола способствовало нивелированию стенокардитических приступов как типичного, так и атипичного характера, что убедительно демонстрирует антиангинальные свойства препарата, при этом частота одышки к концу лечения, как проявления диастолической дисфункции ЛЖ, также снизилась на 60%. Ощущения перебоев в работе сердца стали беспокоить пациентов гораздо реже.

Таким образом, применение бисопролола эффективно для лечения АГ 1 и 2 степени у больных с стабильной стенокардией. Так, целевые значения АД на фоне монотерапии бисопрололом к концу 2-й недели были достигнуты в 45% случаев, а через 8 недель у 80% пациентов, что демонстрирует целесообразность и эффективность применения БАБ у больных с АГ и стабильной стенокардией.

УДК 616.12-008.331.1:615.036.68

Б.Б. КУБЫШЕВА

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИРАТОНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

ГКПП МОБ, Актау

Цель: оценить доза зависимая эффективность Диратона у пожилых больных по результатам суточного мониторирования артериального давления с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: исследования проводилась в городской поликлинике г. Актау. После согласования с пациентами было отобрано 48 больных в возрасте 68-75 лет. Длительность артериальной гипертензии (АГ) 20-25 лет. Всем пациентам проводилось: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), определяли уровень холестерина, глюкозы, калия (К), натрия (Na), билирубина, креатинина, мочевины, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца (ЭхоКГ) и почек, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) до начала исследования и после его завершения. Пациенты были разделены на 2 группы по 14 человек в каждой. Больные 1-

ой группы получали Диратон в суточной дозе 5 мг, 2-ой группы – по 10 мг 1 раз в сутки в разное время суток за 1 час до максимального подъема АД по данным СМАД в течение 2 месяцев.

Результаты: АД стабилизировалось в 1-ой группе к концу исследования у 9 пациентов, 5-х больных после подключения к лечению бета-блокатора Конкор 2,5мг/сутки. Во 2-ой группе стабилизация АД наступила у 10 пациентов, 4-х после подключения Конкор 2,5мг в сутки. Непереносимости и отказа от исследования не было.

Выводы:

1. Пожилым пациентам антигипотензивную терапию целесообразно проводить по результатам СМАД.
2. Проведение СМАД способствует добиться стабилизации АД у пожилых больных малыми дозами гипотензивных препаратов.

УДК 616.12-008.46:615.036.68

Б.Б. КУБЫШЕВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА – Н У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГКПП МОБ, Актау

Цель: изучение эффективности применения ингибитора ангиотензин превращающего фермента (иАПФ) в предупреждении прогрессирования ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: клиническое исследование проводилось в ГКПП МОБ г. Актау. Всем пациентам проводилось электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца (ЭхоКГ), измерение артериального давления (АД) до начала и после окончания исследования, тест 6-ти минутной ходьбы и опрос пациентов: одышка, толерантность к физической нагрузке.

Пациенты, перенесшие ИМ, в количестве 110 человек были разделены на 2 группы. 1-ая группа 57 больных, получавшие иАПФ периодически с фракцией выброса (ФВ) 38%, функциональный класс (ФК) 111 по результатам теста 6-ти минутной ходьбы. У 5 больных этой группы зарегистрирована наличие экстрасистол до 7-9 в минуту. 2-ая группа: 53 больных, получавшие иАПФ постоянно с ФВ 40-45 %, ФК 11. Пациенты обеих групп принимали фиксированный препарат Лизиноприл в дозе в дозе 20мг с гидрохлортиазидом 12,5мг в течение 2,5 месяцев.

Результаты: В 1-ой группе у 10-и пациентов к 12 дню, 28 к 18 дню и 19 к 21 дню отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение одышки, повышение толерантности к физической нагрузке. Во 2-ой группе подобные параметры наблюдалось у 19 больных к 12 дню, у 17 к 18 дню и у 17 к 21 дню. К концу исследования в 1-ой группе значительное уменьшение одышки наблюдалось у 20 больных. По результатам теста 6-ти минутной ходьбы 29 больные перешли со 11 ФК в 1, ФВ по данным ЭхоКГ составляла 45-47%. Аускультативно и на ЭКГ экстрасистолы не зафиксированы. Во 2-ой группе по результатам теста 6-ти минутной ходьбы изменения ФК со 11 в 1 наблюдалось у 33 пациентов, ФВ составляла 45-50%. Непереносимости к препарату не наблюдалось.

Выводы: постоянное применение иАПФ у послеинфарктных больных с ХСН способствует повышению качества жизни пациентов, толерантности к физической нагрузке, снижает темпы прогрессирования ХСН, а также оказывает антиаритмический эффект.

УДК 618.2-084-081.212

Т.К. КУДАЙБЕРГЕНОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК КОМПЛЕКС ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

РГП на ПХВ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы

Охрана здоровья матери и ребенка является основным приоритетным направлением, а показатели материнской и младенческой смертности отражают не только уровень развития здравоохранения, но и общества в целом. Проблемам охраны материнства и детства в Республике придается исключительное значение, так вопросы социальной защиты беременных и детей отражены в ежегодных Посланиях Президента народу Казахстана, Ежегодно повышается размер единовременного пособия по уходу за ребенком, увеличиваются ежемесячные пособия по уходу за ребенком до достижения им одного года. Внедрено обязательное социальное страхование беременности, родов и материнства для работающих женщин.

Уровни материнской, младенческой и детской смертности являются ключевыми показателями качества работы системы здравоохранения и используются для принятия управленческих решений по их совершенствованию. Проблемы их снижения решаются в Республике Казахстан через национальные процессы планирования и государственную политику. В частности, через Национальную стратегию развития РК, а также путем выполнения международных обязательств в рамках Декларации Тысячелетия по снижению детской смертности и улучшению материнского здоровья. Последние годы в Казахстане наметились

положительные тенденции показателей рождаемости и общей смертности. Показатель рождаемости повысился с 14,7 на 1000 человек населения в 2000 до 22,7 в 2011 году. Показатель смертности снизился с 10,3 на 1000 человек населения до 9,7. Естественный прирост тем самым возрос с 4,4 до 13,0 на 1000 человек населения. Показатель материнской смертности за последние годы снизился в три раза, составив в 2011 году 17,4 на 100 000 живорожденных против 76,5 в 2000 году. Базой для улучшения демографической ситуации в стране послужили социально-ориентированная идеология нашего государства, укрепление института семьи, материнства и детства, модернизация служб охраны здоровья матери и ребенка, расширение диапазона научных исследований, гарантия квалифицированной медицинской

помощи. Все это этапы совершенствования системы национального здравоохранения и медицинской науки.

Внедрение в Республике принципов регионализации акушерской и перинатальной помощи, регистра беременных, мониторинга больных в критическом состоянии и немедленная консультация по телемедицине позволила реально улучшить в стране помощь беременным и роженицам.

И конечно, основная миссия Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии – это внедрение и отработка принципов «безопасного материнства» по всей стране, которая включает новые технологии, основанные на доказательной медицине и соответствующие международным стандартам. Это оказание высокотехнологичной акушерско-гинекологической помощи в целом, разработка инновационных технологий и внедрение репродуктивных вспомогательных технологий. Для выполнения этих задач в нашем Центре функционируют 27 научных и клинических подразделений, трудятся 12 докторов и 24 кандидата наук, 34 врача имеют высшую квалификационную категорию. Центр оборудован новейшей аппаратурой, внедрены новые технологии, что позволяет на современном уровне представлять высокоспециализированную помощь и находиться на передовых позициях медицинской науки. Ежегодно в клинике Центра получают лечение более 5 000 тысяч беременных высокого риска и более 1 000 гинекологических больных;

В Государственной программе развития здравоохранения на 2011-2015 года «Саламатты Қазақстан» опеределены целевые индикаторы:

- Увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 70 лет, снижение материнской смертности до 18,9 на 100 тысяч родившихся, снижение младенческой смертности до 12,3 на 1000 человек населения; снижение детской смертности до 11,9.

Таким образом, объединение усилий Правительства, гражданского общества, средств массовой информации, специалистов позволит добиться желаемых результатов в повышении репродуктивного здоровья населения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА ПРИ ДТП СМП ЗА ПЕРИОД 2009 – 2011 ГОДЫ ПО ГОРОДУ АКТОБЕ

Городская станция скорой и неотложной медицинской помощи, Актобе

Цель исследования: Оценить частоту, распространенность ДТП на территории г. Актобе

В настоящее время среди травматизма самым распространенным является ДТП. В результате проведенного анализа по ДТП за период 2009 – 2011 гг. было установлено: 2009 г. всего травмы 9122 из них ДТП – 242 -2,6%, 2010 г. всего 9176 из них ДТП – 259 - 2,8%, 2011 г. всего 9651 из них ДТП – 287- 2,9%. Данная статистика показывает, что травмы вследствие ДТП из года в год увеличиваются. Детальный анализ ДТП указан в следующей таблице по видам и тяжести.

Год/ всего	ЗЧТМ	ОЧТМ	Травма несовместимая с жизнью	Травматический шок	Перелом конечности	Закрытая травма живота	Ушиб конечности
2009/242	115	1	7	2	30	9	78
2010/259	127	1	7	3	33	15	73
2011/287	134	3	9	5	39	11	86

Была выявлена различная распространенность ДТП с пострадавшими на территории города Актобе, наиболее высокая аварийность отмечается в районах Авиагородка, объездная трасса и в сторону п. Жиланка. По частоте возникновения ДТП наиболее напряженными являются выходные дни в период с 2.00 час ночи до 5.00 час. утра. Причина: наблюдается большой поток автомашин, в ночное время не соблюдение правил дорожного движения. Время прибытия бригады СМП на место ДТП в сроки не превышающие 15 мин. интервал, зарегистрирован 95,2% наблюдения, что свидетельствует о повышении оперативности работы СМП. Основными причинами смерти пострадавших: травма несовместимая с жизнью. Результаты проведенного анализа дают основание считать, что повышение выживаемости пострадавших в ДТП и снижение тяжести медицинских последствий транспортных аварий сохраняют свою актуальность, и в первую очередь зависят от оперативности экстренного медицинского обеспечения на ДЭ. Для улучшения качества обслуживания ДТП необходимо повысить уровень взаимодействия между службами УДП, СМП и стационаром.

УДК 616.155.2:614.812(574.13)

М.Х. КУЗБАКОВ, Д.П. НЕТАЛИЕВА, Е.Н. ВОРОТНИКОВА

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Городская станция скорой и неотложной медицинской помощи, Актобе

Цель исследования: оценить эффективность тромболитической терапии на догоспитальном этапе при лечении ОКС с подъемом ST.

С 2010г и по сегодняшний день тромболитическая терапия ОКС с подъемом ST на догоспитальном этапе проводится препаратом Альтеплаза (торговое название «Актилизе»).

За 3,5 года (2009, 2010, 2011, 2012) был проведен тромболитический препаратом «Актилизе» у 764 больных.

Результаты исследования.

В 2010г ТЛТ была проведена 40 больным, в 2011г. - 55 больным, в 2012г.(5месяцев)- 27 больным. Статистически тромболитический препарат на догоспитальном этапе должен составлять в среднем 30% от всех больных с ОИМ.

При анализировании частоты проведения тромболитической терапии на ДЭ за последние 2 года (2011, 2012) этот показатель по г. Актобе соответствовал средним статистическим данным т.е. 36,6% и 25,5 % соответственно. Эффективность ТЛТ альтеплазой в различных возрастных группах различий не выявила. За все время проведения тромболитической терапии препаратом «Актилизе» не выявлено ни одного осложнения (в том

числе реперфузионного характера). Снижение сегмента ST в течение первых 30 мин после введения препарата отмечалось у большинства пациентов с ОИМ. Четкий анальгезирующий эффект после введения Актилизе отмечалось в 47,5%.

В настоящее время в связи с изменением во втором квартале 2012 года режима работы ангиографической установки на базе кардиоцентра (24 часа 7 дней в неделю) все больные ОКС с подъемом ST(если укладываются во временной промежуток 90 минут от момента появления первых клинических симптомов) доставляются на первичную ЧКВ без проведения ТЛТ.

Выводы:

1. Проведение ТЛТ на догоспитальном этапе с использованием современных тромболитических препаратов является эффективным способом лечения ОИМ с подъемом сегмента ST.

2. Применение тромболитического препарата «Актилизе» бригадами СМП является безопасным, позволяет в значительной степени сократить время от момента возникновения ишемического приступа до восстановления кровотока в пораженной артерии, что позволяет добиться выраженного снижения показателей летальности при ОИМ.

ФАРМАКОНАДЗОР И ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, Алматы

Основное условие функционирования любой контролирующей системы состоит в том, чтобы обеспечить поступление препарата на фармрынок только после разрешения или регистрации официальными службами.

Увеличение количества синтезируемых препаратов способствовало параллельному росту и расширению влияния правительственных учреждений на область использования лекарственных средств. Особенно это стало заметным в начале прошлого столетия. При этом влияние государственных контролирующих учреждений поначалу ограничивалось контролем за безопасностью фармакологических средств. В развитии лекарственных осложнений определенную роль играют фальсифицированные лекарственные препараты. По данным ВОЗ, 30% обращаемых в мире лекарственных средств – фальсифицированные. Фальсифицированным (контрафактным) лекарственным средством является продукт, преднамеренно и противоправно снабженный этикеткой, неверно указывающей подлинность препарата и/или изготовителя. Фальсифицированные препараты могут содержать и не содержать ингредиенты, соответствующие этикетке. Они также могут содержать не то количество, которое нужно и указано на этикетке. Сама упаковка контрафактного препарата может быть фальшивой. С 1982 по 1997 годы, по данным ВОЗ, зафиксирован 751

случай фальсификации фармацевтической продукции. Из них 59% не содержали активных ингредиентов, 170 имели отклонения в содержании активных веществ, 16 содержали другие активные вещества. За 2001-2002 годы количество фальсифицированных лекарственных средств в России возросло почти в 6 раз: в 1999 году было зафиксировано 29 случаев фальсификации, а в 2002 году – свыше 170. За 2000-2002 годы в Украине выявлено 110 случаев фальсификации лекарственных препаратов. Наиболее часто подделывают лекарственные препараты, которые пользуются широким спросом. Около половины всех контрафактных препаратов составляют антибиотики. Далее идут психотропные вещества, гормональные препараты, кровезаменители, противоопухолевые средства.

В настоящее время обеспечение населения безопасными лекарственными препаратами является не только задачей органов здравоохранения, но государства в целом. В связи с этим, как и во многих странах мира, в Казахстане при Национальном центре экспертизы лекарственных средств организован отдел по мониторингу побочных реакций лекарственных средств. С 2004 года НЦЭЛС проводит организационно-методическую просветительскую работу по вопросам мониторинга побочных действий лекарственных средств в РК.

УДК 617.586:614.29-057.36(045)

А.С. КУЗДЕУБАЕВ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОВЕДЕНИЕ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПЛОСКОСТОПИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Военный госпиталь, Актобе

Нормативным документом для проведения экспертизы является Постановление Правительства Приложение 1 к Правилам военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан № 498 от 28 декабря 2009 года. В стандартах действий врачей военкоматов часто фигурирует только диагноз: «Плоскостопие» без детализации других компонентов. Практика показала, что отсутствие жестких стандартов при проведении рентгенологических исследований стопы с целью производства экспертизы плоскостопия не позволяет объективно оценить состояние здоровья на момент освидетельствования гражданина, с целью определения его годности к военной службе.

Целью данной работы явилось проведение рентгенологической картины плоскостопия с детализацией ее компонентов для проведения военно-врачебной экспертизы военнослужащих.

Нами было обследовано 49 военнослужащих срочной контрактной службы. Основные антропометрические характеристики этого контингента были следующими: возраст $23,9 \pm 0,48$ лет, рост $181,68 \pm 3,70$ см, вес $79,01 \pm 0,16$ кг. Все военнослужащие, проходили

амбулаторное или стационарное обследование в военном госпитале, проводилась рентгенологическое исследование стопы в боковой и прямой подошвенной проекции с расчетом свода высоты, угла свода стопы и угловых отклонений 1 плюсневой кости и 1 пальца.

При исследовании установлено следующее: а) у 22(44,9%) военнослужащих свод высоты стопы составил - $33,3 \pm 1,3$ мм, угол свода стопы - $138,48 \pm 6,29$, что соответствует к первой степени плоскостопия; б) у 10(20,4%) свод стопы - $21,3 \pm 2,1$ мм, угол свода стопы был равен - $153,4 \pm 15,3$, что соответствовал второй степени; в) у 7(14,3%) свод высоты стопы - $16,86 \pm 2,4$ и угол свода стопы - $157,5 \pm 24,3$, что соответствовал третьей степени плоскостопия; г) у 10 (20,4%) обследованных военнослужащих свод высоты стопы составил - $37,7 \pm 3,9$, угол свода стопы - $127,6 \pm 13,4$, что соответствовал нормальным показателям. Результаты оценки угла между I – II плюсневидными костями и угла отклонения первого пальца показало, что у обследованных военнослужащих плоскостопие первой степени диагностировано - 20(40,8%), второй – 13(26,5%), третьей - 12(24,5), четвертой – 4(8,2%) случаями.

Таким образом, при проведении военно - врачебной экспертизы для достоверной диагностики плоскостопия у военнослужащих, необходимо проводить рентгенологическое исследование стопы в прямой и

боковой подошвенной проекции с определением высоты, угла свода стопы, угла между I – II плюсневыми костями и угла отклонения первого пальца.

УДК 616.711.9:616.001.-057.36(045)

А.С. КУЗДЕУБАЕВ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Военный госпиталь, Актобе

Любая биологическая ткань, в том числе элементы позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) подвержены изменениям. Эти изменения в первую очередь будут замечены в костной ткани ПДС. В связи с большой распространенностью и увеличения количества инвалидов остеохондроз является актуальной медико - социальной проблемой. Распространенность остеохондроза составляет 20,4% и 0,4 на 10000 населения (Жаденов И.И., Лух-минская В.Г., Гейтельблаум М.З., 1992 и др).

Целью работы явилось изучение рентгенологических изменений при остеохондрозе позвоночника у военнослужащих с травматическими повреждениями верхних конечностей.

Обследовано 53 военнослужащих находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении военного госпиталя г. Актобе за период 2009 – 2011год с диагнозом остеохондроз шейно - грудного отдела позвоночника. Из них: военнослужащие срочной службы составили - 6 (11,4%), военнослужащие контрактной службы - 47(88,6%). Средний возраст обследованных военнослужащих составил 39,3 ± 0,7 лет, вес 79,43±1,79 кг, ростом 182,26 ±3,43 см. В анамнезе у

обследованных военнослужащих у 27 (50,9%) в прошлом диагностировано травма правой верхней конечности, у 26(49,1%) левой верхней конечности. У всех пациентов до начала лечения в 100% случаев выявлено рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника, в виде дегенеративно - дистрофических изменений в шейно-грудном отделе позвоночника - у 87,3% обследованных военнослужащих, в пояснично-крестцовом отделе позвоночника - у 12,7% военнослужащих с последствиями травмы верхней конечности. Уменьшение высоты межпозвонковых дисков выявлен у 94,2%, склероз замыкательных пластинок выявлен у 100% , наличие остеофитов обнаружено у 80% обследованных. Уменьшение высоты тел позвонков со стороны, соответствующей направлению дисковой протрузии выявлено у 70% обследованных военнослужащих.

Таким образом, результаты наших исследований подтверждают влияние травматических факторов на формирование рентгенологической картины позвоночника, что позволяет сформировать принципы патогенетической терапии.

УДК 614.44:616.98:578.828NIV

К.И. КУЗЕМБАЕВА

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», Астана

Несмотря на избыток информации по ВИЧ/СПИД и ее всеобщую доступность, эффективное использование этой самой информации для привития навыков безопасного поведения в плане снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией, остается проблемной.

Сегодня назрела необходимость подготовки специалистов, владеющих знаниями и методами работы с различными целевыми группами по интерактивной форме.

Методика обучения также важна, как и содержание занятий. Большинство занятий должны быть основаны на активном вовлечении самих участников в процесс обучения. Так по опыту международных организаций известно, что чтение лекций усваивается аудиторией только на 5%, при визуальном просмотре материал усваивается на 15%. Высокий процент усвоения достигается при работе в малых группах, до 50%. Обучение практикой действия – до 70% (решение ситуационных задач, дебаты, тренинги и т.д.). Самый

высокий процент усвоение материала достигается тогда, когда сам участник становится тренером (составление программы обучения, сбор материала, составление ролевых игр, приобретение навыков работы с аудиторией и т.д.).

При проведении работы используются различные технические приёмы – методы работы с группой. Эти приёмы можно разнообразить применительно к обстановке. Такие приемы как дискуссия, дебаты, дают возможность людям выразить своё мнение по тому, или иному вопросу на основании своих знаний и опыта, а также расширить, углубить его, а в ряде случаев, и изменить на противоположное. Мозговая атака – отличный способ быстрого включения всех членов группы в работу на основе свободного выражения своих мыслей по рассматриваемому вопросу. Каждое выражение имеет ценность.

Ролевые игры – это небольшие, произвольного характера сценки, отражающие варианты жизненных

ситуаций. Темы предлагаются различные в зависимости от поставленных задач. Играя какую-либо роль, мы можем узнать о своем характере и стиле поведения, привычках.

Конечной целью профилактической работы является формирование у молодежи положительной мотивации отказа от губительных привычек, выработки поведенческих стереотипов.

УДК 614.44:616.98:578.828Н1V

К.И. КУЗЕМБАЕВА, С.Б. МУСИНА, Е.Т. МОМЫНБЕКОВ, Е.С. АБДРАХМАНОВ

ВНЕДРЕНИЕ ВОЛОНТЁРСКОГО ДВИЖЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ С УЯЗВИМОЙ ГРУППОЙ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», Астана

В настоящее время ВИЧ инфекция в основном концентрируется среди населения, подверженных высокому риску инфицирования, это потребители инъекционных работников (ПИН), работники секса (РС) и мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ). В целях обеспечения эффективности реализации профилактических программ в данных группах населения и обеспечения доступа в эти изолированные от общества группы, привлекаются волонтеры или как их ещё называют аутрич – работники.

Наиболее эффективно профилактические программы реализуются при привлечении волонтеров из числа групп риска: бывшие или действующие ПИНЫ, РС, МСМ, т.к. они хорошо знают среду, нужды и потребности, способствует созданию доверия, установления связи с ними и вовлечению их в профилактические программы. Особое значение имеет использование аутрич в реализации программ лечения, ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ.

Результаты национальных и международных программ профилактики ВИЧ инфекции доказали жизненно важную роль аутрич-работы по снижению риска

заражения среди лиц, практикующих рискованное поведение. Аутрич является основным (а иногда и единственным) методом поддержания контакта с группами риска и является одним из эффективных мер по профилактике ВИЧ. В тоже время на эффективную аутрич-работу влияют ряд факторов: наличие обученных волонтеров, транспортные расходы, время, необходимое на создание доверительных отношений.

Аутрич-работа состоит из следующей деятельности: установление и поддержание контактов с представителями целевых групп; обсуждение рискованного поведения; объяснение методов снижения риска заражения ВИЧ и других инфекций в т.ч. гепатитов и ИППП; объяснение негативных последствий приёма наркотиков, секс-бизнеса и гомосексуальных контактов; предоставление печатной информации и других услуг, а также предоставляют информацию о существующих службах помощи. Аутрич может проводиться на улицах, в определённых местах, «точках», «ямах», по месту жительства – съёмные квартиры, притоны, в местах временного пребывания – тюрьмах, центрах адаптации, приютах и т.д.

УДК 616.12-008.46-08

С.Ж. КУЛКАЕВА, Г.Ж. ТАЖИБАЕВА

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН) НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Цель настоящего исследования - оценка клинической симптоматики ХСН у больных, страдающих ИБС и сочетанием ИБС с АГ.

Материалы и методы: Обследовано 42 больных ХСН, из которых сформированы 2 группы. В 1 группе наблюдался 21 пациент с сочетанием ИБС и АГ (средний возраст-51,3+1,7года). Во 11 -21 больных ИБС, стабильной стенокардией II-III функциональных классов (ФК) (средний возраст - 48,7+2,1 года). Для объективизации ФК ХСН использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева, 2000 г. Согласно этой шкале набранная сумма баллов менее 4 соответствует I ФК ХСН, от 4 до 6 – II ФК ХСН, от 7 до 9 – III ФК ХСН и более 9 до 20 – IV ФК ХСН.

Результаты: У обследованных с помощью ШОКС группах одышку в покое отмечали 23 % больных с сочетанием ИБС и АГ, тогда как при изолированной ИБС - 17% Перебои в работе сердца ощущали 19% пациен-

тов ИБС и 27% лиц с сочетанной патологией. В горизонтальном положении в постели затрудненное дыхание испытывали 26% больных с ИБС и 59% с сочетанием ИБС и АГ. Застойные хрипы в нижних отделах легких выявлены у 38% больных ИБС и АГ, и 16% лиц с изолированной ИБС. Отеки наблюдались чаще у пациентов с сочетанной патологией - 61%. Уровень систолического АД более 120 мм рт. ст. зарегистрирован у 84% больных с сочетанием ИБС и АГ, в то время как при ИБС только у 28,7% при нагрузке. В обеих группах не выявлено изменений массы тела, набухания шейных вен, ритма галопа. Изучение распределения исследуемых больных по степени тяжести ХСН выявило, что пациенты с ИБС имели преимущественно II ФК ХСН – 5,2%, несколько меньше (4,2%) – I ФК ХСН. При сочетании АГ с ИБС в группе значительно нарастало число пациентов с ХСН более тяжелой (I-III ФК) – 48,1% и 64,5% соответственно.

Выводы: ШОКС позволяет детально оценить раннюю симптоматику проявлений ХСН на фоне ИБС и при ее сочетании с АГ.

- детальная оценка клинической симптоматики ХСН на ранних стадиях ее развития позволяет прогнозировать прогрессирование дисфункции сердца и

своевременно применить адекватную терапевтическую коррекцию.

- респрос и осмотр больного в соответствии с пунктами ШОКС напоминает врачу о всех необходимых исследованиях для правильного и тщательного обследования больного ХСН.

УДК 616-053/2(045)

С.С. КУЛУНТАЕВА

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Областная детская консультативно-диагностическая поликлиника, Актобе

ВОЗ и Детский фонд ООН начали разработку стратегии ИВБДВ в 1992 году, в текущем году исполнилось 20 лет

В основе клинических руководств ИВБДВ лежат следующие принципы: - все больные дети в возрасте до 5 лет должны осматриваться на предмет общих признаков опасности, а все младенцы должны осматриваться на предмет признаков очень тяжелого заболевания.

После этого дети и младенцы осматриваются на предмет основных симптомов. Для более старших детей к основным симптомам относятся кашель или затрудненное дыхание, диарея, лихорадка, проблемы с горлом и ушная инфекция. У младенцев к основным симптомам относятся местная бактериальная инфекция, диарея и желтуха.

За 6 месяцев текущего года в областной детской консультативно-диагностической поликлинике осмотрено больных детей до 5 лет 790, все они осмотрены на предмет общих признаков опасности (ОПО), в 17 случаях присутствовали судороги, что указало на необходимость срочного направления ребенка в стационар детей от 0 до 2 месяцев за тот же период осмотрено 158, внимание уделялось местной бактериальной инфекции, диарее и желтухи. В 39 случаях

присутствовала желтуха, которая затягивается дольше двухнедельного возраста у новорожденного с нормальным улучшением веса и дольше трехнедельного возраста у маловесных детей, выраженная желтуха, распространяющаяся на ладони и стопы, может быть тяжелой и требует срочного лечения. Каждого ребенка до 2 месяцев оценивали на желтуху при естественном освещении. Из анамнеза заболевания выясняли на какой день появилась желтуха, так как любая желтуха, которая появляется в первый день жизни младенца, считается тяжелой. Локализация желтухи оценивается по шкале Крамера, где определенная зона туловища, соответствует общему билирубину сыворотки, например голова, по шкале соответствует зоне №1(100), грудная клетка-зона №2(150), (от пупка до коленного сустава – зона №3(200), от коленного сустава до голеностопного сустава - №4(250), ладони и стопы, соответствуют зоне №5(>250) 39 детей до 2 месяцев, осмотренных в поликлинике по шкале Крамера имели зону 4-5, возрастом старше 14 дней, доношенные, направлены на обследование в стационар.

Выводы: Целью стратегии ИВБДВ является снижение детской смертности и заболеваемости путем принятия широкого и всестороннего подхода.

УДК 616/155/194^616/007/1(045)

С.С. КУЛУНТАЕВА

ЗАДЕРЖКА ФИЗИЧЕСКОГО РОСТА НА ФОНЕ АНЕМИИ

Областная детская консультативно-диагностическая поликлиника, Актобе

Задержка роста у детей - состояние гетерогенное. Согласно классификации задержки роста у детей и подростков различают: эндокриннозависимые варианты, к ним относятся соматотропная недостаточность, дефицит тиреоидных гормонов, нарушение уровня половых гормонов, избыток глюкокортикоидов. Эндокринно-независимые варианты: соматогенно обусловленные (врожденные и приобретенные хронические заболевания, сопровождающиеся гипоксией, анемией, нарушением питания, процессов всасывания, нарушением функции почек и печени), патология костной системы, генетические и хромосомные заболевания.

Одним из вариантов эндокринно-независимых задержек роста у детей является задержка роста на фоне нарушения питания и процессов всасывания. Целью исследования являлось выявление патологических состояний, характеризующиеся снижением гемоглобина, в сочетании с уменьшением количества эритроцитов в единице объема крови. Обследовались дети из Алгинского детского дома с задержкой роста, 186

при отсутствии жалоб и клинических проявлений (астено-невротический синдром, к ним относятся вялость, сонливость), бледность кожных покровов, извращение вкуса и обоняния, нарушением эпителизации (трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых оболочек).

Материалы и методы: Обследовано 15 детей из Алгинского детского дома, в возрасте 10 лет-шестеро детей (66%) и пятеро детей в возрасте 14 лет(34%). При проведении комплексного обследования им было назначено развернутый общий анализ крови, определение сывороточного железа крови, определение ферритина, определение количества ретикулоцитов.

Результаты и обсуждение: у 9 обследуемых детей отмечалось снижение сывороточного железа, снижен показатель гемоглобина, что составляет 60%.

Выводы: Бессимптомное хроническое соматическое заболевание на фоне нарушения питания и всасывания у детей из Алгинского детского дома в течение длительного времени привело к задержке роста.

Рекомендовано детям с задержкой роста определять общий анализ крови в развернутом виде, с определе-

нием количества ретикулоцитов, сывороточного железа в биохимическом анализе крови.

УДК 616-08-039.71:616-022.912(574.13)

Г.У. ҚҰРБАНҒАЛИЕВА, С.Б. ТЛЕУОВ, С.Қ. САҚТАҒАН, Н.А. ЖҰМАҒАЛИЕВА

АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДА 2008-2011 ЖЫЛДАРЫ ҚҰТЫРМА ІНДЕТІНІҢ ЭПИЗООТИЯСЫНА ЖӘНЕ ЭПИДЕМИЯҒА ҚАРСЫ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛҒАН ЖҰМЫСТАР МЕН АТҚАРЫЛҒАН ІС-ШАРАЛАР ТУРАЛЫ

ҚР ДСМ МСЭҚК-нің Ақтөбе облысы бойынша департаменті,
ҚР ДСМ МСЭҚК-нің Ақтөбе облысы бойынша департаментінің басқармалары

Ақтөбе облысында құтырма ауруы бойынша күрделі эпизоотиялық жағдай қалыптасуда. Облыста 2008 – 2011 жылдары аралығында ауылшаруашылық жануарлар арасында құтырма ауруы бойынша 19 (2008 ж. – 3; 2009 ж. – 4; 2010 ж. – 9; 2011 ж. – 3) қолайсыз пункттер тіркеліп, оның ішінде ауырып өлгені 27 бас (2008 ж. – 3; 2009 ж. – 4; 2010 ж. – 15; 2011 ж. – 5).

Егерде, 2008 жылы құтырма ауруы бойынша 3 қолайсыз елді мекен, ал 2009 жылы 4 елді мекен тіркелсе, 2010 жылы 9 қолайсыз елді мекен тіркеліп 15 мал басы өлген (2008 ж. – 3; 2009 ж. – 4).

Құтырма ауруы Қазақстан Республикасында және Ақтөбе облысында күрделі мәселердің бірі болып отыр. 2009 жылы Ақтөбе облысының Байғанин ауданында тұрғындарының арасында құтырма ауруы тіркелген. Ауырған адамдардың жұқтыру көздері жабайы аңдар болуда (түлкі – 2; қасқыр – 1) және Байғанин, Мұғалжар аудандарында құтырма ауруымен ауырған адамдар құтырма ауруының неге апарып соқтыратынын білмегендіктен дәрігерлік көмекке

жүгінбеген, түлкі тістеген жайлы ешкімге хабарламаған.

Облыс көлемінде құтырма ауруын алдын алу мақсатында қаңғыбас үй және жабайы жануарларды аулау және ату бойынша 43 бригада ұйымдастырылған. Осы мақсатқа 2011 жылы облыстық, аудандық бюджеттен 28095655 тенге бөлінген және 18321 ит, 65 мысық, 324 қасқыр атылған (2008 ж. – 17 060 556; 2009 ж. – 30 773 880; 2010 ж. – 20 756 482).

Жыл сайын эпизоотиялық жағдайдың нашарлауына байланысты иттерді құтырмаға қарсы профилактикалық екпелермен қамтуы 2008 жылы 38000 - ден 2010 жылы 41500 – ге дейін, ал мысықтарды егу 200 – ден 1100 - ге дейін өскен. Департаментте «Құтырма» ауруының алдын-алу, профилактикалық іс-шаралар туралы 2012 жылы атқарылатын жұмыс жоспары құрылған. Департамент мамандарымен эпизоотологиялық қолайсыз Ырғыз, Байғанин, Шалқар аудандарында құтырманың алдын-алу шаралары жүргізілген.

УДК 613.37-057.874(574.13)

Г.У. ҚҰРБАНҒАЛИЕВА

МЕКТЕПТЕРДЕ ОҚУШЫЛАРДЫ ЫСТЫҚ ТАМАҚПЕН ҚАМТУДЫҢ НӘТИЖЕСІ

ҚР ДСМ МСЭҚК-нің Ақтөбе облысы бойынша департаменті

Қазақстан Республикасының «Қазақстан - 2030» ұзақ мерзімді даму бағдарламасына сәйкес халықтың денсаулығын сақтау және нығайту негізгі мақсаттардың бірі, әсіресе ұлт болашағы балаларға аса көңіл бөлінген. Осыған орай, күнкөрісі төмен, көпбалалы және тұрмысы қолайсыз отбасылардан шыққан балаларға, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға және Қазақстан Республикасының заңнамасында анықталған балалардың өзге де санаттарына әлеуметтік көмек пен қолдау маңыздылығы көрсетілген. Әлеуметтік көмектің бір саласы – толық және ыстық тамақтандыру.

Толық және құнарлы тамақтану баланың қалыпты өсу және дамуымен көптеген ауруларға қарсы төзімділігін арттыруға негіз болып табылады. Сонымен қатар сабақты қабылдау қабілеттілігін де қамтамасыз ету керек.

Осыған сәйкес 2009-2011жыл бойынша оқушыларды тамақтандыру 100 пайызды құрады.

Осы жылдар аралығындағы оқушылардың ауруға шалдығуын ерте анықтау, алдын-алу шараларының

кешенді жоспарын құру мақсатында жүргізілетін оқушыларды тереңдетіп медициналық тексеруден өткізудің талдауы жасалды. Талдау барысына 2009-2011 жылдың қорытындысы бойынша 1-11 сынып аралығындағы оқушылардың салыстырмалы түрдегі көрсеткіштері алынды.

Жалпы білім беру мектептерінде 1-4 сынып оқушыларын 100 пайыз ыстық тамақпен қамтамасыз ету, жоғары сыныптардағы оқушылардың дұрыс тамақтануына ықпал етті. Себебі, бұрынғы уақытта жоғары сынып оқушыларының режимді тамақтануға ынталылығы байқалмайтын.

2009 жылы мектеп оқушыларының жалпы аурушандық құрылымында ас қорыту жүйесі аурушандылығының үлесі 860 жағдай, 2010 жылы 1061 жағдайға өссе, ал 2011 жылы 792 жағдайға дейін төмендеген. Қала және ауылдық аймақтарда орналасқан мектептердегі оқушыларды ыстық тамақпен қамту, балалардың қан аздығы мен асқазан-ішек жүйесі ауруларының төмендеуіне себеп болғандығын айқындауға болады.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДА АКТОБЕ

«Городская поликлиника №1», Актобе

Было изучено 99 источников литературы, раскрывающие историю, методы, этапы совершенствования центров амбулаторной хирургии в различных странах мира, в том числе и Республике Казахстан. В соответствии с целью исследования, использовались следующие методы исследования: социологический (анкетирование), статистический. Материалами исследования послужили статистические данные о работе центра амбулаторной хирургии поликлиники, отчетные, учетные формы (форма №3 – 3\у «Карта больного ЦАХ №1 г. Актобе», форма №001 «Журнал приема больных и отказов в госпитализации», форма №025-2у «Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов»). Для сбора первичной информации применялось интервьюирование респондентов по специально разработанной анкете. Разработанная анкета содержит 14 вопросов. Первые 4 вопроса посвящены паспортным данным, остальные 10 вопросов, посвящены специальной части, изучающей информированность, удовлетворенность, доступность и исход лечения в ЦАХ. Варианты вопросов были закодированы. Опрос проводился в момент ожидания своей очереди в поликлинике респондентом. Было охвачено 134 респондента амбулаторно-поликлинического профиля. В ЦАХ с января 2010 года по август 2011 года в плановом порядке было выполнено 206 операций (538 боль-

ных). Из них грыжесечение – 45 операций, минифлебэктомия – 19, перевязка семенных вен по Иванисевичу – 142. После операции больные в течение 7-8 часов наблюдались в палате. Затем на больничном транспорте доставлялись домой. Последующие 24-48 часов больные обслуживались врачом и медицинской сестрой на дому (осмотр, перевязки). При необходимости осуществлялась телефонная связь по схеме врач – больной. На 6 – 8 –е сутки больных выписывали из стационара на дому, и их дальнейшее наблюдение велось в поликлинике по месту жительства, до полного восстановления трудоспособности. Исход лечения: выздоровление – 376 (69,9%), улучшение – 154 (28,7%), ухудшение – 0, без перемен – 8 (1,4%). Из опрошенных респондентов особое внимание уделяют уровню материально-технического обеспечения (55,37%), доступности медицинской помощи (42,15%), межличностным отношениям врача и больного (23,1%), удобным условиям при оказании медицинской помощи (28,1%) (нахождение недалеко от места проживания, сервисные услуги, приемлемый график работы).

Вывод. Анализ и оценка деятельности центра амбулаторной хирургии города Актобе, показал их высокую медицинскую и социальную эффективность.

УДК 613.287.1-055.26(045)

А.Е. КУРЕКЕШЕВА, Б.Ж. МАГЗУМОВА, Т.А. АУБАКИРОВА, Э.Е. АНЕШОВА

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

ГКП на ПХВ «Центр лабораторий диагностики»

Цель: Проанализировать этиологическую структуру микроорганизмов, выделенных из грудного молока у кормящих матерей и определить чувствительность её к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы исследования: Выделение и идентификация микроорганизмов проводилось согласно стандартизованным и унифицированным методам диагностики, определение чувствительности к антибиотикам проводилось диско-диффузионным методом.

Результаты и обсуждения: Всего исследовано за 2010-2011 гг 1970 проб молока. Из этого количества проб выделено за 2010 г S.aureus- 179 (19%) S.epidermidis-11 (1%), в 2011г. S.aureus- 286 (27%) S.epidermidis-17 (2%). При этом грамположительная кокковая флора в 76% резистентна к природ-

ным пенициллинам, и в 50% к его производным, остается высокочувствительной к цефалоспорином всех поколений (85-97%), фторхинолонам(94%) и в 100% к карбопенемам.

Вывод: Ведущими возбудителями при исследовании грудного молока являлись золотистый и эпидермальный стафилококки. Большинство из них обладали лекарственной устойчивостью к антибиотикам пенициллинового ряда, которые наиболее часто используются практическими врачами для лечения. Таким образом, для женщин, больных любой формой мастита, а также инфекционно-воспалительными заболеваниями с локализацией на молочной железе или вне ее, имеющих здоровых детей кормить нельзя, при обнаружении в молоке массивного (более 250 КОЕ в 1 мл) золотистого или эпидермального стафилококка.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: изучение клинических аспектов и электрокардиографической диагностики острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: в исследование были включены 52 пациента, поступившие на лечение в кардиологическое отделение МЦ ЗКГМУ имени Марата Оспанова. Возраст пациентов варьировал от 24 лет до 90 лет (в среднем $61,3 \pm 12,8$ лет). Большинство пациентов представлено лицами мужского пола – 67,3% (35 пациентов).

Результаты: основной удельный вес (72%) составили пациенты, доставленные бригадой скорой медицинской помощи, а 28% - направленные поликлиниками. Длительность ангинозного приступа на догоспитальном этапе составила: до 3х часов- 38% (20 больных), от 3х до 6 часов-17% (9 больных), более 6 часов-41% (21 больной); тогда как два пациента (4%) были доставлены без болевого синдрома. У пациентов наблюдалось наличие различных факторов риска: 73,1% -артериальная гипертензия, 63,5%- избыточная масса тела и ожирение, 23,1%- сахарный диабет 2

типа, 11,6%-цереброваскулярные заболевания, 71,2% - дислипидемия. Электрокардиографически диагностирован впервые инфаркт миокарда в 56,5% случаев, а повторный – 43,5%; локализация в передней стенке выявлена в 89,7% случаев, Q - необразующий инфаркт наблюдался у 24 больных. На догоспитальном этапе наблюдались осложнения в 10 случаях: фибрилляция желудочков -1, отек легких-1, кардиогенный шок -2, пароксизм желудочковой тахикардии-2, пароксизм фибрилляции предсердий -2, атриовентрикулярная блокада 1ст.-1, миграция водителя ритма-1. Несмотря на наличие осложнений на догоспитальном этапе летальных исходов не было.

Выводы: особенности клинического течения острого инфаркта миокарда и поздняя госпитализация с момента возникновения ангинозного приступа свидетельствуют о необходимости более адекватной первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи и более широкой санитарно-просветительной работы среди населения.

УДК 616.127-005.8

Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Г.Ж. ТАЖИБАЕВА, А.М. КЫДЫРБАЕВ, И.А. ЕРГАЛИЕВА, Д.С. ИЗТЛЕУОВА, А.А. БАКТЫГЕРЕЕВА, А.Р. АЛЬДЖАНОВА, Г.Д. ЕЛЕНБАЕВА

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: выявление и изучение частоты различных осложнений, сопровождающих инфаркт миокарда

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 216 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении МЦ ЗКГМУ имени Марата Оспанова с января по август месяцы 2012 года. Средний возраст пациентов составил $69,1 \pm 11,7$ лет (мужчин- 138,женщин-78).

Результаты: острый инфаркт миокарда наблюдался у 138 пациентов (63,88%), а повторный – у 78 (36,11%). Инфаркту миокарда сопутствовала артериальная гипертензия у 148 пациента, сахарный диабет – у 9 пациентов. Наличие осложнений выявлено у 191 пациента (88,42%). Частым осложнением инфаркта

миокарда явилась сердечная недостаточность и сопутствовала у 181 пациента (83,79%). Острый инфаркт миокарда сопровождался различными жизнеугрожающими нарушениями ритма: фибрилляция желудочков у 3 пациентов (1,38%), желудочковая тахикардия у 1 пациента (0,46%), фибрилляция предсердий у 6 пациентов (2,77%), атриовентрикулярная блокада у 3 пациентов (1,38%). Лечение инфаркта миокарда и различных осложнений проводилось соответствующим образом препаратами, имеющими доказательную базу.

Выводы: острый инфаркт миокарда протекает с различными жизнеугрожающими осложнениями, что требует своевременной диагностики и адекватной коррекции.

УДК 616.127-005.8.151.5-08

Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Г.Ж. ТАЖИБАЕВА, А.Ф. ХАГАЙ, Б.Х. ХАМИДУЛЛА, Г. ЕРКІНБАЙҚЫЗЫ, С.А. ЮСУПОВА, Г.Р. НУРГАЗИЕВА, Л.Э. ДЕНИСЕНКО

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: изучение эффективности тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда.

Материалы и методы: в исследование были включены 8 пациентов, поступившие в экстренном порядке в кардиологическое отделение МЦ ЗКГМУ

имени Марата Оспанова с клиникой острого инфаркта миокарда, которым проводилась тромболитическая терапия. Средний возраст пациентов составил $69,6 \pm 7,1$ лет.

Результаты: пациенты были доставлены с клиникой острого инфаркта миокарда в течение 2-5 часов с момента возникновения ангинозного приступа. Диагноз был подтвержден повышением уровня кардиоспецифического белка тропонина. ЭКГ диагностика выявила: крупноочаговый инфаркт миокарда нижней стенки у 4 пациентов (50%), при этом в 1 случае было сочетание с инфарктом миокарда правого желудочка; трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки у 2 паци-

ентов (25%), крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки у 2 пациентов (25%). В экстренной комплексной терапии с целью тромболитического стрептокиназу в 6 случаях, актилизе- в 2 случаях. Тромболитическая терапия была эффективной в 100% случаев, что проявилось купированием ангинозной боли, а также характеризовалось снижением к изолинии поднятого сегмента ST на ЭКГ. Побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: своевременно проведенная тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда способствует улучшению клинического состояния пациентов и положительной динамике ЭКГ.

УДК 616.24-053.2:552.578

Б.А. КУРМАНАЛИН

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ (ССЛ) У ДЕТЕЙ НЕФТЕГАЗОНОСНОГО РЕГИОНА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: сравнительное изучение показателей фосфолипидного состава конденсата выдыхаемого воздуха у детей нефтегазоносного и благополучного регионов

Материалы и методы: в исследование были включены 23 детей, проживающие вблизи нефтегазоносного месторождения или исследуемого региона (ИР) и 25 детей, проживающие в благоприятном регионе, контрольном регионе (КР). Возраст детей исследуемого региона варьировал от 10 лет по 14 лет (в среднем $12,17 \pm 0,55$ лет в ИР и $12,24 \pm 0,5$ в КР). Дети по полу были распределены примерно одинаково 47,8% мальчиков, 52,2% девочек в ИР, против 36% и 64% соответственно детей в КР. Изучались следующие показатели ССЛ в конденсате выдыхаемого воздуха, исходно и после применения в течение месяца водного раствора густого экстракта корня солодки перорально: общие фосфолипиды (ОФЛ), фосфатидилхолин (ФХ), лизофосфатидилхолин (ЛФХ), фосфатидилэтаноламин (ФЭ), сфингомиелин (СФМ).

Результаты: изучение исходных показателей ССЛ у детей исследуемой группы по сравнению с детьми контрольной группы выявило следующие изменения: достоверное снижение уровня ОФЛ, ФХ, повышение уровня ЛФХ, умеренное повышение ФЭ и СФМ, что свидетельствует о нарушении метаболизма фосфолипидов, составляющих ССЛ. Применение водного раствора густого экстракта, в течение месяца перорально, способствовало достоверному повышению показателей ОФЛ и ФХ ($p < 0,05$), также снижению показателей ЛФХ, ФЭ, СФМ ($p < 0,05$).

Выводы: применение водного раствора густого экстракта солодки перорально в течение месяца, способствовало коррекции нарушений фосфолипидных компонентов ССЛ, возникших у детей проживающих в нефтегазоносном регионе. Таким образом, водный раствор густого экстракта солодки перорально рекомендуется для коррекции показателей ССЛ у детей проживающих в нефтегазоносном регионе.

УДК 616.33-005.1-08-039.57-053.2

Б.А. КУРМАНАЛИН, А.К. КУШТАЕВА, З.Ж. ТАНБЕТОВА

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГАСТРИТАМИ И ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, филиал ГП №3, Актобе.

Цель: изучение особенностей заболеваемости хроническими гастритами и гастродуоденитами у детей, обслуживающихся территориально по филиалу ГП №3.

Материалы и методы исследования: были проанализированы статистические данные отчетов заболеваемости и данные амбулаторных карт больных детей, состоящих на «Д» учете в филиале ГП №3. Всего состоят на учете 44 детей с гастритом и гастродуоденитом, в возрасте 10-14 лет. Средний возраст детей 12,6 лет, из них девочек и мальчиков - по 22.

Результаты: по данным статистической отчетности отмечается рост заболеваемости. У детей выявлен насыщенный перинатальный анамнез: перинатальная энцефалопатия у трети всех детей, резидуальное поражение ЦНС у 7,5% детей и астеновегетативные нарушения у 25% детей. Выяснить наследственную предрасположенность к заболеваниям органов пищеварения, характер питания и образ жизни по данным карт не удалось. У всех детей диагноз был выставлен клинически и эндоморфологически на основании данных ФГДС. Из параклинических методов не всегда проводилась геликобактерная диа-

гностика (у 15% детей) и не оценивалась секреторная функция. Клинически болевой абдоминальный синдром выявлялся у всех детей. Диспептический синдром определялся по данным карт у трети больных и очень редко определялся астеновегетативный синдром (у 5% детей). Эндоморфологически абсолютно преобладали поверхностные, антральные формы гастритов, часто сочетающиеся с нарушениями сфинктерного аппарата. Большинство детей получали стандартное лечение. Рецидивы были отмечены у 2,5% детей.

Выводы: рост заболеваемости у детей акцентирует внимание врачей на раннее, активное выявление функциональных заболеваний ЖКТ, у наследственно предрасположенных детей, с перинатальным анамнезом, резидуальными поражениями ЦНС, астеновегетативными проявлениями в пре- и пубертатном периоде. В плане верификации диагноза необходимо широко применять неинвазивные методы НР-диагностики и определение секреторной, кислотообразующей функции желудка для выяснения инфицированности и характера функциональных нарушений.

УДК 616.98(574)

С.С. КУРМАНГАЛИЕВА

ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ H. PYLORI В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Эпидемиология H.pylori инфекции в Казахстане и факторы связанные с её трансмиссивностью практически не изучены. Бактериальные факторы окружающей среды наравне с факторами хозяина, как предполагается, вовлечены в прогрессирование процесса. Основная задача исследования: определение факторов, влияющих на сероэпидемиологию H.pylori. Сероэпидемиологические исследования проведены у 217 человек. Забор крови на анализы у 30 человек из каждой возрастной группы (от 10 до 60 лет) обеих популяций (казахи, русские). Для определения наличия H.pylori применялись специальные химические карточки и специальные наборы (EPZ, Stong Brook, NY).

Бактерией H.pylori были заражены 107 (74,8%) человек, живущих в городе, среди сельских жителей инфицированность составила 72 (97,3%) случая. Риск инфицированности значительно повышается у жителей сельской местности (ОШ) – 12,1 (ДИ: 0,77-0,87; $p < 0,01$) с 95% достоверностью. При изучении особенностей распространения бактерии H.pylori было акцентировано внимание на благоустроенность квартир, выясняли источник питьевой воды, качество употребляемой пищи, местонахождение сан. узлов.

При изучении этнических особенностей, достоверных различий по частоте инфицированности выяв-

лено не было. Среди казахов бактерия выделена у 93 (83,1%) пациентов, среди русских H. pylori выделена у 59 (81,9%) пациентов (ОШ) – 1,07 (ДИ: 0,77-0,87) с 95% достоверностью. Не выявлено зависимости инфицированности от пола пациентов. Бактерия H. pylori выявлена у 63 (81,8%) мужчин и 113 (80,7%) женщин (ОШ) - 1,07 (ДИ: 0,77-0,87; $p > 0,05$) с 95% достоверностью. Особенностью распространения H. pylori для развивающихся стран является высокая инфицированность уже в детском и молодом возрасте [Maher W., Jyotheeswaram S.; 1997, Marshall B.J., Goodwin C.S., Warren J.R.; 2009]. В наших исследованиях уже к 30-ти годам инфицированность достигла: ЯБЖ – 66,7%, ЯБДПК – 82,4%, ХГ – 79,3%, продолжая возрастать, к 40-ка годам инфицированность составила: ЯБЖ – 71,4%, ЯБДПК – 87,5%, ХГ – 86,9%, к 50-ти годам инфицированность достигла ЯБЖ – 83,3%, ЯБДПК – 92,3%, ХГ – 94,1%. К 60 годам 100% обследованных пациентов были инфицированы H.pylori. Таким образом, уже в молодом возрасте определяется высокая частота инфицированности от 50,0% - 73,5%, с возрастом увеличиваясь к 60 годам достигает 100% инфицированности.

УДК 616.98:616.342-085

С.С. КУРМАНГАЛИЕВА

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА H. PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫЕ РЕЦИДИВЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Было проведено комплексное обследование 217 пациентов. Рецидивы после эрадикационной терапии мы сравнивали с рецидивами до проведения эрадикации. Оценивались клиническая картина, данные эндоскопического, микробиологического, гистологического бактериологического и серологического исследований. Повторное появление H. pylori, как полагают, происходит посредством двух различных механизмов: реинфекции и рецидива. В задачи исследования входило изучение обострения заболевания в течение одного

года после проведения эрадикационной терапии. Опираясь на данные литературы [Григорьев П.Я., Вялков А.И., Яковенко Э.П., 2007] повторное появление H. pylori инфекции нами расценивалось как рецидив заболевания. Отмечается достоверное ($p < 0,01$) уменьшение частоты рецидивов после эрадикационной терапии. Среди пациентов ЯБЖ рецидивы заболевания в течение первого года после проведения эрадикационной терапии составили 26,1±9,2%, в сравнении, на фоне персистенции бактерии у этих больных частота

рецидивов составляла $92,3 \pm 5,2\%$ в год. Число рецидивов в течение первого года после эрадикационной терапии среди пациентов ЯБДПК составило $18,9 \pm 6,4\%$, на фоне персистенции бактерии у этих больных число рецидивов составило $94,8 \pm 2,9\%$ в год. Среди пациентов ХГ рецидивы заболевания в течение первого года после проведения эрадикационной терапии составили $15,7 \pm 5,1\%$, на фоне персистенции бактерии - $91,6 \pm 2,8\%$.

Все пациенты с рецидивом заболевания были обследованы на геликобактериоз. Отмечаются рецидивы заболевания, ассоциированные с *H. pylori* - инфекцией у 3 (13,1%) пациентов ЯБЖ, 4 (10,8%) пациентов ЯБДПК, 6 (9,2%) пациентов ХГ. При *H. pylori*-ассоциированных рецидивах достоверно ($p < 0,05$) ча-

ще встречались мужчины - 7 ($53,8 \pm 13,8\%$) случаев, преобладали лица молодого возраста, средний возраст составил - $31,3 \pm 3,2$ лет. Длительность анамнеза в подавляющем большинстве (84,6%) не превышала 10 лет, в среднем составила - $4,8 \pm 1,1$ лет. Высокая степень контаминации *H. pylori*, наблюдалась среди пациентов с *H. pylori*-ассоциированными рецидивами в 10 ($76,9 \pm 11,7\%$; $p < 0,05$) случаях. Отягощенная наследственность встречалась в 7 ($53,8 \pm 13,8\%$; $p < 0,05$) случаях. У 5 ($38,5 \pm 13,5\%$) пациентов встречалась сопутствующая патология, в 100% случаях пищеварительной системы. Обострение язвенного процесса, также было характерно для *H. pylori* - ассоциированных рецидивов - $71,4 \pm 17,1\%$.

УДК 616-005.6-07

Б.У. КУРМАШЕВА

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Городская поликлиника № 2, Актобе

Острый венозный тромбоз - распространенное и опасное заболевание. Из всех неинвазивных методов, применяемых для диагностики тромбоза, эффективным является ультразвуковое сканирование венозной системы. Было обследовано 56 пациентов в возрасте от 20 до 78 лет, из них 44 с клиникой острого тромбоза. Обследование включало осмотр пациентов, сканирование венозной системы на современных ультразвуковых аппаратах линейным датчиком с частотой 7 МГц. При этом оценивалось состояние вен бедра, подколенной вены, вен голени, большой и малой подкожных вен. Диагноз тромбоза был подтвержден у 35 (61,7%) больных. Тромбоз глубоких вен был обнаружен в 47% случаев, поверхностных вен - в 39%, сочетанное поражение - в 14%, в том числе у 2 больных с вовлечением перфорантных вен. Часто выявлялась распространенная форма тромбоза и поражение вен на уровне подколенно-берцового и бедренно-подколенного сегментов. В 63% случаев имели место тромбозы, полностью окклюзирующие просвет сосуда, в 30,3% - пристеночные тромбы. Флотлирующие тромбы диагностированы в 6,8% случаев. Протяженность

флотлирующей части тромба варьировала от 2 до 8 см. У 5 больных выявлялась умеренная подвижность тромботических масс, в 3 случаях подвижность тромба была минимальной. У 1 пациента - высокая степень подвижности. Флотлирующие тромбы с неоднородной эхоструктурой наблюдались у 7 пациентов. В динамике оценки течения тромботического процесса были обследованы 22 пациента, из них у 17 (76,8%) отмечалась частичная реканализация тромботических масс. В 44,4% случаях наблюдался центральный тип реканализации; у 35% пациентов - пристеночная реканализация тромботических масс; у 13 (20,6%) больных выявлялась неполная реканализация. У 1 больного отмечалось восстановление просвета вены. Признаки ретромбоза сохранялись у 2 обследованных. Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование (ангиосканирование с использованием доплеровских режимов) является высокоинформативным и безопасным методом, позволяющим наиболее достоверно и быстро решать вопросы дифференциальной диагностики и лечебной тактики в амбулаторной флебологической практике.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

А.А. КУСАИНОВ

ДИАГНОСТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ГОРОДОВ АЛМАТЫ, АКТОБЕ, КУСТАНАЙ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

Неуклонный рост пользователей компьютером и Интернетом обусловлен повсеместным применением компьютера с целью осуществления той или иной деятельности или для развлечения, в стационарных условиях и при передвижении. Все это привело к появлению качественно нового психологического феномена - зависимости от Интернета (Интернет-аддикция, нетаголизм, кибераддикция, виртуальная аддикция) (Сирота Н. А., Ялтонский В. М. 1993). Интернет - аддикция

обладает признаками других нехимических и химических аддикций. Большинство авторов рассматривают её как самостоятельную форму нехимической зависимости со своими специфическими клиническими проявлениями. Наиболее ярко данный вид зависимости представлен среди детей и подростков.

Исследование распространенности компьютерной зависимости среди несовершеннолетних учащихся общеобразовательных школ было проведено в рамках

исследования научно-технической программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании. Перед проведением масштабного скринингового исследования, было проведено исследование в фокус-группах. Для диагностики компьютерной зависимости использовался способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости. При анализе результатов было выявлено, что среди 613 обследованных учащихся общеобразова-

тельных школ городов Алматы, Актобе и Костаная компьютерная зависимость диагностируется у 0,5% учащихся. Количество подростков с риском развития компьютерной зависимости составило 15,7%.

Достаточно широкая встречаемость компьютерной зависимости среди учащихся общеобразовательных школ и обуславливает актуальность данного рода исследований.

УДК 616.33-002:616.9.

Д.Е. КУШИМОВА

СОЧЕТАНИЕ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА С ЛЯМБЛИОЗОМ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Нами обследованы и пролечены 56 пациентов с синдромом диспепсии, обратившихся за медицинской помощью к гастроэнтерологу в частную клинику за 2011-2012 годы. Для постановки диагноза и проведения дифференциального диагноза учитывали клинические особенности симптомов диспепсии. Всем больным проводили гастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование, диагностику инфекции *H. pylori*. Для диагностики инфекции *H. pylori* использовали один из следующих методов: серологический, морфологический, дыхательный тест. При клинических признаках дисфункции желчевыводящих путей, подтвержденных УЗИ, дополнительно проводили диагностику лямблиоза (серологическое исследование крови и дуоденальное зондирование при отсутствии противопоказаний). Анализ результатов исследования показал, что наиболее часто синдром диспепсии сочетался с диагнозом хронического *H. pylori*-ассоциированным гастрита, который был установлен у 16 (28,6%) больных в возрасте от 25 до 57 лет. Второе место заняли больные с диагнозом хронического лямблиоза - 13 (23,2%) пациентов в возрасте от 18 до 26 лет. У 9 (16%) больных в возрасте от 14 до 35 лет выявлено сочетание НР-

ассоциированного гастрита и лямблиоза. На момент обследования 5 пациентов из последней группы уже прошли курс эрадикационной терапии по поводу НР-ассоциированного хронического гастрита в поликлиниках по месту жительства.

Актуальной задачей является создание лечебно-диагностических алгоритмов таких распространенных и часто сочетающихся заболеваний, как НР-ассоциированный хронический гастрит и лямблиоз. Для решения этой задачи в клиническую практику необходимо внедрение исследование кала на антигены к НР и лямблиям (чувствительность и специфичность метода составляет 98 и >90% соответственно). Возможно последовательное и длительное лечение заболеваний. Альтернативным методом лечения сочетанной патологии может служить эрадикация возбудителей на основе тройной терапии инфекции *H. pylori* с включением амоксициллина (3000 мг/сут) и фуразолидона (400 мг/сут). Это позволит снизить экономические затраты для диагностики и лечения заболеваний, сократить сроки обследования больных и повысит качество медицинской помощи данной категории больных.

УДК 616.71-001.5-089.84

Б.И. КУШИМОВ

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Внедрение метода интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием гвоздя во многом изменило подходы к оперативному лечению как изолированных, так и множественных и сочетанных переломов конечностей.

Цель исследования – изучить результаты лечения диафизарных переломов костей голени после применения блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза.

В травматологическом отделении БСМП интрамедуллярный остеосинтез с блокированием выполнен у 15 пациентов с переломами костей голени в возрасте от 18 до 60 лет. Остеосинтез выполняли антеградным способом с использованием ЭОП (электронно-оптического преобразователя) как с рассверливанием костномозгового канала, так и без него. Для

остеосинтеза использовали универсальные канюлированные стержни фирмы «ChM» (Польша) с полиаксильным введением блокируемых винтов. Большинство больных были активизированы на 2-3 сутки после операции, так как задачей раннего этапа реабилитации является дозированная нагрузка на конечность и полное восстановление движений в смежных суставах. Об эффективности лечения судили по наблюдению за больными в динамике, данных контрольных рентгенограмм, оценке ближайших и отдаленных результатов.

Анализ полученных клинических результатов показал, что данный метод остеосинтеза позволяет добиться стабильной фиксации отломков даже при сложных повреждениях из минимальных хирургических доступов без обнажения места перелома. При этом не нарушается кровоснабжение костных отлом-

ков, что благоприятно влияет на консолидацию переломов. Достигается стабильная фиксация перелома, создаются условия для ранней разработки движений в смежных суставах и опорной нагрузки на оперирован-

ную конечность, что приводит к значительному улучшению качества жизни пациента и как следствие – раннему возвращению к нормальной жизнедеятельности.

УДК 616.36-002-07

У.И. КУШКИНБАЕВА

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Основой дифференциальной диагностики вирусных гепатитов от гепатитов другой этиологии служат результаты лабораторных исследований в сочетании с клинико-эпидемиологическими данными.

Лабораторная диагностика вирусных гепатитов основывается на:

а) выявлении серологических маркеров в иммуноферментном анализе-ИФА.

б) выявлении нуклеиновых кислот вирусов ГВ и ГС в ПЦР.

в) лабораторных показателях активности процесса-АСТ и АЛТ.

Для исключения ложноположительных и ложноотрицательных результатов в ИФА необходимо ис-

пользовать подтверждающие тесты, основанные на индикации анти HCV к отдельным антигенам вируса.

Антитела к core, E и NS-3 антигенам выявляются на ранних, а антитела KNS-4 и NS-5 антигенам на более поздних этапах сероконверсии.

При получении положительных результатов в ИФА, свидетельствующих об острой или хронической фазе (при ВГВ на маркер, HBsAg, antiHBcorIgM при ВГС HCV-total в подтверждающим тесте) инфекционист назначает дополнительные исследования, в том числе качественную ПЦР.

В случае положительных результатов необходимо дальнейшее проведение количественной ПЦР для определения вирусной нагрузки и определения генотипа вируса ГС.

УДК 616.9: 612.015.1-07

У.И. КУШКИНБАЕВА

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ ЛЯМБЛИОЗА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Лямблиоз часто встречающееся паразитарное заболевание тонкого кишечника человека, вызываемое *Giardia lamblia*.

Такие методы может явиться иммуноферментный анализ (ИФА), основанный на обнаружении в крови инвазированных антител, специфических к антигенам лямблий. Установлено, что антитела к антигенам *Giardia lamblia* присутствуют в крови и секретах человека практически на всех стадиях заболевания. Ранние антитела (Ig A) появляются на 10-14 день после инвазии. Затем появляются и нарастают специфические Ig G антитела, концентрация которых в крови через 1-2 месяца после полной элиминации паразита резко снижаются.

Результаты определения антител в *Giardia lamblia* у обследуемых использовали для диагностики лямблиоза на основании следующих показателей:

1. Острый лямблиоз выявляются только специфические Ig A (группа 1):

2. Начало стадии реконвалесценции острого лямблиоза либо обострение хронического лямблиоза выделяются Ig G и Ig A (группа 2):

3. Хронический лямблиоз или пастинфекция выделяются только Ig G, которые могут сохраняться до

6-9 месяцев после излечения с постепенным снижением титра (группа 3).

Среди лиц с гастроудаденитом серопозитивными в отношении *Giardia lamblia* отказались 32 (65,3%) человека. У 27 (55,1%) серопозитивных лиц в крови были обнаружены специфические Ig G, у 4 (8,1%) - Ig A+ Ig G и у двух (4,0%) - только Ig A.

В целом, при определении у 276 пациентов специфических антител к антигенам лямблий положительный результат был получен у 107 (38,7%) человек. Все это позволяет вывод о эффективности метода ИФА при поиске лиц инфицированных лямблиями и при этом определить фазу развития инфекционного процесса, что имеет как клиническое, так и эпидемиологическое значение. На основании клинических наблюдений в сочетании с данными лабораторных исследований 107 пациентам было проведено специфическое и симптоматическое лечение, в результате которого у 87 (82%) человек наблюдался хороший клинический эффект с резким снижением и затем полным исчезновением антител класса IgG, что является решающим аргументом выздоровления.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЭНТЕРОБИОЗА В Г. АКТОБЕ

РГКП «ОЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК по Актыбинской области

Энтеробиоз является наиболее распространенным гельминтозом, поражающих детей – эта проблема является актуальной и для города Актобе. Мероприятия по борьбе с этой инвазией проводят лечебно-профилактические учреждения и органы госсанэпиднадзора.

На протяжении десятилетий на энтеробиоз следуются организованные и неорганизованные контингенты дошкольного возраста, учащиеся I-IV классов, персонал детских учреждений, работники пищевых предприятий, медицинские работники детских дошкольных учреждений, детских домов и контактные в очагах. Для своевременного проведения противоэпидемических мероприятий по снижению гельминтозов и в соответствии нормативно – правовых документов МЗ РК проводится мониторинг за объектами внешней среды.

В 2011 году клинико-диагностическими лабораториями (КДЛ) лечебно-профилактических организаций (ЛПО) г. Актобе на энтеробиоз обследовано 33710 человек, в том числе методом соскоба - 31527 человек.

Паразитологической лабораторией областного центра санитарно-эпидемиологической экспертизы в 2011 году проведено 63854 исследований, в том числе 6998 материала из внешней среды (вода, почва, овощи, фрукты и т.д.), обследовано 122 контактных лиц в очагах. В 11787 исследованных смывах с объектов, яйца остриц обнаружены в 14 (0,1%).

Основной задачей, направленной на снижение контагиозных гельминтозов является эпидемиологический надзор, профилактика энтеробиоза у детей, гигиеническое воспитание и разъяснительная работа среди родителей, обслуживающего персонала.

УДК 616.72-002.77-08

ЛЕПЕСОВА Г.Ж

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Городская поликлиника № 1, Актобе.

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний суставов, частота которого в популяции составляет от 0,3 до 1,5%. Лечение РА до сих пор представляет собой сложную задачу. Это связано как с наличием значительной доли пациентов с тяжелыми и резистентными к лекарственной терапии формами болезни, так и с хроническим течением заболевания. Наличие значительного разнообразия лекарственных препаратов для лечения РА является важным положительным моментом, позволяющим осуществлять индивидуализированный подбор терапии.

Цель исследования: определить эффективность применения метотрексата и преднизолона у больных ревматоидным артритом в условиях поликлиники.

Материалы и методы: проведено исследование в амбулаторных условиях 21 больного с РА умеренной и средней активностью течения находившихся под наблюдением у врача в течение 5 лет. У всех больных диагноз был подтвержден клиническими данными: активность болезни, наличие эрозий на ранней стадии и лабораторными данными. Больные были разделены

на 2 группы. В 1 группе 12 больных принимали метотрексат в дозе 2,5 мг 3 раза в неделю с интервалом 12 часов. Во 2 группе 11 больных принимали преднизолон по 10 мг в сутки. Курс лечения 6 месяцев. Для оценки клинико-лабораторных изменений и регистрации побочных реакций больным проводилось обследование до и после лечения.

Результаты исследования и обсуждение: У больных 1 группы наступило заметное улучшение через 1 месяц, отмечено быстрое уменьшение выраженности артралгий, артритов. Во всей группе наблюдалось и снижение уровня лабораторных показателей. Только у 2 больных отмечались аллергические реакции в виде дерматита. У 2 группы больных после незначительного уменьшения артралгии отмечались побочные явления с появлением признаков гиперкортицизма.

Заключение: таким образом, лечение РА в условиях поликлиники метотрексатом можно считать эффективным методом лечения, позволяющим добиться быстрого клинического улучшения, особенно при тяжелых вариантах течения болезни с системными проявлениями, резистентностью к основным базисным средствам.

МОНИТОРИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ С 2008 Г. ПО 2011 Г. ПО Г. АКТОБЕ

ГКП на ПХВ «Центр лабораторной диагностики», Актобе

Цель: Провести сравнительный анализ бактериологических исследований. Выделить-антибиотикорезистентных-штаммов микроорганизмов.

Методы: Выделение и идентификация возбудителя-проводилась согласно стандартизированным и унифицированным методами диагностики, определение чувствительности к антибиотикам производилось диско-диффузионным методом.

Микро-организм	2008г	2009г	2010г	2011г
S. aureus	612-38,1%	296-19,4%	535-42,3%	593-38%
S. Epidermis	333-21%	226-15%	165-13,1%	128-8,2%
Streptococcus	61- 3,1%	48-3,8%	111-8,7%	112-7,3%
E.coli	50-3,1%	45-2,9%	67-5,2%	47-3,0%
Ps.Aeruginosa	49-3,05%	55-3,6%	53-4,1%	49-3,1%
Proteus	14-0,9%	6- 0,4%	8-0,6%	14-0,9%
Другие БКГ	39 - 13,4%	47 - 17,5%	50-4,0%	27-1,6%
Candida	1-0,06%	1-0,06%	3-0,2%	6-0,3%

Основные-возбудители: S. aureus, S. Epidermidis, Streptococcus-,E.coli, Ps. Aeruginosa. В виде монокультуры-или-в-ассоциации-с-грибами.-У-S. aureus снижена-чувствительность- к- пенициллину,- ванкомицину, налидиксовой кислоте,-эритромицину.У-E.coli-растет-резистентность-к-азтреонаму,-к цефалоспорино-1-поколения, улучшена-к-ванкомицину,- гентамицину, кларитроми-цину.,

Ps.Aeruginosa-полнорезистентна,-но-чувствительна—к-сумамеду,-фтор-хинолонам, полимиксину, - снижена к-цефтриаксону. У-Streptococcus-снижена-чувствительность-к-канамицину,-пенициллину,-карбепенициллину, азтреонаму,-эритромицину,гентамицину,,цефалоспорином-I I-II поколения.

Выводы: Наряду с кокковой и кишечной флорой-виэтиологии-раневоы инфекции последние годы растет роль стрептококков-,возрастает резистентность-к-антибиотикам. Поэтому важно постоянно вести мониторинг возбудителей и антибиотикограммы.

УДК 613.9:314.114(547.12)

А.М. МАКЕНОВА, А.А. МАМЫРБАЕВ, Ю.А. МУШОРЯПОВА

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МАНГЫСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ

Западно-Казахстанский филиал «Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний» МЗ РК, Актобе

Широкомасштабное промышленное освоение прикаспийского региона, структура которого представлена практически всеми видами промышленного производства, оказывает отрицательное воздействие на качество основных объектов окружающей и производственной среды, что напрямую отражается на состоянии здоровья взрослого и детского населения.

Указанные обстоятельства послужили основой для детального исследования данного региона. При этом дана оценка основным медико-демографическим показателям состояния здоровья населения г.Актау, выведены показатели заболеваемости по обращаемости и ее распространенность; охарактеризованы сведения по смертности. Полученный фактический материал подвергнут современным методам статистической обработки и, в частности, The SAS System for Windows.

Анализ общей заболеваемости населения по г.Актау показал, что отмечается четкая тенденция к ее росту, в частности, общая заболеваемость за 2009 год превышала аналогичную за 2005 год в 1,3 раза. При

этом следует отметить, что частота впервые диагностированных заболеваний выросла на 8%.

Среди впервые выявленных заболеваний у детей в возрасте от 0 до 14 лет преобладают болезни органов дыхания, далее следуют болезни органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, болезни глаз и его придатков; среди подростков (15-17 лет) преобладают болезни органов дыхания и органов пищеварения; среди взрослого населения ведущее место занимают болезни органов дыхания. Особо необходимо отметить увеличение в 1,9 раза частоты осложнений беременности, родов и послеродового периода. По причинам смерти среди населения г.Актау на первом ранговом месте находятся болезни системы кровообращения, на втором – травмы и отравления, на третьем – онкологические заболевания.

Следовательно, указанный методологический подход позволяет объективно и полноценно выявить показатели истинного состояния здоровья взрослого и детского населения урбанизированных территорий, и, на этой основе, разработать комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения.

РОЛЬ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

АФ АО «ЖГМК» Железнодорожная больница, Актобе

Разрывы почки наблюдаются в 5% закрытой травмы живота и, в подавляющем большинстве случаев, лечатся консервативно. На сегодняшний день ведущим методом диагностики разрывов почки остается ультрасонография. В связи с этим хотим поделиться опытом. Больная К., 19 лет поступила жалобами на боли в правой половине живота. Травма около 1 часа назад: в автобусе во время движения была придавлена толпой к металлическому поручню. При осмотре состояние средней тяжести. Пульс 84, АД 120/80 мм рт.ст. Пальпация живота в правом подреберье болезненное. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Симптомов раздражения брюшины нет. Был выполнен диагностический лапароцентез - патологического отделяемого нет. При поступлении: анализ крови: Нь 106 г/л, Эр $3,5 \times 10^{12}$ /л, L 13,4. Общий анализ мочи: белок 0,033, Эр неизмененные сплошь в п/зрения. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: по латеральной поверхности правой почки определяется участок гиперэхогенности с нечеткими неровными контурами размерами 6,0 x 2,5 см. заключение: гематома правой почки? УЗИ в динамике:

нарастание образования до 9,0 x 5,0 см. С подозрением на разрыв почки оперирована: правосторонняя люмботомия под общим наркозом. При ревизии выявлена напряженная подкапсульная гематома латеральной поверхности почки. Гематома вскрыта, в средней трети поперечный разрыв почки длиной до 2 см. Разрыв ушит с использованием гемостатической губки «Тахокомб». Полный гемостаз. Операция закончена дренированием забрюшинного пространства. Послеоперационный диагноз: Разрыв правой почки. Нарастающая подкапсульная гематома правой почки. В послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия, общее лечение. Швы сняты, заживление раны первичное. Выписана в удовлетворительном состоянии. Выводы. Данное клиническое наблюдение показывает, что, несмотря на то, что основным клиническим признаком повреждения почки является выраженная гематурия, для уточнения диагноза и определения сроков оперативного вмешательства для сохранения почечной ткани, необходимо использовать УЗИ почки, о чем должны помнить urgentные хирурги.

УДК 613.1

А.А. МАМЫРБАЕВ

ИСТОРИЯ И ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В охране окружающей природной среды и здоровья человека профилактическая токсикология занимает одно из ведущих мест. Все возрастающий химический стресс, воздействие физических и биологических факторов привели к таким реалиям, что профилактическая (гигиеническая) токсикология в настоящее время дифференцировалась на промышленную, коммунальную, пищевую, радиационную и другие направления токсикологии.

История профилактической токсикологии неразрывно связана с именами ученых бывшего СССР. Н.С.Правдиным и Н.В.Лазаревым обоснована концепция пороговости при действии химических веществ и их регламентация; И.В.Саноцким сформированы принципы обоснования санитарных стандартов; Г.Н.Красовским, Ю.А.Рахманиным, М.А.Пинигиным проведены фундаментальные токсикологические исследования при гигиеническом нормировании химических веществ в воде, атмосферном воздухе; Е.И.Люблиной, Б.А.Курляндским, И.М.Трахтенбергом, Ю.С.Каган научно обоснованы и доказаны основные

закономерности токсического действия органических и неорганических ядов на живой организм, а также вопросы адаптации к промышленным ядам. Ю.И.Кундиевым внесены фундаментальные разработки в области токсикологии пестицидов, а по проблемам химической безопасности пищевых продуктов А.А.Покровским и В.А.Тутельяном.

Вопросы промышленной токсикологии в Казахстане интенсивно разрабатывались и изучались в НИИ краевой патологии МЗ РК, где функционировал отдел токсикологии. Учеными нашей республики внесен значительный вклад в изучение механизмов токсического действия свинца (Б.А.Атчабаров, А.Т.Алданазаров), фосфора и фтора (А.А.Мамырбаев, Н.Ж.Орманов, Г.А.Кулқыбаев, М.Е.Зельцер, Ж.Абылаев), хрома (А.Б.Бигалиев, А.А.Мамырбаев), молибдена (А.А.Лукашов). В настоящее время лабораторией промышленной токсикологии НЦ ГТ и ПЗ МЗ РК изучаются механизмы токсического действия металлов и неметаллов.

МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА

Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбургский государственный университет,
Институт физики перспективных материалов УГАТУ, Уфа, Россия

Современные тенденции развития «щадящих» операционных технологий в челюстно-лицевой хирургии основаны на миниатюризации инструментов и других медицинских изделий. Это, в свою очередь, требует разработки нового класса функциональных материалов, отличающихся высокой твердостью и прочностью. Таким требованиям в полной мере отвечает наноструктурированный титан, полученный методом равноканального углового прессования (РКУП). Высокий уровень механических свойств наноструктурированного титана (примерно в 1,5 раза выше прочности обычного титана) обеспечивается за счет формирования в процессе РКУП субмикроструктурной структуры с размером зерна 100-300 нм.

Использование наноструктурированного титана для изготовления мини-пластин для остеосинтеза костей лицевого скелета и мини-шурупов для их закрепления позволяет значительно уменьшить размеры данных изделий (табл.), что снижает травматизм при

выполнении операции, уменьшает вероятность осложнений и ускоряет выздоровление пациента.

Размеры мини-пластины и мини-шурупа из обычного и нано титана

Мини-пластина	Длина и ширина ¹⁾ , мм	Толщина, мм	Диаметр отверстий, мм
Обычный Ti	46,4x3,0	0,9	2,0
Нано Ti	46,4x3,0	0,6	1,7

Мини-шуруп	Длина, мм	Диаметр, мм
Обычный Ti	9,50	2,0
Нано Ti	7,56	1,6

¹⁾ Длина и ширина пластин остались без изменения, учитывая размеры сломанных костей

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 11-08-00208).

УДК 616-08-039.57-053.98

С.С. МАУТОВА

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Городская поликлиника №4, Актобе

Сложность обследования пожилого пациента врач начинает испытывать с этапа сбора анамнеза. Пациент пожилого возраста нередко отличается повышенной внушаемостью и зачастую дает ответы, которые, как ему кажется, хочет услышать врач. Собирая анамнез, необходимо избегать непонятных для пожилого человека медицинских терминов. Многие больные к пожилому возрасту имеют богатый опыт пребывания в лечебных учреждениях, считают себя достаточно грамотными в медицине и, на вопрос о том, что беспокоит, начинают перечислять диагнозы. В этом случае важно, не перебивая больного, начать уточнять симптомы, формулируя вопросы по-разному, чтобы составить свое мнение о диагнозе. Во многих случаях пожилой пациент переоценивает свой прошлый опыт лечения. Клиническая картина большинства гастроэнтерологических заболеваний у людей старших возрастных групп отличается от привычных представлений. Все висцеральные рефлексы у пожилых снижены. Обследуя пациента пожилого возраста, следует помнить, что структура гастроэнтерологической заболеваемости у этих больных изменяется: уменьшается доля функциональных расстройств, снижается частота острых заболеваний и их появление обычно не сопро-

вождается яркой клинической картиной. Многие заболевания проявляются часто лишь нарушением общего состояния.

Лечение пожилого больного также ставит перед участковым врачом дополнительные задачи. Пожилой больной чаще доверяет рекламе лекарственных препаратов, самостоятельно, после прочтения инструкции или по совету знакомых, изменяет дозировку назначенного врачом препарата, не применяет или заменяет препарат на другой, более эффективный, с его точки зрения. Проблемой является повсеместное бесконтрольное применение именно пожилыми людьми нестероидных противовоспалительных средств для купирования болевого синдрома. Поэтому перед участковым врачом стоит непростая задача — подробно, во многих случаях в письменной форме, объяснить пожилому больному, когда и какие лекарственные препараты ему следует принимать.

Таким образом, при лечении пациентов пожилого возраста врач сталкивается с целым рядом специфических проблем, не свойственных пациентам других возрастных групп и может испытывать трудности в трактовке имеющихся у него патологических и возрастных изменений организма.

ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Городская поликлиника №4, Актобе

Исследован 21 больной ишемической болезнью сердца (ИБС), обратившихся в поликлинику с приступом мерцательной аритмией (МА). Все пациенты были разделены на две группы: исследуемая группа — 10 пациентов (средний возраст — $68,1 \pm 1,2$ лет); контрольная группа — 11 пациентов (средний возраст — $69,1 \pm 1,1$ лет). За пациентами исследуемой группы вели активное наблюдение с ежемесячным вызовом; пациенты группы контроля обращались в поликлинику самостоятельно. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Объем обследования включал: осмотр, лабораторные и инструментальные исследования. Исследование приверженности назначенному лечению проводили с помощью специального вопросника (анкеты), подсчета упаковок из-под лекарств. Вопросник содержал 4 вопроса: за отрицательный ответ по каждому вопросу начислялся 1 балл; за положительный — балл 0. Пациенты с высокой приверженностью назначенному лечению набирают максимально 4 балла, с низкой — менее 3 баллов. Учитывали также количество внеплановых обращений, количество госпитализаций в связи с обострением заболеваний, характер осложнений. Результаты. При анализе средней длительности пароксизмов МА в исследуемой группе отмечено существенное уменьшение данного показателя по отношению к исходному ($40,4 \pm 5,8$ против $51,8 \pm$

$7,2$). Переход МА в постоянную форму к 6-му месяцу наблюдения отмечен у 33% больных исследуемой группы и у 41% пациентов контрольной группы. Уровень систолического артериального давления (САД) у пациентов обеих групп к завершению исследования снизился по сравнению с исходным ($134 \pm 0,9$ мм рт.ст против $160 \pm 2,2$ мм рт.ст), причем у пациентов исследуемой группы САД наблюдалось ниже ($120 \pm 0,9$ мм рт.ст). ЧСС в группе наблюдаемых пациентов также была снижена, чем в группе контроля ($67 \pm 0,7$ и $71 \pm 0,8$ уд. в 1 мин. соответственно). Коэффициент приверженности терапии и исполнительность оказались более высокими в исследуемой группе, чем в группе контроля (3,0 балла и 2,1 балла соответственно). Больные в исследуемой группе значительно реже госпитализировались по неотложным показаниям (соотношение 1:6); и осложнениям (1:5). Выводы. Активное ежемесячное амбулаторное наблюдение за больными ИБС с пароксизмами способствует существенному улучшению клинико-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы. Одним из основных механизмов реализации положительных эффектов активного наблюдения за больными является повышение приверженности пациентов к проводимому лечению.

УДК 616.728.3:612.67-08

И.Х. МЕРГЕНОВА

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Государственное коммунальное казенное предприятие «Ветеран», Актобе

Остеoarтроз среди заболеваний у пациентов пожилого возраста встречается в 90% случаев. Под наблюдением находились 32 пациента (муж-10; жен-22) от 56 до 75 лет с сопутствующими заболеваниями: ИБС у 21(65%) больного, сахарный диабет у 19 (16,7%) пациентов.

Все обратившиеся пациенты предъявляли жалобы на болевой синдром (100%) в коленных суставах, ограничение движения I - II ст. (67%), подтвержденные рентгенологически наличием сужения суставной щели (78%), остеофитов (72%), субхондрального остеоартроза (98%). Пациенты получали наряду с медикаментозным лечением (НПВП, хондропротекторы) и физические методы лечения. Все лечившиеся были разделены на 2 группы:

I группа – получала магнитотерапию на коленные суставы; режим имп., II – III ст. по 10-15 минут №10 сеансов;

II группа – магнитотерапию №10 сеансов и гимнастику цигун (ЛФК) ежедневно.

Болевой синдром у пациентов II группы уменьшился на 5-6 сеанс, а к 10 сеансу улучшилось общее самочувствие, повысилась активность, показатели ЭКГ улучшились. Пациенты I группы отмечали незначительные улучшения к 10 сеансу.

Наличие улучшения у пациентов II группы с диагнозом остеоартроз коленных суставов, принявших, наряду с медикаментозным лечением, магнитотерапию и суставную оздоровительную гимнастику цигун, рекомендует на более широкое применение его в медицинской практике.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Государственное коммунальное казенное предприятие «Ветеран», Актобе

Атеросклероз сосудов нижних конечностей составляет 70-95% случаев заболеваний сосудов. Задача заболеваний методов лечения этой категории больных: стимулировать функции высших вегетативных центров, улучшить кровоснабжение, уменьшить спазмы сосудов, способствовать образованию коллатералей, оказать обезболивающее, трофическое противовоспалительное действие, улучшить обмен веществ, улучшить реактивность организма. Под наблюдение взяты 27 пациентов (муж-11, жен-16) пожилого возраста от 60 до 70 лет и выше, у 15 (56%) в анамнезе сахарный диабет, повышенный вес у 18 (67%).

В клинике преобладали ведущие симптомы: болевой синдром в нижних конечностях (100%), похолодание в них у 20(74%) больных, изменение сосудистого рисунка и цвета кожи у 14 (52%) пациентов.

Все пациенты разделены на 2 группы:

I группа - 13 человек получали светолечение (Sollux) по методике 10'-15' ежедневно №8-10 сеансов.

II группа - 14 человек – получали СМТ терапию на пояснично-крестцовую область или на нижние конечности по методике III-IV pp 70-50гу; 50-70% по 3'-5' №10 и лечебную гимнастику.

В I группе пациенты отмечали кратковременное и незначительное улучшение, к концу курса лечения;

Во II группе пациенты, получавшие СМТ терапию и лечебную гимнастику, отмечали улучшения к 10 сеансу, «ноги ночью меньше мерзли», болевой синдром уменьшился.

Из выше сказанного можно сделать вывод, что при атеросклерозе сосудов нижних конечностей лучше использовать в комплексе амплипульс - терапию и лечебную гимнастику.

УДК 616.12-089.166:615.38

Е.М. МИЕРБЕКОВ, И.Д. ИЛЯЛЕТДИНОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ,
А.В. НИ, Н.В. ПОЗДЕЕВ, А.А. ШИШКИН

ВАРИАНТЫ КРОВЕСБЕРЕЖЕНИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

Цель: разработать тактику кровосбережения при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы. Обследованы 408 пациентов, оперированных на сердце в условиях ИК в возрасте от 13 до 78 лет. Использовали четыре варианта резервирования аутокрови:

1. Из катетера, установленного во внутренней яремной или подключичной вене, в начале операции в емкость с глюгициром. 2. Из катетера, установленного в лучевой артерии, служащего для измерения артериального давления прямым способом, в начале операции в емкость с глюгициром. 3. Из правого предсердия, с помощью системы для забора крови, после введения гепарина и канюляции аорты в емкость с глюгициром. 4. Из правого предсердия, с помощью системы для забора крови, после введения гепарина и канюляции аорты в стеклянную стерильную емкость без антикоагулянта.

Исследования проводили на 8 этапах анестезии, операции и послеоперационного периода. Определяли содержание гемоглобина, эритроцитов, уровень гема-

токрита, степень повреждения эритроцитов, степень гемолиза, изучали коагулограмму, кислотно-основное состояние и газы крови, проводили электронно-микроскопическое исследование эритроцитов аутокрови.

Результаты и выводы. Резервирование аутокрови с использованием цитрата натрия вызывает выраженные нарушения кислотно-основного состояния аутокрови по типу декомпенсированного смешанного ацидоза, снижение осмотической резистентности эритроцитов и повреждение мембран и стромы эритроцитов. Интраоперационное резервирование аутокрови разработанным способом не изменяет кислотно-основного состояния аутокрови, не приводит к повреждению эритроцитов, не снижает их осмотическую резистентность и не оказывает отрицательного влияния на систему гемостаза. Применение разработанной тактики кровосбережения при операциях на сердце в условиях ИК снижает интраоперационную потребность донорской крови в 18,8 раз, а потребность за весь период лечения в 3,3 раза.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕЙ И СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

Цель: провести сравнительную оценку влияния общей и сочетанной анестезии на гемодинамику и число послеоперационных осложнений у оперированных больных со стенозом брахиоцефальных артерий.

Материал и методы. Обследованы 60 больных в возрасте от 47 до 69 лет (36 мужчин и 24 женщины), оперированные на внутренней сонной артерии по поводу ее атеросклеротического поражения.

44 (73,3%) больным была выполнена каротидная эндартерэктомия, 16 (26,6%) - пластика сонной артерии. Время наложения зажима на внутреннюю сонную артерию в среднем составило $13,2 \pm 1,6$ мин. В зависимости от метода анестезии больные были разделены на 3 группы. В 1 группе больным проведена тотальная внутривенная анестезия (диприван, фентанил); во 2 группе - внутривенная анестезия (диприван, фентанил) в сочетании с поверхностной блокадой шейного сплетения; в 3 группе - ингаляционная анестезия (севофлюран, фентанил).

Определяли среднее АД (САД), ЧСС, ЭКГ, уровень SaO₂. Этапы операции: 1 этап - перед водной анестезией; 2 этап - перед пережатием общей сонной

артерии; 3 этап - через 5 мин после пережатия; 4 этап - после восстановления кровотока; 5 этап - на 1 сутки после оперативного лечения. Церебральную оксиметрию осуществляли на аппарате INVOS-3100 фирмы «Somanetics» (США). С целью оценки степени мозгового повреждения определяли S-100 белок и эндолазу. Исследования проводили 1) в начале операции; 2) в конце операции; 3) в 1 сутки после операции.

Результаты и выводы. По сравнению с тотальной внутривенной анестезией на основе дипривана, анестезия севофлюраном на гемодинамически значимых этапах операции была более управляема, вызывая меньшую депрессию САД и более стабильные показатели ЧСС. По сравнению с анестезией на основе дипривана, анестезия севофлюраном сопровождалась достоверно более низким уровнем маркеров мозгового повреждения (С-100 белок и эндолаза), меньшим числом послеоперационных осложнений. Применение сочетанной анестезии способствовало более быстрому пробуждению пациентов после операции, что позволяло проведение ранней оценке неврологического статуса и диагностики мозговых осложнений.

УДК 616-089.5-031.81:616.132.2-089.819.5

Е.М. МИЕРБЕКОВ, Т.Э. ТНЫМКУЛОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, А.А. ШИШКИН

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ И ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

Цель: провести сравнительную оценку центральной гемодинамики, кислородтранспортной функции крови и кардиопротективного эффекта при различных вариантах общей анестезии у больных с реваскуляризацией миокарда в условиях ИК.

Материал и методы. Обследованы 90 оперированных больных с ишемической болезнью сердца. Всем пациентам была выполнена операция аутовенозного аортокоронарного шунтирования (АКШ) и/или маммарокоронарного шунтирования (МКШ) в условиях ИК. Больные были распределены на 3 группы: 1 группа (контрольная) (n=30) - с тотальной внутривенной анестезией (ТВА); 2 группа (n=30) - с ингаляционной анестезией (ИА) изофлураном; 3 группа - с ИА севофлураном.

Методы исследования: определение гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, газового состава в артериальной и смешанной венозной крови; мониторинг центральной гемодинамики с определением сердечного выброса методом термодилуции; расчет показателей центральной гемодинамики и кислородтранспортной функции кровообращения по методу Фика; оценка показателей механики дыхания и вентиляции капномет-

рическим методом; определение маркеров повреждения миокарда: тропонина-Т, КФК-МВ, миоглобина.

Обработку данных гемодинамического мониторинга производили на следующих этапах: 1 этап - исходные данные (после интубации) до кожного разреза; 2 этап - после стернотомии; 3 этап - после системной гепаринизации; 4 этап - после нейтрализации гепарина протамин сульфатом; 5 этап - после стягивания грудины.

Результаты и выводы. ИА на основе изофлурана и севофлурана улучшает насосную функцию сердца по сравнению с ТВА на 14-15%, доставку кислорода на 18% до и после хирургической коррекции. По сравнению с ТВА, изофлуран и севофлуран в предперфузионном и постперфузионном периодах в 1,3 раза сильнее снижают ОПСС ($p < 0,05$), в результате чего снижается постнагрузка на левый желудочек и потребность миокарда в кислороде. Севофлуран в 1,8 раз сильнее снижает легочно-артериальное сопротивление по сравнению с изофлураном ($p < 0,05$), что уменьшает постнагрузку на правый желудочек и улучшает кислородный баланс миокарда.

ПРИМЕНЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

Цель: определить влияние ингаляционной анестезии севофлюраном на оксигенацию при реконструктивных операциях на сонных артериях.

Материал и методы. Обследовано 61 оперированных больных с поражением брахиоцефального сосудистого бассейна. Всем больным предварительно проведено ангиографическое исследование сосудов головного мозга (ГМ) с целью определения состояния анатомических билатеральных анастомозов. 17 пациентам проводили головного мозга у больных общую комбинированную анестезию с ингаляцией севофлюраном в условиях ИВЛ.

Интраоперационно проводили мониторинг оксигенации головного мозга (аппарат "INVOS-5100" фирмы "Somanetics", США), ЧСС, инвазивное АД, ЦВД, ретроградное давление в сонной артерии после пережатия, электроэнцефалография головного мозга (мониторно-компьютерная система, аппарат МХ-03, капнограф «ULTIMAC»), исследование кислотно-

основного состояния и газообмена в артериальной и венозной крови, определение газов крови, уровня лактата в оттекающей от головного мозга венозной крови с помощью катетеризации верхней луковичи внутренней яремной вены.

Результаты. Выявлено, что при общей анестезии с ингаляцией севофлюраном в дозировке 0,5-1,0 МАК снижение оксигенации головного мозга на ипсилатеральной стороне во время пережатия составляло не более 10 %, в то время как во время проведения других видов анестезий снижение составляло более 15%. При контроле ретроградного давления отмечалось повышение по сравнению с другими видами анестезий на 10-15 мм рт. ст. и в среднем составляло не менее 55% от системного.

В среднем ИВЛ составляло при анестезии севофлюраном 1,5-2,5 часа. Все случаи прошли без осложнений.

УДК 616.12-089.166-06:616.831]:616.12-008.1-78

Е.М. МИЕРБЕКОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, Е.Б. ЕСПЕНБЕТОВ, Б.Ж. ДОСТАРБАЕВ, С.Р. МУХАНОВА

ОКСИГЕНАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

Цель: изучить изменения насыщения кислородом гемоглобина крови сосудов головного мозга (rSO_2) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при операции ревааскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК) и оценить характер и степень послеоперационных нейропсихологических изменений у этих пациентов.

Материал и методы. Исследования оксигенации головного мозга были выполнены у 22 пациентов с ИБС, оперированных в условиях ИК. Средний возраст $47,8 \pm 4,9$ лет. Мужчин было 18, женщин - 4. Мониторинг оксигенации головного мозга в режиме реального времени осуществляли с помощью церебрального оксиметра "INVOS-5100 C" («Somanetics», США).

Этапы исследования: 1) исход (стабильная анестезия); 2) перед ИК; 3) начало ИК; 4) стабильное ИК; 5) начало согревания; 6) через 5 минут от начала согревания; 7) через 10 минут от начала согревания; 8)

снятие зажима с аорты; 9) параллельное ИК; 10) конец ИК; 11) конец операции. Нейропсихологические исследования выполнено 20 пациентам. Оценка нейропсихологических характеристик проводили с помощью автоматизированных психометрических тестов. Тестирование проводили за 2-3 дня до операции и через 10 дней после неё.

Результаты и выводы. Церебральная оксиметрия является информативным, неинвазивным и безопасным методом оценки оксигенации головного мозга при операциях на сердце в условиях ИК. Значительная системная гипотензия может привести к нарушению ауторегуляции мозгового кровообращения и снижению rSO_2 ниже критического уровня. Частота ухудшения показателей нейропсихологических функций после операции по показателям использованных тестов достигала 52,4 - 53,5%.

УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Изучено содержание сывороточных иммуноглобулинов классов G, M и A у 99 детей с острой почечной недостаточностью (ОПН) различной этиологии в периоде олигоанурии (таблица) в зависимости от ее исхода (1-я группа – выжившие дети, 2-я – умершие).

Таблица.

Уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови детей в зависимости от исхода ОПН

ПОКАЗАТЕЛЬ	ДОНОРЫ	ДЕТИ С ОПН	
		1-я группа Me (min-max), n=65	2-я группа Me (min-max), n=34
IgA, г/л	1,82±0,21	1,00 (0,12-3,80)*	0,80 (0,32-2,42)*, #
IgG, г/л	14,52±0,90	11,37 (5,30-29,20)*	7,50 (1,60-24,50)*, #
IgM, г/л	1,93±5,209	1,26 (0,45-3,60)*	1,20 (0,20-3,68)*
ЦИК, ОПх1000	72,20±8,10	58,00 (2,00-269,00)*	65,00 (8,00-181,00)*

Примечание: * - достоверное различие с показателями доноров; # - достоверное различие с показателями 1-й группы.

Как видно из таблицы, у детей с ОПН отмечено снижение сывороточного уровня всех исследованных иммуноглобулинов, что являлось отражением иммунного дистресса. Особо значимые отклонения от нормы выявлены в классе IgG и A, при этом у детей 2-й группы уровень IgG и IgA был в 1,9-2,3 раза ниже нормы.

Учитывая, что IgA являются главным классом иммуноглобулинов серозно-слизистых секретов (слюна, отделяемое слизистых оболочек дыхательных и мочеполовых путей), это может объяснить высокую подверженность детей с ОПН инфекционным осложнениям со стороны органов дыхания и мочевыводящих путей.

Из полученных данных следует, что нарушения иммунитета у детей с ОПН носят выраженный характер, затрагивая как гуморальный, так и клеточный компоненты иммунной системы.

Особенно тяжелые расстройства иммунологической защиты наблюдаются у детей с неблагоприятным развитием ОПН. Следовательно, на основе раннего выявления иммунных нарушений можно прогнозировать исход ОПН и определять тактику иммуномодулирующей терапии.

УДК 616.716.4-001.5-089

И.А. МИХАЙЛОВА, А.А. МАТЧИН

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Проанализированы 1449 историй болезни больных с травмами челюстно-лицевой области, находившихся на лечении в отделение челюстно-лицевой хирургии МБУЗ МГКБ скорой помощи №1 г. Оренбурга, являющейся клинической базой кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Оренбургской государственной медицинской академии за период с 2008 г. по 2010 г. По поводу изолированных переломов нижней челюсти пролечено 768 (53%), множественных и сочетанных повреждений челюстно-лицевой области - 322 (22,3%), переломов скуловой кости и дуги - 227 (15,7%), травм мягких тканей - 102 (7%), переломов верхней челюсти - 18 (1,2%) и огнестрельных ранений лица - 12 (0,8%) больных.

В первые сутки после повреждений поступило 41,1% пациентов, на вторые-третьи сутки 17,1%, на 4-5 день - 12,7%, на 6-7 сутки - 7,7% и 21,4% больных госпитализированы спустя 7 и более суток с момента получения травмы.

Консервативно пролечено 61,4% пациентов и 38,6% пациентов получили хирургическое лечение. Осложнения диагностированы у 576 (39,8%) больных. Чаще всего встречались воспалительные процессы в мягких тканях (29,8%), посттравматические остеомие-

лит (17,87%) и синусит (15,6%), повреждение нервов, бронхопульмональные осложнения, церебральные нарушения и др. (в том числе паралич языкодвижительного нерва у одного пациента) имели место у 16,3% человек. Кровоизлияния и гематомы имелись у 69 (12,0%) больных. Прочие осложнения (нагноение ран, замедленная консолидация отломков, несросшийся перелом, ложный сустав и контрактура нижней челюсти, деформация челюстей, заболевания ВНЧС, смещение глазного яблока, диплопия и т.д.) отмечены у 8,7% пациентов. Наибольшую сложность в лечении представляла группа больных с переломами нижней челюсти, осложненными флегмонами и абсцессами лица. При поступлении таким больным проводилось шинирование челюстей двучелюстными шинами, удалены зубы из линии перелома, вскрывались абсцессы и флегмоны, проводилась дезинтоксикационная антибактериальная терапия.

Развитию инфекционно-воспалительных осложнений способствует позднее обращение пострадавших в лечебное учреждение, диагностические ошибки и неправильная лечебная тактика на догоспитальном этапе.

АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ МҰНАЙ ОНДІРЕТІН ІРІ МЕКЕМЕЛЕРІНІҢ ҚОРШАҒАН ОРТАҒА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, МСЭҚК АО департаментінің Ақтөбе қаласы бойынша басқармасы, Ақтөбе

Қоршаған ортаның өндіріс көздерімен ластануы экологиялық мәселе туындатуына түрткі, себебі тұғындар денсаулығына зиянды әсері мен қоршаған ортаның дегратациясына әкеледі. Атмосфералық ауаны ластайтын тастандылардың 80% стационарлы тастанды көзіне болып табылады. Оның үште – екісі қара және түсті металлургия мекемелері мен мұнай өндіретін өндіріс орындарын бөлінетін тастанды заттардың мөлшері құрайды. Беткей және жер асты су бассейніне, атмосфералық ауаға және топырақтың бұзылуының ластанушы көзі ретінде ең алдымен мұнай өндіретін өндіріс орындары қалдықтары себепші.

Мұнай өндіретін өндіріс орындары алдыменен атмосфералық ауаға негізгі зиянды әсерін тигізеді және көп бөлігі газ тәрізді және сұйық болып келеді. Мұнай өндіру кезінде ластанушы зат болып көмірсутегі, көміртегі тотығы, қатты заттар құрайды. Ақтөбе облысы бойынша қатты ластанушы тастанды заттарды үш жылға салыстырмалы түрде қарағанда: 2009 ж. –

13,2; 2010 ж. - 16,1; 2011 ж. - 16,5 мың тонна болды. Сұйық және газ тәрізді ластанушы тастанды заттарды үш жылға салыстырмалы түрде: 2009 ж. - 205,1; 2010ж. - 109,2; 2011 ж. - 103,3 мың тонна.

Ақтөбе облысы бойынша стационарлы тастанды заттарды көзімен ластануды үш жылға салыстырмалы түрде: 2009 ж. –305,0; 2010 ж. - 163,0; 2011ж. - 153,0 мың тонна құрады.

Мұнай өндіретін өндіріс орны дұрыс есеппен пайдаланбаса уақытынан ерте жойылуына әкеледі, жерде мұнай қоры өкінішке орай шексіз емес, сондықтан қазіргі күннің өзінде бұл мәселе абстракция емес нақты ақиқат болып отыр. Атмосфералық ауаның ластануы, яғни құрамы мен қасиетінің өзгерісі бұл: адам мен жануардың денсаулығына, экологиялық жағдай мен өсімдіктерге қарсы әсерін тигізеді және қазіргі заманда атмосфералық ауаны ластайтын өзекті мәселелердің болып отыр.

УДК 616.233-002:615.281-053.2

Р.Н. МУКАШЕВА

НЕКОТОРЫЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Рациональная антибактериальная терапия невозможна без микробиологического обследования больного. Однако на практике, как правило, нет возможности в каждом случае бронхо-легочной патологии проводить микробиологическое исследование до начала применения антибактериальных средств. Неизбежность эмпиризма в лечении больных с бронхо-легочной патологией требует рационализации быстрого выбора стартовой антимикробной терапии.

Широко используемый в лабораториях диско-диффузионный метод не позволяет прямо переносить результаты антибиотикочувствительности бактерий *in vitro* в условия *in vivo*. Сегодня в 30-40% случаев антибиотикочувствительность бактерий *in vitro* и *in vivo* не совпадают, т.е. рекомендуемые микробиологом антибиотики оказываются не эффективными. В связи с этим рекомендуется определение минимальной ингибирующей (подавляющей) концентрации

антибиотика (МИК или МПК) для предполагаемого возбудителя. В наших исследованиях результаты диско-диффузионного метода и определения МИК существенно различались. Определение МИК особенно предпочтительно при изучении антимикробной активности фитопрепаратов. По нашим данным эффект антибиотикотерапии бронхо-легочных заболеваний существенно усиливается при сочетании ее с использованием экстракта корней девясила.

Таким образом, стартовая антибактериальная терапия респираторных заболеваний должна основываться хотя бы на результатах бактериоскопического исследования и экспресс-метода определения антибиотикочувствительности микробов. Совершенствование микробиологических исследований респираторных инфекций позволит наряду с повышением эффективности лечения снизить экономические затраты на приобретение дорогостоящих антибиотиков.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

По статистике в экстренной хирургии чаще возникает первичный спонтанный пневмоторакс. Причиной образования булл чаще всего связывают с проникновением воздуха из разорванных альвеол под фиброзный слой висцеральной плевры, где он скапливается в виде кист - буллезная эмфизема легких.

Видеоторакоскопические операции произведены - 4 пациентам, пункция и дренирование плевральной полости - 5 пациентам, из них, 3 пациентам произведена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия.

В 3 случаях спонтанный пневмоторакс был слева, в 2 случаях - справа. У 1 пациента спонтанный пневмоторакс был рецидивный.

Всем пациентам проводилось дренирование плевральных полостей во II межреберье, с активной аспирацией воздуха. В ходе наблюдения у 3 пациентов отмечалось каритна сохраняющегося пневмоторакса. Таким пациентам выполняли лечебно-диагностическую торакоскопию. Методика проведения видеоторакоскопических операций при спонтанном пневмотораксе стандартная. При видеоторакоскопиче-

ских вмешательствах в подавляющем большинстве случаев буллы располагались на верхушке легкого, в области I-II сегментов. В таких случаях торакопорты предпочтительнее устанавливать в - IV-V межреберьях по подмышечным линиям. Эндоскопические находки при спонтанном пневмотораксе определяют дальнейшую лечебную тактику.

Буллы могут быть спаяны одним из своих полюсов с грудной стенкой. Спайки торакоскопическим способом расщепались.

У всех пациентов при видеоторакопии обнаружены мелкие буллы диаметром до 1,0 см. им соответственно произведена электрокоагуляция булл биполярным коагулятором. Операция заканчивалась дренированием плевральной полости.

Минимальный травматизм видеоэндоскопического хирургического вмешательства позволяет быстро и эффективно выполнять манипуляции, повышает диагностическую информативность, снижает риск послеоперационных осложнений, значительно сокращает нахождение больного на стационарном лечении.

УДК 616.98:616.24-002

П.А. МУЛДАШЕВА

РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ

СВА «Интертич», Актау

Актуальность. По данным европейских исследований, пневмония занимают третье место (10%) среди инфекций нижних дыхательных путей после острого бронхита (72%) и обострения хронического бронхита, ХОБЛ (15%). Однако в рутинной поликлинической практике назначение антибактериальных препаратов, особенно на первоначальных этапах, осуществляется эмпирически.

Цель исследования. Изучить этиологию пневмоний в разных группах пациентов на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Было обследовано 44 пациента с предшествующей острой респираторной инфекцией и подтвержденным диагнозом пневмонии, из них мужчин 42%, женщин - 58%, причем возраст большинства больных составлял старше 50 лет.

Для решения вопроса исследуемые больные были разделены на две группы: в первую группу (n=18) вошли пациенты с благоприятным течением (умеренным началом и течением заболевания). Вторую группу (n=26) составили пациенты с тяжелым течением ОРВИ и длительными выраженными симптомами интоксикации. В первой группе у 83% пациентов при наличии физикальных и инструментальных данных диагноз

пневмонии на 8-10 сутки, в 7% случаев - в более поздние сроки респираторной инфекции. У больных второй группы в 73% диагноз пневмонии подтвержден на 5-6 сутки, в остальных случаях - на 9 сутки и более поздние сроки. Проведен анализ результатов микробиологического исследования (отделяемое из дыхательных путей и кровь).

Результаты исследования. В полученных результатах у пациентов первой группы отмечается преобладание стафилококковой флоры (эпидермальный и золотистый стафилококк) в 70,8% случаев, грибы рода Кандида, синегнойная палочка - 1,2%, в 28% - этиологию установить не удалось. Во второй группе пациентов обнаружены штаммы клебсиеллы в 69% случаев, в 31% - этиологию установить не удалось. Выделенная флора имела выраженную чувствительность к цефалоспорином III и IV поколения, фторхинолонам.

Выводы. Таким образом, у пациентов с предшествующим тяжелым течением ОРВИ и длительными выраженными симптомами интоксикации наиболее частым возбудителем является клебсиелла, что требует дифференцированного подхода к терапии пневмонии.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

СВА «Интертич», АГП №1, Областная клиническая больница, г. Актау

Целью нашей работы явилась клинико-лабораторная оценка препарата Активферрин у пациентов с железодефицитной анемией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 пациента (12 мужчин и 30 женщин), средний возраст $54,2 \pm 12,8$ лет с анемией различной степени тяжести. Критериями включения в группу наблюдения служили: снижение гемоглобина ($Hb < 110$ г/л), наличие гипохромии (цветной показатель $< 0,85$) и микроцитоза, снижение сывороточного железа менее 10 мкмоль/л у женщин и менее $12,5$ мкмоль/л у мужчин. Критериями исключения являлось наличие сопутствующей онкологической патологии, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, лейкопения, тромбоцитопения, сопутствующая лекарственная терапия, влияющая на всасывание железа, наличие гемотрансфузий в анамнезе. Клинические признаки дефицита железа проявлялись бледностью кожи и слизистых оболочек у 70% в больных, нарушение структуры волос и ногтей – 37%, сухость кожи – 25%, стоматит – 12%, атрофия сосочков языка – у 10%, головокружение – 35%, общая слабость – 54%, одышка и тахикардия при физической нагрузке –

29%. Обследуемые были разделены на 2 группы: пациенты с ЖДА I ст ($n=21$) и ЖДА II ст ($n=21$). Пациентам назначали препарат активферрин в дозе 3 капсулы сутки в 2 приема до еды. Оценку терапевтической эффективности проводили по комплексу клинических и лабораторных критериев (данные клинического обследования, показатели развернутого общего анализа крови, уровень сывороточного железа крови до и после лечения).

Результаты: На фоне терапии отмечалось достоверное ($p < 0,001$) увеличение уровня гемоглобина и эритроцитов. Восстановление нормального гемоглобина произошло в первой группе на 3-й неделе заболевания, сывороточное железо повысилось до $16,0$ мкмоль/л. Во второй группе гемоглобин нормализовался к концу четвертой недели терапии, количество сывороточного железа также имело четкую тенденцию к повышению.

Выводы: пероральный препарат Активферрин является эффективным, безопасным, и доступным в отношении материальных затрат препаратом.

УДК 616-036.22-36-002(574.13)

А.Ж. МЫРЗАФАЛИЕВА, К.Ж. ОМАРОВА, М.Г. БАЯНТАЕВА, И.А. АЯФАНОВА, Ф.С. ОРЫНБАЕВА

АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ ВИРУСТЫҚ «А» ГЕПАТИТ АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе
ҚР ДСМ АО МСЭҚКД Ақтөбе облысы бойынша департаменті,
ҚР ДСМ МСЭҚК «АОСЭСО» РМҚК

2012 жылдың 8 айы ішінде облыста 40 жағдайда жедел вирустық гепатит аурулары тіркелді, 100 мың адамға шаққанда ауру көрсеткіші 5,12 құрады (республикалық көрсеткіш-6,87), аурушандық өткен жылдың осы кезеңімен салыстырғанда 8 жағдайға өскені байқалады.

Гепатит ауруларының ішінде вирустық гепатит А ауруының үлес салмағы өсіп 65,6% болды, вирустық гепатит В ауруы 27,5,0%, вирустық гепатит С ауруының үлес салмағы 7,5 % құрайды. Соңғы 2 жыл ішінде ВГА ауруының төмендеуі байқалса үстіміздегі жылы аурудың деңгейі көтеріле бастады. Осы жылдың 8 айында 26 адам ВГА ауырған, 100 мың адамға шаққанда ауру көрсеткіші 3,33, оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар саны 6, көрсеткіші 3,0. 2011 жылдың осы кезеңімен салыстырғанда ВГА ауруымен ауырған адамдар саны облыс 3 жағдайға өскен. Республикалық көрсеткіш- 5,7. Жас шамасымен талдағанда ВГА ауруының 23,0% 14 жасқа дейінгі балалар аралығында тіркелген. Ауырған 13 жастағы балалар саны – 2, ауру көрсеткіші 16,1 және 14 жастағы балалар саны – 4,

ауру көрсеткіші 30,9 құрады. Әлеуметтік-кәсіптік құрамымен талдағанда жиі ауыратындырдың қатарында мектеп оқушылары, 2012 жылдың 8 айында 11 оқушы ауырып, ауру көрсеткіші 9,6, үлес салмағы 42,3% құрады.

2010-2011 оқу жылында мектеп балалары арасында 18 ВГА ауруы тіркеліп, көрсеткіші 15,2 құраған болатын. 2011-2012 оқу жылында 15 ауру тіркелді. ВГА ауруының балалар арасындағы маңызды профилактикалық шараларының бірі вакцинамен егу. Біздің облысымызда 2004 жылдан бергі мерзім ішінде жергілікті бюджеттен бөлінген қаржыға сатып алынған вакцинамен ВГА ауруына қарсы алдын ала егу жұмыстары жүргізіліп келе жатыр. 2012 жылға жергілікті бюджеттен 75 676 392 теңге қаражат бөлінді, 33440 доза ВГА вакцинасы сатып алынады. ВГА қарсы вакцинациямен негізінен 2010 жылы туылған 2 жастағы балалар егіледі. Осы ауруға қарсы профилактикалық егілудің нәтижесінде ауру көрсеткіші соңғы 10 жыл ішінде 20,5 есеге төмендеген.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОТАВИРУСНЫМ ЭНТЕРИТОМ ЗА 8 МЕСЯЦЕВ 2012 ГОДА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, ДКГСЭН МЗ РК по Актобинской области, РГКП «АОЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК

Заболеваемость ротавирусным энтеритом за 8 месяцев 2009 года по сравнению с таким же периодом 2008 года снизилась на 2,8 раза. Зарегистрировано 80 случаев ротавирусного энтерита, показатель заболеваемости – 10,23, за 2011 год зарегистрировано 223 случая, показатель заболеваемости – 28,69. Отмечается превышение республиканского показателя в 1,2 раза. По результатам проведенного в области ретроспективного анализа динамика заболеваемости ротавирусным энтеритом имеет тенденцию к росту. С каждым годом улучшается подтверждение вирусологических исследований ротавирусного энтерита. Высокий уровень заболеваемости остается в г. Актобе (ПЗ – 16,98), который превышает областной, республиканский показатель заболеваемости в 1,6 и 2 раза соответственно. Заболеваемость в 100 % случаях зарегистрировано среди детей до 14 лет (80 случаев). Из общего числа заболевших детей до 1 года – 19 (23,7%), от 1 -2 лет – 55 (68,7%), 3 -6 лет – 5 (6,2%), 7 -14 лет – 1 (6,2%) .За анализируемый период заболе-

ваемость ротавирусной инфекцией в 89,4% регистрируется среди детей в возрасте до двух лет. В силу возрастных особенностей и характера питания наиболее подвержены этой инфекции дети данного возраста. Чаще поражаются дети, находящиеся на искусственном вскармливании, страдающие острыми заболеваниями с различными видами иммунодефицита. Из 19 заболевших детей до 1 года на грудном вскармливании – 9 (47,3%), смешанном – 6 (31,5%), искусственном – 4 (21,0%). Среди социально-профессиональных групп населения наиболее поражаемой группой остаются неорганизованные дети –97,5%, организованные дети составляют - 2,5%.

За 8 месяцев 2012 года по области в целях поисков источников инфекции, пути и факторов передачи проводились вирусологические исследования питьевой воды и материал от здоровых людей:

- водопроводной воды – 56, положительных не было;
- контактных – 20, положительных не было.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

Ж.К. МУСАБЕКОВА

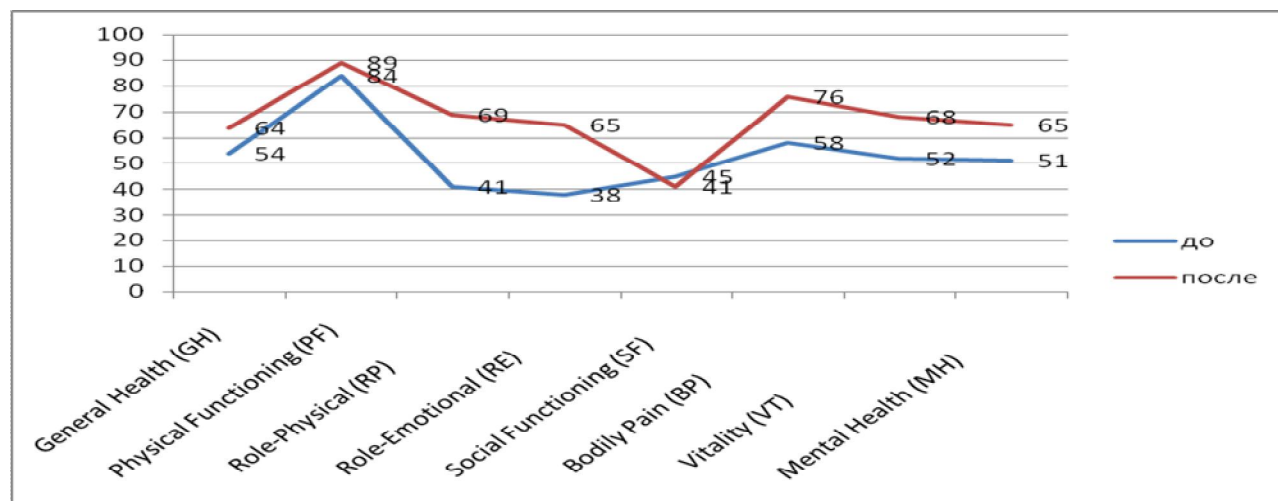
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КЛИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

Исследование качества жизни было проведено в рамках исследования эффективности экспресс-психотерапии у клиентов с химической зависимостью, проходящих курс реабилитации на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании. Для оценки качества жизни двукратно использовался опросник SF-36 "SF-36 Health Status Survey".

Рис. Данные опросника качество жизни SF-36

При анализе данных обнаруживается, что при поступлении в стационар общий уровень качества жизни по самоотчетам пациентов являлся 54 балла, тогда как в конце лечения этот показатель равен 64, что на 10 пунктов выше. В целом значимые изменения произошли во всех сферах от 5 до 28 пунктов, кроме социального функционирования (снижение на 4 балла), что объяснимо нахождением в условиях изоляции терапевтического сообщества в течение 2-х месяцев, согласно условиям контракта.



ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СМЕРТИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (КРОМЕ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА) К ОЖИДАЕМОМУ ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2011 ГОД

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

Смертность является одним из главных индикаторов состояния здоровья населения. Одними из причин смертности выделяются психические болезни, наркомания, алкоголизм, а также болезни, вызываемые недоеданием. Для проведения сравнительного анализа показателей общей смертности среди всего населения в сравнении со смертностью среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), состоявших на наркологическом учете, были использованы данные таблицы 2100 годовой отчетной формы № 11 «Отчет о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ», утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 г. № 616.

При анализе данных обнаруживается, что потребительницы наркотиков в 16,5 раз (95% 11,2-23,4) ча-

ще погибают, чем их ровесницы из общей популяции населения в возрасте 18-34 года. В этой же возрастной группе для мужчин SMR равен 3,1 (95% 2,7-3,6). В итоговых значениях для мужчин, потребителей ПАВ этот коэффициент составляет 2,3 (2,1-2,5 95%), для женщин 6,8 при 95% (5,3-8,7), что в 2,9 раза выше, чем у мужчин. В целом для мужчин SMR определяется в диапазоне числовых выражений от 0,3 (15-17 лет) до 3,1 (18-34 года), тогда как для женщин выраженный пик в 16,5 (18-34 года) и плавно повышающаяся кривая в возрастных группах 35-60 лет (SMR 4,8 при 95% 3,3-6,7) и свыше 60 лет (SMR 5,9 при 95% 0,7-21,3), что в очередной раз демонстрирует колоссальную уязвимость женского организма при потреблении наркотиков. Итоговый показатель относительного риска смертности SMR для обоих полов равняется 2,4 (при 95% 2,3-2,6).

УДК 616. 995. 1- 053.2 (574.13)

Н.А. НАГАШИБАЕВА, Г.А. КУБАЕВ, Ж.Т. КНЯЗЕВ, Р.Б. КЫЗЫЛБАЕВА

РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ДКГСЭН МЗ РК по Актюбинской области

Гельминтозы широко распространены во всем мире, они считаются самой распространенной патологией человека, которая оказывает значительное влияние на социально-экономическое состояние и уровень жизни общества. Особенно актуальна эта проблема в детском возрасте, так как среди инвазированных большая часть (80%) приходится на пациентов этого возраста.

В области в 2011 году зарегистрировано 535 случаев заболевания, показатель составил 68,6 на 100 тыс. населения, что соответствует уровню заболеваемости 2010 года. В общей сумме гельминтозов контактные составили 90,3% (540 сл.).

Основную долю инвазированных составляют дети до 14 лет – 84,8 % (2010 году – 82,8 %). Пораженность энтеробиозом детского населения составила: неорганизованные дети – 49,4%, учащиеся общеобразова-

тельных школ – 32,0 %, дети дошкольных организаций – 18,5% .

Всего зарегистрировано 484 очагов энтеробиоза, все они обследованы с применением лабораторных методов. В очагах обследовано 6521 контактных, среди них с энтеробиозом выявлено 36 человек. С целью выявления путей и факторов передачи энтеробиоза в очагах исследовано смывов - 6920 и в 9 пробах обнаружены яйца остриц.

Наш многолетний опыт дает право утверждать, что эффект в борьбе с энтеробиозом может быть достигнут не многочисленными лабораторными исследованиями и медикаментозным лечением инвазированных, а строгими противоэпидемическими мероприятиями. Поэтому к этой проблеме должны быть подключены и родители, и персонал детских учреждений.

УДК 617.723:615.03-08

Г.А. НАЗАРБАЕВА

КОКАРНИТ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Глаукома является прогрессирующим, нейродегенеративным заболеванием. Ведущим механизмом

считается повышенное внутриглазное давления (ВГД), приводящее к нарушению их трофики. Глаукома зани-

мают лидирующие позиции в структуре инвалидности по зрению и причин неизлечимой слепоты в мире. Поражает до 90 млн человек по всему миру, из них 10% становятся слепыми на оба глаза. Учитывая прогрессивную потерю зрения у многих пациентов даже при нормализации ВГД, роль нейропротекторного лечения очевидна. Комбинированный препарат Кокарнит («World Medicine», Великобритания), представляет собой комплекс известных метаболитических веществ и витаминов, антиишемического, нейропротекторного, анти атеросклеротического и регенераторного действия. Ампула препарата содержит никотинамид 20 мг, кокарбоксилазу 50 мг, цианокобаламин 0,5 мг, динария аденозинтрифосфат тригидрат 10 мг.

Цель исследования: Оценить нейропротекторную эффективность, динамику зрительных функций, состояние нервных волокон сетчатки после курса лечения Кокарнитом в комплексной терапии больных с начальной и развитой стадией открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 70 человек (90 глаз) с IA и IIA открытоугольной глаукомой. Средний возраст больных 66,6±0,54 лет, 41 женщин и 29 мужчин. Всем больным были назначены внутримышечные инъекции I ампулы Кокарнита ежедневно в течение 9 дней. Дизайн исследования включал визометрию, тонометрию по Маклакову, определения КЧСМ, статическую периметрию, сканирующую лазерную поляриметрию, определение электрочувствительности и электролабильности сетчатки и зрительного нерва, уровень холестерина, триглицеридов, индекс атерогенности крови.

Результаты: После курса лечения Кокарнитом в

71,1% (63 глаза) острота зрения (ОЗ) не менялась, в 18,9% (17 глаз) - наблюдалось повышение ОЗ на 0,1, а в 10% (9 глаз) - снижение на ОД. Среднее ВГД держалось практически на одном же уровне. Значения КЧСМ не претерпели существенных изменений и составили 33±0,57 и 33,6±0,55. По данным периметрии, среднее отклонение общей светочувствительности уменьшилось на 0,2 дБ (с -5,12±0,45 дБ до -4,92±0,41 дБ), а показатель неравномерности распределения порогов светочувствительности на 0,22 (с 6,09±0,38 до 5,87±0,36), разница статистически недостоверная ($p>0,05$). Значительно высокий (180,22±18,36 мкА) средний порог электро чувствительности сетчатки снизился на 2,42 мкА до умеренно повышенных значений (177,8±6,1 мкА), но статистически недостоверной. А умеренно сниженная электролабильность сетчатки (32±0,6 Гц) осталась на том же уровне. Изменений результатов лазерной поляриметрии не наблюдалось, за исключением статистически значимого ($p>0,05$) уменьшения среднего показателя состояния нервного волокна на 5,41 (с 28,3±2,1 до 22,89±1,7). Анализ крови показал снижение уровня холестерина на 0,33 ммоль/л, триглицеридов на 0,28 ммоль/л. Индекс атерогенности остался стабильным.

Выводы: Кокарнит обладает нейропротекторной активностью у больных IA и IIA открытоугольной глаукомы и в 18,9% случаев отмечается повышение остроты зрения, а состояние нервных волокон сетчатки и зрительного нерва остается стабильным у всех больных. Для достижения значимого клинического эффекта необходимы более длительные, периодически повторяющиеся курсы лечения.

УДК 617.7-007.681:615.03

Г.А.НАЗАРБАЕВА

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АЗАРГА В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Согласно данным «The Ocular Hypertension Treatment Study», большинство пациентов через 5 лет лечения получают 2 и более препараты, что снижает приверженность к лечению. Возможность применения комбинированных препаратов, позволяет преодолеть ряд трудностей, они обладают более выраженным гипотензивным эффектом, более удобны в применении, отсутствует эффект вымывания, а также снижено количество побочных эффектов за счет уменьшения числа инстилляций. Этот фактор также способствует повышению комплаентности пациентов. Препарат Азарга в форме глазной суспензии (фирма Alcon) представляет комбинацию 0,5% тимолола и 1% бринзоламида. Бринзоламид является высокоспецифичным неконкурентным и обратимым ингибитором карбоангидразы, способствует подавлению продукции внутриглазной жидкости, уменьшая таким образом внутриглазное давление (ВГД). Тимолол является не-селективным антагонистом β -адренергических рецепторов, оказывает антиоксидантный эффект на эндотелиальные клетки *in vitro*. Он не обладает внутренней симпатомиметической активностью, не оказывает прямого угнетающего воздействия на сердечную мышцу, не имеет местного анестезирующего эффекта и, кроме того, оказывает незначительное влияние на давление в эписклеральных венах и отток водянистой влаги из глаза

Цель работы: Сравнение эффективности комбинированного препарата Азарги с его компонентами в монотерапии: 0,5% тимололом и 1% бринзоламидом у больных с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией.

Материал и методы исследования: Пациенты с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией находящиеся в глазном отделении МЦ ЗКГМУ путем рандомизации были разделены на 3 группы и назначалось лечение Азаргой (n=24), бринзоламидом 1% (n=24) или тимололом 0,5% (n=23) в виде двукратных ежедневных закапываний; затем пациенты в течение 6 мес. наблюдались амбулаторных условиях.

Результаты. У больных уровень ВГД до лечения составил 24–36 мм рт.ст. Среди пациентов, которым проводилась суточная тонометрия, у 56% в группе с Азаргой удалось добиться ВГД порядка 17 мм рт.ст. или менее на 6–м мес. по сравнению с 30% пациентов в группе бринзоламида и 26% в группе тимолола. Азарга вызвала статистически достоверное и клинически существенное снижение ВГД от базового уровня на 7,9–8,6 мм рт.ст., что статистически и клинически превосходил эффект бринзоламида на 1% (5,1–5,5 мм рт.ст.) и тимолола 0,5% (5,7–7,2 мм рт.ст.). Потенциальными преимуществами фиксированных комбинаций являются меньшее число закапываний в день, меньше флаконов с лекарствами (потенциально

меньше затрат на них), уменьшение воздействия консервантов на глаз, исключение эффекта вымывания. Пациенты, испытывающие дискомфорт при использовании своих гипотензивных препаратов, могут быть склонны к нарушениям режима закапывания. Кроме того, отмечается хорошая переносимость препарата. Секрет хорошей переносимости Азарги кроется в уровне ее pH. Согласно данным Carney и Hill, физиологический уровень pH равен 7,45, а уровень pH глаза составляет от 6,6 до 7,80. Для достижения максимального комфорта раствор глазных капель должен иметь

тот же уровень pH, что и слезная жидкость, либо уровень pH раствора должен укладываться в диапазон комфортных для глаза уровней pH.

Вывод: Таким образом, исследования показали, что по гипотензивной эффективности Азарга статистически достоверно превосходит и бринзоламид 1% и тимолол 0,5% в монотерапии. Азарга снижает ВГД в среднем на 9,1 мм рт.ст. (на 35% от исходного уровня), таким образом, обеспечивает клинически значимое снижение ВГД.

УДК 617.741-004.1-08

Г.А.НАЗАРБАЕВА

КАТАРАКТЫНЫ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯЛАУ НӘТИЖЕСІНІҢ АНАЛИЗІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің Медицина Орталығы, Ақтөбе

Көз бұршағы ауруы көрудің нашарлауының негізгі себебі болады. Катаракта – дегеніміз көз бұршағының мөлдірлігінің бұзылысымен, соқырлыққа алып келетін жағдай. Катарактының тууына алып келетін негізгі жағдай тұқым қуалаушылық факторы, қант диабеті, жарақаттану мен қабыну процесі. Катаракт негізінен хирургиялық әдіспен емделеді, мөлділігінен арылған көз бұршағын алып тастап, интраокулярлы линзаны (жасанды көз бұршағын) имплантациялау. Осы операция традициалы түрде (үлкен кесу) арқылы жүргізгенде бірнеше келіспеушілік туғызады. Шилкин А.Г.бойынша, негізгі операциядан кейінгі периодте, көз тканін кесу барысында механикалық деформацияға байланысты қабыну реакциясының болуы; сонымен қатар операциялық жараның ұзақ бітуі, операциядан кейінгі астигматизмның айқын көрінуі; шов герметизациясының жеткіліксіздігіне байланысты асқынулар. Офтальмологиялық практикада жие ылайыланған көз бұршағын экстракапсулярлы түрде көздің ағы арқылы ұзын шовпен (11-12 мм), сонымен қатар біздің клиникада тоннельді склералды тілім 8-9мм арқылы алып тасталады. Қазіргі заманға сай фактоэмульсификация (ФЭК) арқылы катарактіні алып тастау - максималды атраматизммен, көру функциясының толық қалпына келуіне көмектеседі.

Жұмыс мақсаты: МО офтальмология бөліміндегі катарактіні фактоэмульсификациялап, интраокулярлы линзаны имплантациялау кезінде туған асқынуды сараптау.

Әдісі. Катарактіні фактоэмульсификациялап, интраокулярлы линзаны имплантациялау кезінде туған асқынуды сараптау үшін М. Оспанов атындағы БҚММУ МО офтальмология бөліміндегі 146 ауру зерттелді. Операция «INFINITI» хирургиялық системасының «Карл Цейс» операциялық микроскопын қолдану арқылы жүргізілді. Операция өздігімен герметизацияланатын тоннельді роговицалық қалыңдығы 2,2мм кесу арқылы істелді де шов жасау қажеттілігі тумады. Фактоэмульсификацияның бірінші сатысында (факораскол) фрагменттерді жою мақсатында торсионды ультрадыбыс қолданылды, ол атрамалы әр тығыздықтағы фрагменттерді жылдам алып тастауға көмектесті. Имплантация үшін инъекторлік тәсіл қолданылды. Операциядан кейінгі кезеңде конъюнктивалды қапшыққа қабынуға қарсы және антимикробты препараттарды инстилляция арқылы тәулігіне 4-6 рет қолдандық.

Зерттеу нәтижесі: Барлық пациенттер де операциядан кейінгі бірінші күні де көре бастады. Традициялы әдіске қарағанда роговица ісігі аздау болды. Бірақ та, 12 науқаста (8,2%) операциядан кейін асқыну болды. Катарактыны фактоэмульсификациялаудың интраоперационды және операциядан кейінгі асқынулары кездесті. Интраоперационды асқынулар фактоэмульсификацияның барлық сатысында кездесті: қысқа тілімде тоннель көз бұршағының операция орнына түсуі; капсулорексис – артқы капсуланың жарылуы; гидродиссекция - артқы капсуланың жарылуы және циндік қоспаның жарылуы сонымен қатар көз бұршағының артқы камераға люккациясы; фактоэмульсификация – жоғарғы вакуум, артқы капсуланың жарылуы, эндотелиді ядраның ұсақ бөлшектерімен сабаллау, радужды қабаттың жарақаттануы, әйнекті денеге ядраның реклинациясы. Осы асқынулар кездескен жағдайда да біз операцияның жалғастыра бердік, бір жағдайда – жалпы қабылданған әдіс бойынша қатты интраокулярлы линзамен, басқасында катаракты экстракциясы алдыңғы витректомиамен, бірақ та көру коррекциясынсыз істелді.

Осы асқыну себептеріне тәжірибенің аздығын, вакуум мен ультрадыбыстың оптималды емес параметрін қолдану, ісінген катарактыны жатқызуға болады. Операциядан кейінгі кезеңде 3 ауруда увеалдық процесс дамыды; 4-де фибрин талшықтарының түсуімен көрінді; көз қысымының өсуі 3 ауруда кездесті; эндотелиалды клеткалардың азаюы – барлық жағдайда; мүйізгек қабықтың ісінуі – 3-де, оның дамуының себебі ультрадыбыстың жоғары мөлшері және ұзаққа созылған фактоэмульсификация деуге болады. Операциядан кейінгі асқынулар медикаментозды түрде емделді (10 ауруда). Сонымен, операцияның ефективтілігі 80% жақындыды, соған қарамастан барлық хирургиялық операцияларға тән, операциядан кейінгі асқыну қауыпі сақталады.

Түйін: Фактоэмульсификация және интраокулярлы линзаны (жасанды көз бұршағын) имплантациялау анализінде, операциядан кейінгі асқыну реакциясы традиционды катарактыны алып тастау методикасына қарағанда аз болғанын, көру функциясының 0,8-1,0 жеткенін көрсетті. Операциядан кейінгі кезеңде мүйізгек қабық қатты ісінбеді. Пациенттер көрудің жақсарғанын операциядан кейінгі бірінші күні ақ байқады.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Поскольку наиболее часто послеоперационные эндофтальмиты вызываются микрофлорой век и конъюнктивы одним из направлений профилактики инфекции в офтальмохирургии является сокращение количества бактериальной флоры на поверхности глазного яблока. Для минимизации риска развития инфекционных осложнений, помимо соблюдения правил асептики и антисептики, необходимо назначение антибиотиков до, во время и после операции.

При отсутствии профилактической санации конъюнктивального мешка с использованием антибактериальных препаратов до операции потенциальные возбудители инфекции высеваются из конъюнктивальной полости в 41,8%. В подавляющем большинстве случаев это грамположительные микроорганизмы: *S.epidermidis* (75,0%), *S.aureus* (14,1%), *Streptococcus* spp. (6,2%), *Micrococcus* spp. (1,6%) и *Enterococcus* spp. (3,1%).

Критериями выбора офтальмологических антибиотиков местного применения, используемых для периоперативной профилактики инфекции, являются следующие их характеристики: бактерицидное действие, высокая проникающая способность, широкий спектр действия, низкая токсичность, хорошая переносимость, а также удобство использования и дозировки.

Активность современных фторхинолонов в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных бактерий и высокая проникающая способность антибиотиков этого класса во влагу передней камеры являются основными аргументами для активного их использования с целью профилактики послеоперационных осложнений в офтальмохирургии. Для достиже-

ния терапевтических уровней концентрации фторхинолонов во влаге передней камеры требуется определенное время, чтобы антибиотик проник через конъюнктиву и роговицу. В многоцентровом исследовании, проведенном в Японии, были получены данные, что назначение левофлоксацина за три дня до операции по одной капле 3 раза в день давало достоверно высший уровень эрадикации микроорганизмов, чем его применение в течение 1 дня или за 1 час перед операцией ($p < 0.05$).

Европейское общество катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS) в рамках многоцентрового исследования, проведенного с сентября 2003 по январь 2006 года с участием около 16 тысяч пациентов, рекомендовало применять левофлоксацин для периоперативной профилактики инфекций по следующей схеме: по 1 капле 2 раза за 1 час и 30 минут до операции, затем 1 капля сразу после окончания операции (на операционном столе), далее – по 1 капле через 5 и 10 минут после операции, и затем по 1 капле 4 раза в день в течение 7-14 дней.

Таким образом, применение глазных капель 0,5% левофлоксацина – офтальмологического антибиотика с широким спектром действия, высокой растворимостью и проникающей способностью, низкой резистентностью и хорошей переносимостью, обеспечивающего достаточный уровень микробиологической эрадикации возбудителей в комплексе с асептическими и антисептическими мероприятиями является одним из эффективных путей периоперативной профилактики инфекции в офтальмохирургии.

УДК 617.7

Г.А. НАЗАРБАЕВА, Л.Д. МАРДАНОВА, Г.Т. САРБАЕВА

НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Глаукома является одной из основных причин слепоты и инвалидности по зрению, несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении этого заболевания. Около 105 миллионов человек на планете болеют глаукомой, и до 2030 года, по прогнозу, это количество может удвоиться. Около 9,1 миллиона человек в мире ослепли от глаукомы [Курышева Н.И., 2004]. В России, по официальным данным, насчитывается около 800 000 больных глаукомой [Егоров Е.А., 2000], а в Санкт-Петербурге свыше 52 000.

Профилактика слепоты от глаукомы, по многочисленным данным литературы, заключается в ее ранней диагностике, своевременном начале лечения и динамическом наблюдении.

Основной метод лечения глаукомной оптической нейропатии – гипотензивная терапия. Адекватное снижение ВГД обеспечивает и нейропротекторный эффект. Однако нормализация давления зачастую оказывается малоэффективной без соответствующей

нейропротекции [Астахов Ю.С., 2006]. По мнению Марченко Л.Н. (2003 г.), нейропротекция опосредуется в основном антиоксидантным, антиэксайтотоксическим, блокирующим ионы кальция и нейротрофическим влиянием. Повреждение зрительного нерва при оптикопатиях связано с воздействием возбужденных ишемией клеток глии на жизнеспособные нейрональные структуры, то есть в первую очередь страдают аксоны и глиальные клетки, а затем уже и ганглиозные клетки. При комплексном лечении глаукомы примененного нейропротекторы непрямого (или опосредованного) действия, повышающие перфузионное давление главным образом за счет снижения ВГД, прямого (или непосредственного) действия на нервные клетки и препараты комбинированного действия. Такие лекарства широко известны. Это блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, флунаризин, бетаксолол); антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин); антиоксиданты (каталаза, супероксиддисмутаза, витамины С и Е,

экстракты Ginkgo biloba); нейротрофины, способствующие увеличению уровня нейроэндогенного фактора, вырабатываемого головным мозгом – BDNF (бримонидин, цилиарный нейротрофин и др.) и цитомедины (ретиналамин и др.).

Витамин С, вероятно, исследовался больше других экстрактивных веществ, используемых для лечения глаукомы, основным проявлением которой является увеличение внутриглазного давления за пределы толерантного. Исследователи, кажется, не сошлись во

мнении, существует ли у больных глаукомой недостаток аскорбиновой кислоты. Предполагается, что витамин С защищает глаз от повреждений, вызванных воздействием света, при помощи антиоксидантных механизмов и увеличивает отток жидкости через трабекулярную сеть, что способствует нормализации внутриглазного давления.

Комплексная гипотензивная терапия и нейропротекторное лечение является важным фактором сохранения зрительных функций при глаукоме.

УДК 618.4-089.5:615.03

А.К. НАЗАРБАЕВ, А.Е. ДАУТОВА, А.К. ТУМАНОВА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОПИВАКАИНА ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РОДОВ

Областной перинатальный центр, Актобе

Существует много клиничко-лабораторных доказательств преимущества регионарной анальгезии родов.

Выбор метода обезболивания определяется состоянием роженицы, ее акушерским статусом, а также доступностью ресурсов в стационаре. В случае наличия необходимых кадровых ресурсов и оснащения регионарная анальгезия является наиболее эффективным методом обезболивания. Необходимо стремиться к такой организации круглосуточной анестезиологической службы, при которой в любое время имеется возможность предоставить роженице весь спектр методов болеутоления, включая регионарные методы.

Регионарная анальгезия проводится только в стационарах, в которых имеется все необходимое оснащение и препараты, необходимые для оказания помощи в случае развития осложнений.

Применение регионарных методик для обезболивания родов показано в случае неэффективности альтернативных не медикаментозных и медикаментозных методов и при отсутствии абсолютных противопоказаний со стороны матери и плода. Получение информированного добровольного согласия на процедуру – является обязательным. Роженица должна иметь возможность получить любую дополнительную информацию от анестезиолога в случае необходимости.

Цель исследования - сравнить влияние эпидуральной анестезии лидокаином и наропином на состояние плода и новорожденного, на течение родов.

Материалы и методы. У 70 пациенток оценено применение 2 % раствора лидокаина (1 группа -35 пациенток) и 0,2 % раствора наропина (2 группа - 35 пациентки) во втором периоде родов. Оценивалось влияние эпидуральной анестезии на состояние плода и новорожденного (всем проводился мониторинг состояния плода), влияние эпидуральной анестезии на продолжительность родов. Все пациентки были сопоставимые по состоянию, по возрасту и паритету. Существенных различий по демографическим показателям и характеристикам течения родов в группах отмечено не было (Таблица 1).

Значения представлены в виде средних \pm стандартное отклонение, статистически достоверных различий между группами не было.

Результаты:

В одном случае при эпидуральной анестезии 1 % раствором лидокаина наблюдалась клинически значимая гипотония, приведшая к проходящим нарушениям гемодинамики плода. При анализе состояния ново-

рожденных (оценка по шкале Апгар) существенных различий в группах не выявлено. У 5 пациенток наблюдалось удлинение второго периода родов (моторный блок при полном открытии шейки матки). При эпидуральной анестезии наропином моторный блок отсутствовал у всех рожениц.

Таблица 1.

Демографические данные и характеристики родов.

№	Показатели	Группа, получавшая лидокаин (35 рожениц)	Группа, получавшая Наропин (35 рожениц)
1	Возраст (лет)	24,05 \pm 0.74	24,35 \pm 0.86
2	Рост (см)	162,6 \pm 1.16	161,95 \pm 1.24
3	Масса тела (кг)	78,35 \pm 1.65	78,95 \pm 1.75
4	Срок беременности (недель)	38,55 \pm 0.28	37,95 \pm 0.31
5	Раскрытие шейки матки (см)	5,15 \pm 0.16	4,95 \pm 0.16
6	Первородящие (%)	69%	63%
7	Повторнородящие (%) «	31%	37%
8	Применение окситоцина (%)	40%	45%

Закключение.

Эффективная доза 0,2 % раствора наропина не приводит к значительным изменениям центральной гемодинамики. Эпидуральная анальгезия наропином обладает незначительным миоплегическим эффектом, может проводиться во втором периоде родов и обеспечивать адекватное обезболивание на протяжении всего родового акта.

Низкая токсичность, отсутствие существенного влияния на сосудистый тонус могут позволить применение эпидуральной анальгезии родов наропином у пациенток с пороками сердца, вегето-сосудистой дистонией. Невыраженный миоплегический эффект позволяет применять его в случаях, когда роженице показано облегчение потужного периода В Областном Перинатальном центре г.Актобе концентрируются пациентки с различной экстрагенитальной и акушерской патологией, поэтому перечисленные свойства наропина особенно актуальны.

Наш опыт позволяет рекомендовать методику эпидуральной анальгезии родов наропином во всех родильных домах.

ЧАСТОТА ИНФИЦИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ СРЕДИ ГРУПП РИСКА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе,
Городская поликлиника №1, ОПТД, Актобе

Актуальность. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в нашем регионе, несмотря на снижение основных показателей представляет среди детей реальную медико-социальную проблему. Поэтому целесообразно проводить профилактическую работу среди поликлинических групп риска, где наиболее часто подвержены дети к заражению и заболеванию туберкулезом.

Цель: выявления частоты инфицирования и заболевания туберкулезом среди групп риска у детей.

Материалы и методы исследования: проанализированы результаты пробы Манту с 2 ТЕ среди групп риска у 2190 неорганизованных и 5502 организованных детей. Из них: социально неблагополучные – 1455 (70%) и 2053 (37,3%), длительно находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении – 29 (1,3%) и 198 (3,5%), состоящие на диспансерном учете – 666 (30,4%) и 3236 (58,8%), получающие гормональную терапию – 2 (0,09%) и 5 (0,09%), невакцинированные и с неразвитыми рубчиками БЦЖ – 38 (1,7%) и 10 (0,2%) детей соответственно. Положительная реакция наблюдалась у 365 (16,6%) неорганизованных и 1988

(36,1%) организованных обследуемых. У данных групп детей поствакцинальная аллергия (ПВА) отмечено у 119 (32,6%) и 88 (4,4%), «вираж» - у 41 (11,2%) и 73 (3,6%), тубинфицированность – у 7 (1,9%) и 158 (7,9%), гиперпроба – у 2 (0,5%) и 7 (0,35%) соответственно обследуемых. Только среди организованных детей по пробе Манту выявлены 2 (0,1%) больных детей и 3 контакта с больным туберкулезом. Показатель инфицированности у неорганизованных составил 2,3%, а организованных детей – 4,3%. Риск первичного инфицирования соответственно отмечено – у 16,6% и 3,8%.

Выводы: Основную часть групп риска у неорганизованных детей составляет дети из социально неблагополучных семей – 70%, а у организованных - группа диспансерного учета 58,8%. Показатель инфицированности в 2 раза выше у организованных, но риск первичного инфицирования в 4 раза выше у неорганизованного контингента детей. Таким образом, учитывая частоту инфицированности среди групп риска у детей, педиатрам следует обратить внимание при обследовании данного контингента на туберкулез.

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ НА ФЕРМЕНТАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Лекарственное поражение печени при туберкулезе составляет 15-20%.

Непереносимость препаратов у детей не проявляется клинически, а выявляется с помощью лабораторных методов исследования. Доказано, что ферментемия является одним из проявлений общего адаптационного синдрома.

Цель: изучить влияние масляных экстрактов корней лопуха (МКЭЛ) и солодки (МКЭС) на активность ферментов печени у детей с туберкулезом легких.

Материалы и методы: под наблюдением находились 87 детей в возрасте от 6 до 15 лет, с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания без сопутствующих заболеваний печени, пребывавших в детском отделении ОПТД. Больные I группы (контрольная) получали лечение по стратегии DOTS 1 категории: в интенсивную фазу (2 или 4 месяца) изониазид + рифампицин + пирразинамид+этамбутол, а в поддерживающей фазе (4 или 7 месяцев) - изониазид + рифампицин, получали per os гепатопротектор – левасил (Л) в дозе 70, 150 мг в день. Во II и III группах больным в качестве гепатопротектора -масляные экстракты из корней солодки (МЭС) и лопуха (МЭЛ) по 1 чайной ложке 3 раза в день. Препараты, влияющие на функцию печени назначали в течение 2 мес от начала терапии. При поступлении и в 2-х этапах лечения исследовали

додали активность ферментов АЛТ, АСТ, ЛДГ и коэффициент Ритиса.

Результаты и обсуждение. При поступлении (до лечения) активность всех ферментов печени крови у пациентов находилась в пределах нормы. При динамическом наблюдении активности АЛТ, АСТ, ЛДГ и коэффициент Ритиса в зависимости от проводимой терапии, во все сроки исследования не претерпевал достоверных изменений ни в одной из подгрупп, т.е. отмечается одинаковое воздействие левасила, МЭС, МЭС на ферменты печени. Коэффициент Ритиса (АСТ/АЛТ) в исследуемых группах колебался в пределах 0,76-1,0 (в норме 1,33). Снижение коэффициента Ритиса, свидетельствует о тенденции к холестазу. Преобладание АЛТ над АСТ показывает на активацию глюкозо-аланинового шунта, влияющего на уровень белка и углеводов в крови. Такая направленность реакции метаболизма у детей компенсирует нарушения обменных процессов.

Выводы: Применение МЭС и МЭЛ на фоне лечения туберкулезных больных предотвращает развитие побочных реакции, что проявляется нормальными значениями ферментов печени. Результаты исследования позволяют использовать масляные экстракты солодки и лопуха в качестве гепатопротектора.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТЕОХОНДРОПАТИЕЙ

Областной детский костно-туберкулезный санаторий «Чайка», Актобе

Остеохондропатия – это группа заболеваний детей и подростков, характеризующиеся дегенеративно-дистрофическим процессом в апофизах костей. Наиболее часто поражаются головка бедренной кости, бугристость большеберцовой кости и апофизы тел позвонков (81,7% от всех остеохондропатий). На сегодняшний день многие исследователи в этиологии отдают предпочтение травматическим факторам.

В отделении реабилитации опорно-двигательной системы санатория за 5 лет получило лечение 43 ребенка с остеохондропатией головки бедренной кости (болезнь Легга – Кальве Пертеса), двое детей – с остеохондропатией бугристости большеберцовой кости (болезнь Ланелонга-Осгуда - Шлаттера), один ребенок – с остеохондропатией головки II плюсневой кости (болезнь Келера II).

Из 46 детей, получивших лечение по поводу остеохондропатии, 76,1% составили мальчики (35), 23,9% - девочки (11). Практически все дети (45 из 46), страдающие остеохондропатией, находились в возрастном интервале от 7 до 16 лет.

В качестве примера приводим опыт лечения пациента А. 2002 г.р., получавшего лечение в течение 2-

х лет с диагнозом «Остеохондропатия головки бедренной кости справа II – III стадии».

Ребенок получал следующее лечение: ортопедический режим, комплекс витаминотерапии, препараты кальция, хондропротекторы, никотиновую кислоту, физиотерапевтические процедуры (поперечная ионогальванизация с хлористым кальцием на область поражения в восстановительном периоде, парафиновые аппликации, электрофорез с зуфиллином, УВЧ. Местно применялась хондроксидовая мазь, механотерапия, ЛФК, массаж).

В результате проведенного лечения исчезла хромота, болевой синдром. Рентгенологически- частичное восстановление структуры апофиза в виде фрагментированных регенерированных участков костной ткани.

Наш опыт лечения и оценка отдельных результатов показывают, что детей, страдающих остеохондропатией, следует лечить в санаторных условиях, где могут быть обеспечены длительный постельный режим (1-1,5 года) и комплексное патогенетическое лечение.

УДК 616. 33 – 002 - 076

Н.А. НУГМАНОВА

ЧАСТОТА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БОЛЕЗНЕЙ ЖЕЛУДКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИОПСИЙ

Актюбинское областное патологоанатомическое бюро

Хронический гастрит в практике встречается как самостоятельное, сопутствующее и фоновое заболевание. Существуют определенные, но и не всегда последовательные изменения со стороны слизистой оболочки желудка. При любых формах гастрита со стороны слизистой оболочки наблюдаются изменения в виде дистрофии, воспаления, дисрегенераторных процессов. К наиболее ярким дисрегенераторным проявлениям относятся: гиперплазия, атрофия, метаплазия, или дисплазия (неоплазия) тех или иных эпителиальных структур. Вследствие некроза или атрофии эпителиальных структур изменяется и гистоархитектоника капилляров и более крупных сосудов собственной пластинки, появляются участки пролиферации грубой соединительной ткани (фиброз). В зависимости от преобладания одного из этих патологических процессов выделяются различные морфологические варианты хронического гастрита.

Для объективной оценки и трактовки патологии желудочно - кишечного тракта был проведен анализ биопсийного материала за последние -5 лет (2007-2011гг.) с учетом возраста, пола обследуемых. Было просмотрено -1011 биопсийных случаев и выявлено: I-

место занимают воспалительные процессы -702 случая (69%) из них острый процесс(9%), хронический процесс (60%). Хронический процесс наиболее часто встречается в возрасте от 40 до59 лет одинаково часто как у мужчин так и у женщин. При этом преобладает хронический атрофический гастрит с перестройкой эпителия по кишечному типу, являющийся по своей сути предраковым состоянием.

На II -месте стоят деструктивные процессы желудка – острая и хроническая язва- 157 случаев (16%) из них хроническая язва встречается чаще -135 случаев (13.5%) и в основном преобладает у мужчин- 97 случаев. На долю новообразований пришлось- 129 случаев(13%) : из них доброкачественные - 76 случаев (8%), злокачественные -53 случая (5%). Выявлено, что у мужчин опухоли чаще встречаются чем у женщин. Отмечается тенденция повышения процента заболеваемости в молодом возрасте по сравнению с литературными данными.

Морфологическая информация важна для правильной диагностики тех или иных заболеваний, для правильного выбора тактики лечения и оценки его эффективности, а также для дальнейшего прогноза.

ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИЙ ЖЕЛУДКА

Актюбинское областное патологоанатомическое бюро

Морфологические исследования вследствие высокой информативности стали особенно приоритетными в современное время для диагностики болезней желудочно-кишечного тракта. Особое место принадлежит биопсийному исследованию, как одному из достоверных и быстрых. Этот метод требует от специалистов определенных знаний и навыков. Особенно это касается биопсий слизистой оболочки желудка.

Правильность диагностики в данной ситуации зависит не только от врача морфолога, а прежде всего от врача эндоскописта.

Наиболее достоверные результаты дает прицельная биопсия, важным принципом которой, является иссечение достаточного количества кусочков (3-5 и более) из различных отделов слизистой оболочки желудка. Опыт показывает, что единичная биопсия, особенно при подозрении на злокачественную опухоль, не столько полезна, сколько вредна для больного, так как результат не всегда может быть достоверным. Кроме того структура слизистой оболочки желудка неодно-

родна в его различных отделах, поэтому судить о состоянии желез различных отделов нельзя. Это обязывает любого врача эндоскописта обязательно указывать отдел желудка из которого взят материал. Заключение гистологического анализа не всегда должны успокаивать врача, поскольку некоторые формы злокачественных опухолей желудка длительное время не дают экзофитного роста и эндоскопист не всегда может видеть этот патологический очаг и своевременно его верифицировать. Допускаются случаи, когда материал взят поверхностно, т.е только слизистая оболочка, что не позволяет морфологу дать заключение, а это значит, что больной не будет получать во время правильное лечение и потребуются повторное взятие материала.

Для качественного изучения биопсийного материала необходимо, что бы врач-эндоскопист правильно дал макроморфологическую картину исследуемого органа, четко описал анатомо- топографическое место взятия биоптата и их количество.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

А.З. НУРГАЗИНА, К.Ж. АЛИНА

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

В ходе проведения масштабных эпидемиологических, экспериментально-психологических и клинических исследований (Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005) были идентифицированы следующие личностные свойства, высокий уровень развития которых обеспечивал устойчивость в агрессивной среде: полноценное завершение личностной идентификации; наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария; сформированность навыков свободного и ответственного выбора; сформированность внутреннего локуса контроля; наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария; наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным жизненным сценариям.

Согласно главному тезису данной концепции психологическое здоровье представляет собой качественную составляющую категории психического здоровья, обеспечивающую возможность адекватной адаптации и свободного развития индивида в агрес-

сивной среде. Таким образом, понятие «психологическое здоровье» отнюдь не сводимо к набору базисных характеристик психических процессов (сознание, память, внимание, мышление, поверхностная рациональность и пр.), обеспечивающих возможность появления субъектности как таковой. Уровень организации психического, имеющий непосредственное отношение к феномену психологического здоровья, в данной концепции обозначен как индивидуально-пластический (А.Л.Катков, 2004).

Идентифицированные в масштабных научных и экспериментальных исследованиях свойства являются универсальными качественными характеристиками феномена психического здоровья, адекватными для всех наиболее значимых возрастных групп.

Таким образом, с точки зрения данной концепции, психологическое здоровье (в функциональном значении данного термина), способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающая устойчивость и адекватную адаптацию человека в агрессивной среде.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

Психотерапевтические технологии присутствуют во всех компонентах программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ и реализуются в структуре психологической реабилитации зависимых лиц.

Психотерапевтические технологии используются в работе практически со всеми мишенями, идентифицированными в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: 1) мотивационной сферой зависимых лиц; 2) патологическим соматическим статусом; 3) патологическим влечением к ПАВ; 4) патологическим личностным статусом; 5) дефицитным или деформированным социальным статусом зависимых от ПАВ.

Многочисленные исследования Каткова А.Л., Макарова В.В., 2009 по определению роли и места психо-

терапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимых лиц, психотерапевтические техники в наркологической практике используются:

- как единственный метод терапии;
- как опосредованная психотерапия в сочетании с различными плацебо-носителями;
- в сочетании с детоксикационными методиками лечения;
- в сочетании с приемом психофармакологических и других препаратов различного спектра действия;
- в сочетании с другими развивающими технологиями (консультативными, тренинговыми);
- в комплексе лечебных, коррекционных и других технологий, представляющих программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

УДК 616-089: 616, 34-002.43

К.Ш. НУРГАЗИН

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННОСТИ

«Актюбинская железнодорожная больница», Актюбе

В нашей клинике используется комплексный метод лечения раннего токсикоза беременности, включающий применение комплекса медицинских препаратов. Проведен сравнительный анализ лечения у 56 беременных с ранним токсикозом за 2010 – 2011 годы. Все больные разделены на II группы. В I группу вошло 36 беременных которым применялись традиционные методы медикаментозного лечения. II группу составили 20 беременных, которым применялся комплексный подход в лечении раннего токсикоза, по схеме разработанной в нашей клинике. Все больные сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, сроку беременности и степени токсикоза.

В результате ликвидации обезвоживания и потери солей, а также дефицита альбуминов состояние больных быстро улучшалось. Для подавления возбудимости рвотного центра использовался церукал, дроперидол. Основным правилом медикаментозной терапии при тяжелой и средней степени тяжести рвоты считали парентеральный метод введения в течение 5-7 дней (до достижения стойкого эффекта). В комплексную терапию рвоты беременных были включены внутримышечные инъекции витаминов (В₁, В₆, В₁₂, С) и коферментов (кокарбоксилаза). Наряду с медикаментозным лечением использовались физиопроцедуры -

электросон и дарсонвальтерапия. Длительность воздействия – 60-90 минут. Курс лечения состоит из 6-8 сеансов. Критериями эффективности комплексной терапии считали - полное прекращение рвоты, нормализацию общего состояния, увеличение массы тела. Выписка проводилась через 5 – 7 дней после прекращения рвоты. Анализ результатов лечения показал, что у больных II группы, по сравнению со I группой, отмечалось более быстрое наступление стойкого эффекта от лечения. У них наблюдалось исчезновение симптомов токсикоза беременности на 3,0±0,5 сутки от начала лечения, тогда как в I группе указанные изменения имели место только на 6,0±2,0 сутки. Этому периоду соответствовало улучшение общего состояния больных, что выражалось исчезновением или уменьшением слюнотечения, улучшением аппетита и сна. К 8,0±0,7 суткам от начала лечения в II группе исчезали признаки токсикоза, и нормализовались лабораторные показатели. В I группе сравнения стойкое излечение отмечено к 14,0±3,0 суткам, при этом лечение не было эффективным у 2 (4,2%) больных, что явилось показанием к прерыванию беременности. Прерывание беременности вследствие неэффективности комплексной медикаментозной терапии во 2 группе наблюдалось в 1 (2,2%) случае.

АНАЛИЗ СВЯЗИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТНОСТИ И КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В Г. АСТАНА

АО «Медицинский университет Астана», Астана

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Введение. Результаты многочисленных зарубежных исследований свидетельствуют, что такие явления, как волны жары и волны холода являются причиной дополнительных случаев смерти во многих странах мира.

Цель. Оценка связи между показателями кардиоваскулярной смертности и климатическими факторами в г. Астана.

Материалы и методы. Материалами были записи актов о смерти по причине болезней системы кровообращения (БСК), зарегистрированные в г. Астана за 7 лет: 2000-2001, 2006-2010гг. Общая выборка составила 23539 случаев смерти, из них по причине кардиоваскулярных болезней 8907. Были использованы официальные климатические ежедневные показатели, предоставленные РГП «Казгидромет»: температура воздуха, относительная влажность воздуха, количество осадков, скорость ветра, атмосферное давление. Обработка данных проводилась многомерным регрессионным анализом, в пакете статистических программ STATA, версия 10.0.

Результаты и обсуждение. Из болезней системы кровообращения наиболее выраженная зависимость между температурой воздуха и количеством случаев смерти была выявлена для цереброваскулярных болезней (I60-I69). При увеличении среднесуточной эффективной температуры на 1°C в теплое время года количество смертей от цереброваскулярных болезней в среднем увеличивается на 2,5% (95% ДИ: 0,7-4,2) среди женщин и на 1,4% (95% ДИ: 0,1-2,8) среди обоих полов. А при увеличении максимальной эффективной температуры на 1°C количество смертей среди женщин старше 60 лет увеличивалось в среднем на 2,1% (0,4-3,9). При анализе для холодного времени года была выявлена обратно пропорциональная зависимость между понижением эффективной температуры ниже критического значения и числом случаев смерти среди женщин в группе 18 лет и старше, и в группе женщин старше 60 лет.

Таким образом, наиболее чувствительны к повышению температуры воздуха в теплое время года женщины, страдающие цереброваскулярными болезнями, особенно в возрастной группе старше 60 лет.

УДК 616.72-003

З.К. НУРМАНБЕКОВА

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Городская клиническая больница №7, Алматы

Остеоартроз (ОА) занимает лидирующее место среди ревматических заболеваний и не только ухудшает качество жизни пожилых людей, но и поражает значительную часть населения трудоспособного возраста. Препараты хондроитин сульфата (ХС) рекомендовали себя при лечении ОА коленных суставов. Одним из таких средств является мазь хондроксид, состоящей из ХС и диметилсульфоксида (ДМС). Цель исследования: оценка эффективности мази хондроксида для локальной терапии ОА коленного сустава. **Материал и методы.** В исследование включили 20 больных ОА коленного сустава (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте 40-74 лет (средний возраст $55,45 \pm 8,7$ года) с длительностью заболевания от 6 мес до 12 лет (в среднем $6,4 \pm 2,6$ года). Диагноз ОА коленного сустава был установлен в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (2000), поражение обоих коленных суставов выявлено у 14 пациентов, одного - у 6. Все пациенты в течение 2 мес и более получали хондропротективную терапию: ХС - 12, глюкозамин сульфат - 8. Исходное состояние и динамику симптомов гонартроза оценивали перед началом курса лечения и сразу же после его окончания в соответствии с реко-

мендациями EULAR по стандартам оценки артрологического статуса: индекс боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс тяжести гонартроза (индекс Лекена). Все пациенты получили курс местного применения мази хондроксид в течение 3-х недель. Результаты. Анализ исходных показателей артрологического статуса показал, что у большинства обследованных гонартроз по индексу Лекена соответствовал резко выраженной степени, уровень боли можно было оценить как умеренный у 6 пациентов и выраженный у остальных больных. Средняя оценка боли по ВАШ составила $6,04 \pm 1,42$ балла. После окончания курса применения мази хондроксида проводили повторную оценку перечисленных параметров. Наиболее заметно изменялись показатели боли и скованности: снизились средняя оценка боли по ВАШ, степень тяжести гонартроза (индекс Лекена) уменьшилась на 2 ступени: от резко выраженной до выраженной. Потребность в приеме НПВП у пациентов, принимавших их исходно (80% больных), снизилась в 1,5 раза. Таким образом, препарат хондроксид дает выраженный симптоматический эффект и его местное применение занимает важное место в комплексной терапии ОА коленных суставов.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Городская клиническая больница №7, Алматы

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 30-35% взрослого населения, при этом сочетание АГ с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) составляет по данным разных авторов от 40 до 42%, что значительно ухудшает состояние больных.

Цель исследования: изучение эффективности препарата индапамид в лечении АГ при ХОБЛ. Материалы и методы исследования: в исследование были включены пациенты в возрасте от 37 до 68 лет с АГ 1 и 2 степени в сочетании с ХОБЛ. В 1-ю группу вошли 22 больных, получавшие в качестве терапии АГ индапамид 2,5 мг 1 раз в сутки, во 2-ю - 14 больных с АГ в сочетании с ХОБЛ, которые получали ингибитор АПФ в суточной дозе 10 мг в сутки. Комплексная терапия АГ и ХОБЛ в обеих группах была одинаковой.

Исследование ФВД проводили на спирографе на 1-й и 4-й неделях лечения. В качестве контрольных показателей в анализ были включены: ОФВ1 от форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ); МОС25, МОС50, МОС75 – мгновенные объемные скорости после выдоха 25%, 50%, 75% ФЖЕЛ. При проведении анализа динамики показателей АД, до и по-

сле 4 недель лечения в целом по всей группе больных, было отмечено достоверное снижение САД и ДАД в течение 24 ч САД снизилось с $139,6 \pm 11,7$ до $132,2 \pm 12,7$ мм рт. ст. ДАД с $84,2 \pm 9,4$ до $78,9 \pm 8,1$ мм рт. ст. При анализе показателей ФВД и ее скоростных показателей, свидетельствующих о выраженности бронхиальной обструкции, как видно из полученных результатов, динамики выявлено не было.

Таким образом, терапия препаратом индапамид в течение 8 недель оказывала положительное влияние на основные показатели суточного профиля АД с достижением целевых уровней, как САД, так и ДАД в целом. Лечение больных АГ 1 и 2 степени в сочетании ХОБЛ препаратом индапамид позволяла достигнуть достоверного снижения, как систолического, так и диастолического АД до целевых уровней. На фоне терапии препаратом индапамид не выявлено снижения скоростных показателей при исследовании ФВД, что свидетельствует об отсутствии отрицательного влияния данной терапии на выраженность бронхиальной обструкции у больных АГ 1 и 2 степени в сочетании с ХОБЛ.

УДК 616.839

М.П. НУРМАНОВ

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ДИСТОНИИ У ВЗРОСЛЫХ

Хромтауская ЦРБ, Хромтау

Рост заболеваемости нейроциркуляторной дистонией (НЦД) лиц молодого трудоспособного возраста связывают с ускорением современного ритма жизни молодых людей, а именно с возрастанием профессиональных требований на рабочих местах, повышением личной ответственности каждого и ростом стрессовых ситуаций. Синдром НЦД определяется как расстройство адаптационной функции кровеносных сосудов в виде ее недостаточности, избыточности или качественной неадекватности. В практике врача терапевта частота обращаемости пациентов с диагнозом НЦД составляет около 37% от общего числа обращений в год. В основе этого заболевания лежат расстройства нейроэндокринной регуляции.

На ранних стадиях заболевания лечение, как правило, приводит к выздоровлению, поэтому очень важно рано диагностировать, грамотно проводить лечение, психокоррекцию и прививать пациентам навыки ответственности за собственное здоровье. Лечение должно быть направлено на устранение причины болезни, а также включает комплекс немедикаментозных методов: психотерапия, лечебная гимнастика, бальнеолечение и климатолечение. Больным предлагается изменить образ жизни или модель поведения, исключая так называемые факторы риска: отказ от вредных

привычек, нормализация сна и отдыха, занятия физической культурой, йогой, аэробикой, сознательное избегание стрессовых ситуации и т.д.

В случае более выраженных расстройств назначаются медикаментозные средства. При жалобах больных на чувство беспокойства, эмоциональной неустойчивости, страха рекомендуется назначение транквилизаторов коротким курсом 10-14 дней. Для улучшения сна назначаются снотворные средства. При расстройствах сердечно-сосудистой системы, сопровождающихся тахикардией и кардиалгией, назначается корвалол или валокордин, которые оказывают седативный, сосудорасширяющий и спазмолитический эффекты. При умеренной артериальной гипертензии целесообразно подключение к терапии НЦД растительных седативных сборов, содержащих экстракты боярышника, валерианы и пустырника.

Таким образом, диагноз НЦД является одним из частых причин обращений за медицинской помощью. Ранняя постановка диагноза и грамотное лечение на ранних стадиях болезни с помощью психокоррекции и комплекса немедикаментозных методов лечения позволит избежать серьезных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

ГККП «БСМП на ПВХ», Актобе

При выборе анестезиологического пособия при операциях в нижнем этаже брюшной полости и на органах малого таза в последние годы чаще всего отдается предпочтение методам регионарной анестезии (РА): эпидуральной (ЭА) и спинальной (СА). Это обусловлено достаточным обезболиванием, минимальным воздействием на состояние жизненно важных органов, что позволяет использовать РА у больных с высокой степенью операционного риска. Цель работы – сравнительное изучение ЭА, СА и тотальной внутривенной анестезии (ТВА), как одного из наиболее распространенных методов общего обезбоживания. Исследовано 15 оперированных гинекологических больных в возрасте от 20 до 40 лет и 15 оперированных урологических больных в возрасте от 50 до 75 лет. Для проведения ЭА (10 больных) использовали лидокаин (600мг) с добавлением морфина (2 мг); для СА (10 больных) – 2% раствор лидокаина. ТВА (10 больных) выполняли по общепринятой методике с использованием ИВЛ на фоне тотальной миорелаксации. Проведены общеклинические наблюдения и общепринятые лабораторные исследования. У больных с исходной гипертензией, оперированных с применением СА и ЭА, отмечено снижение АД по сравнению с дооперационным периодом до 115/80-120/80 мм рт. ст., что способствовало уменьшению операционной кро-

вопотери на 20-25%. Во время операции у всех больных было достигнуто адекватное обезбоживание. Каких-либо осложнений, связанных с анестезией, не наблюдалось. При применении ЭА продолжительность обезбоживания составляла в среднем $7,98 \pm 0,32$ ч. При СА больные начинали ощущать боль через $1,5 \pm 0,4$ ч после операции. При ТВА боли появлялись в среднем через $2,05 \pm 0,09$ ч после окончания анестезии. Больным, оперированным под ТВА и СА, в 1-е сутки после операции вводили внутримышечно $3,91 \pm 0,06$ мл 2% р-ра промедола. После ЭА доза наркотических анальгетиков составляла $1,65 \pm 0,058$ мл (суммарно во время и после операции). Течение раннего послеоперационного периода было более гладким у больных, оперированных в условиях РА. Выводы: 1. При применении РА при операциях у гинекологических и урологических больных отмечается более гладкое течение операции и раннего послеоперационного периода, чем при использовании ТВА, снижается интраоперационная кровопотеря, уменьшается расход наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. 2. РА при операциях в нижнем этаже брюшной полости является наиболее щадящим методом анестезиологического пособия, у пожилых больных при наличии сопутствующих заболеваний.

УДК 616.831-005.1-085

Э.А. ОРЫНБАЕВА

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГККП «БСМП на ПВХ», Актобе

Пациенты в остром периоде ишемического инсульта (ОПИИ), подлежат лечению в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Комплексная интенсивная терапия состоит из базисной терапии, направленной на восстановление и стабилизацию состояния больного и проведение специфической терапии – коррекции и компенсации патологических процессов в зоне ишемии головного мозга. Основной стратегией специфического лечения является назначение лекарственных средств: а) улучшающих мозговой кровоток (тромболитики, антиагреганты и антикоагулянты); б) уменьшающие тяжесть повреждения нервной ткани головного мозга (нейропротекторы). Исходя из вышеуказанного, больным в первые часы после поступления в ОРИТ, мы назначали прямые антикоагулянты, антиагреганты и нейропротекторные средства. Гепарин назначался в дозах: 5000 ЕД п/к 4 р/сут. в течение 7 суток. Эффективным являлось применение низкомолекулярного гепарина – фраксипарина в дозе 0,2-0,6 мл п/к 2 р/сут. Лечение антикоагулянтами проводили под контролем времени свертывания крови. С целью улучшения мозгового кровотока и микроциркуляции назначали антиагреганты. Из антиагрегантов использовались: декстран реополиглюкина по 200мл в/в капельно, актовегин 250 мл (2000 мг) парал-

лельно с инстенонем в дозе 4 мл/сутки в течение 7-10 дней. Для нейропротекции участка ишемии назначались не менее 10 дней в/в капельно солкосерил или сермион, пирацетам, нимотоп. Для повышения порога устойчивости мозговой ткани к гипоксии применялись антиоксиданты: @ – токоферола ацетат (витамин Е) – 1 мл в/м; церебролизин – 5 мл в/в капельно в течение первых 5 суток, а потом – по 5 мл через день в течение 5-7 суток; милдронат по 1 г/сутки внутрь или в/в, используя всю дозу сразу или разделив ее на два приема. Оптимальным курсом лечения для стабилизации обмена веществ является срок не менее 2 – 3 недель. Продолжительность лечения больного в ОРИТ определялась индивидуально на основании оценки состояния мозга и его кровообращения с проведением в динамике различных исследований (ЯМРТ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ и др.). Таким образом, интенсивная терапия ОПИИ предусматривает использование лекарственных препаратов различных фармакологических групп, которые увеличивают резерв церебральной перфузии и предотвращают метаболические нарушения. При лечении такого контингента больных необходимо избегать полипрагмазии и назначать только те медикаменты, которые способствуют регрессу неврологического дефицита.

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

МСЧ ДАВ и СР АО ММГ, Актау

Актуальность: Приоритетным в диагностике внебольничной пневмонии является установление этиологического фактора для проведения этиотропной терапии. Исходя из патогенеза пневмоний, их этиологическая структура чаще всего представлена микрофлорой верхних дыхательных путей (ВДП), состав которой может отличаться у различных пациентов в зависимости от внешней среды, окружающей индивид, возраста, общего состояния здоровья, наличия сопутствующих заболеваний, предшествующей антибактериальной терапии.

Цель исследования: изучить частоту и структуру патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных внебольничной пневмонией, особенности её клинического течения.

Материалы и методы: под наблюдением находились 34 больных внебольничной пневмонии, сочетанной с различной патологией желудочно-кишечного тракта. Соотношение мужчин и женщин составляло 52,9% и 47,1%. Средний возраст больных составил $58,8 \pm 3,4$ лет.

Результаты исследования: при обработке полученных данных выявлено, что патология ЖКТ наблюдалась у 26 (76,5%) больных исследуемой группы до исследования. Отдельные нозологические формы за-

болеваний ЖКТ встречались со следующей частотой: в 30,8% (у 8 больных) - хронический гастродуоденит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки – у 6 (23,1%) больных, язвенная болезнь желудка – у 1 (3,8%) больных, желчекаменная болезнь – у 8 (30,8%) больных, дискинезия желчевыводящих путей – у 2 (7,7%) больных, хронический панкреатит – у 3 (11,5%) больных, хронический бескаменный холецистит – у 7 (26,9%) больных. При этом, обострение патологии ЖКТ к моменту обращения по поводу пневмонии отмечалось в 11,5% случаев. В 34,6 % обострение сочетанной гастродуоденальной патологии развилось в ходе лечения пневмонии, что было связано не только с патогенетическими механизмами самой пневмонии (микроциркуляторные расстройства, гипоксия, воспалительная интоксикация), но и в отдельных случаях с агрессивным действием препаратов этиотропной и патогенетической направленности. Средняя длительность терапии больных составила $18,0 \pm 1,3$ дней.

Выводы: сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, особенно находящаяся в стадии обострения, усугубляет лечебно-диагностического обеспечения больных и удлиняет сроки выздоровления.

УДК 616.61-006.6 (574,13)

Л.Ж. РАЙХАНОВА

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПОЧКИ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова.
Консультативно-диагностическое отделение, Актобе

Актуальность проблемы: Профилактика, раннее выявление и лечение злокачественных опухолей является одним из важнейших разделов современной медицины. В Республике Казахстан ежегодно выявляется почти 30 000 больных со злокачественными новообразованиями и около 110 тысяч больных находятся под наблюдением онкологических диспансеров. В целом, пятилетняя выживаемость онкологических больных не превышает 50%. Причем, этот показатель за последние 10 лет существенно не меняется. Следует отметить, что около 2/3 онкологических больных становятся инвалидами I-II групп, находясь в трудоспособном возрасте.

Целью работы: Анализ заболеваемости раком почки по Актюбинской области за 2007-2011гг.

Материалы и методы: Согласно статистическим данным из 5913 случаев онкологических заболеваний, выявленных в Актюбинской области с 2007г. по 2011г., на долю онкоурологических (рак почки, мочевого пузыря, предстательной железы и яичка) приходится 346 случаев, что составляет 5,8% от общего количества. Были проанализированы амбулаторные карты и истории болезни больных, находившихся на стационарном

лечении в онкохирургическом отделении МЦ ЗКГМУ за период с 2007г. по 2011г. За данный период было выявлено 150 случаев рака почки, что составило 43,3% от всех онкоурологических заболеваний. С I-II стадиями заболевания раком почки было установлено 69 пациентов (46%), III стадия выявлена у 50 пациентов (33%), IV стадия - у 31 (21%) человека.

Результаты: Анализ показал, что с каждым годом растет количество выявленных больных на ранних (I-II) стадиях и уменьшается количество больных на запущенных (III, IV) стадиях, что связано с улучшением диагностики и повышением информированности больных по данному заболеванию. Если в 2007 году оперативное вмешательство применялось в 50% случаев, то в 2011 году объем оперативных вмешательств составил 80%. За анализируемый период (2007-2011гг.) отмечается двукратное увеличение количества оперативных вмешательств по поводу рака почки. Таким образом, анализ проведенных исследований свидетельствует о наличии определенного прогресса в выявлении ранних стадий рака почки, что позволило провести хирургическое лечение около 80% больным.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У РАБОЧИХ ВРЕДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», Россия

С целью научного обоснования мероприятий, направленных на сохранение здоровья и профилактики формирования профессиональных заболеваний, предложен расчет индивидуального профессионального риска (ИПР) у рабочих Оренбургского газоперерабатывающего завода (ОГПЗ) в зависимости от условий труда и состояния здоровья работающего.

Одночисловое значение показателя ИПР вычислялось умножением суммы взвешенных значений параметров (интегральная оценка условий труда на рабочем месте (ИОУТ), состояние здоровья работника (Z_d), показатель возраста (В), показатель трудового стажа во вредных и/или опасных условиях труда (С)), приведенных к относительным значениям, на показатели травматизма ($P_{тр}$) и профессиональной заболеваемости на рабочем месте ($P_{пз}$).

$$ИПР = (w_1 k_1 ИОУТ + w_3 k_3 Z_d + w_5 k_5 В + w_6 k_6 С) * P_{тр} * P_{пз}$$

Коэффициенты w – весовые и k – перевода параметров из абсолютных величин в относительные, зна-

чения показателя состояния здоровья, возраста, стажа работника, показатели травматизма, а также профессиональной заболеваемости на данном или аналогичном рабочем месте определялись согласно таблицам.

Пример: обследуемый Г, машинист, 25 лет, трудовой стаж 3 года. Диагноз: Здоров. $ИПР = (0,228 + 0,12 + 0,06 + 0,08) * 0 * 1,5 = 0,73$.

По интервальной шкале значение 0,4 и > относятся к очень высокому индивидуальному риску развития профессионального заболевания.

Таким образом, предлагаемый нами расчет ИПР позволяет идентифицировать конкретного работника по отношению к оценке вредности и опасности условий труда на его рабочем месте и состоянию здоровья. Прогнозировать вероятность развития профессиональных заболеваний, а также обосновать приоритетность последующих управленческих решений, основываясь на принципах доказательности в медицине труда.

УДК 616.127-005.8

А.Б. РАМАНКУЛОВА, Л.Н. ВЛАСОВА, Н.А. НУГМАНОВА

МОРФОЛОГИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Областное патологоанатомическое бюро, Актобе

Патология микроциркуляторного русла (МЦР) является фундаментальной проблемой морфологической и клинической медицины. Это обусловлено тем, что через МЦР реализуется транспортная функция сердечно-сосудистой системы и обеспечивается транскapиллярный обмен, создающий необходимый для жизни тканевой гемостаз. Его функциональная недостаточность лежит в основе ишемической болезни сердца (ИБС). Исследованиями последних лет выявлены инструментально-морфологические параллели, позволяющие говорить о ремоделировании МЦР сердца, играющего важную роль в прогнозе у больных с ишемической болезнью сердца. Риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) очень высок – в 6,34 раза выше, чем у здоровых мужчин, и в 6,01 раз у женщин.

С этой целью на базе ОПАБюро отделения общей патологии был проведен анализ протоколов вскрытий, медицинских карт стационарных больных умерших от повторного инфаркта миокарда за 2009-2011 гг. Анализ причин смерти показал, что ведущее место принадлежит хронической сердечной недостаточности. При фиброзном замещении некротизированного миокарда может развиваться недостаточность кровообращения,

степень которой зависит от объема поврежденной ткани и состояния его МЦР.

Проведенные гистологические исследования показали, что при повторных инфарктах миокарда, наблюдается выраженный отек стромы и паренхимы, наличие некротизированных и гипертрофированных кардиомиоцитов среди участков фиброзной ткани. В очагах склероза имелись мелкие щелевидные полости со скоплением эндотелиоцитов, количество которых варьирует и зависит от величины очага склероза. Чем он больше, тем больше капилляров. Некоторых из них не были выстланы эндотелиоцитами, другие были им выстланы частично. Встречались сосуды с эндотелиоцитами расположенными в несколько рядов и содержащими в просвете нежные нити фибрина, что можно расценить как процесс склерозирования сосудов МЦР и срыв его компенсации. Среди очагов некроза мышечной ткани наблюдались процессы организации со склерозом сосудов вплоть до их облитерации.

Таким образом, можно сделать заключение, что летальность от ХСН зависит от способности ремоделирования сосудов МЦР, обеспечивающего адекватное кровообращение в сердечной мышце после перенесенного ИМ.

ДОЛЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Областная больница, Атырау

Актуальность. Специальными являются все рентгенологические методы, созданные для изучения органа или части тела. К ним относятся маммография, ортопантомография, а также группа рентгеноконтрастных методик исследования (ангиография, экскреторная урография, холецистография и др.). В последние годы, в связи с широким применением в диагностике различных заболеваний современных методов визуализации (КТ, МРТ, УЗИ) количество традиционных исследований, в том числе специальных рентгенологических методов значительно уменьшается.

Цель. Провести анализ использования традиционных методов диагностики (рентгенография, флюорография), в том числе специальных, при исследовании пациентов в Атырауской областной больнице.

Методы и материалы. Данные годовых отчетов рентгенологической службы Атырауской области за 2010-2011 годы.

Результаты и обсуждение. В 2011 году (по сравнению с 2010 годом) количество рентгенологических

исследований увеличилось с 24590 до 28687 (на 16,7%). Доля специальных исследований в 2010 году составила 3,9%, в 2011 году – 3,1%. В 2010 году специальные методы исследования при заболеваниях органов грудной полости составили -1,5%, органов пищеварения – 3,0%, КСС – 0,5%, мочеполовой системы – 20%. В 2011 году (соответственно) – 1,9%, 3,3%, 0,51% и 9,1%.

Таким образом, если количество рентгенологических исследований в 2011 году увеличилось на 16,7%, то доля специальных исследований уменьшилась на 0,8%. Применение специальных методов снизилось в основном за счет исследования мочеполовой системы (более чем в 2 раза). Это, по-видимому, связано с использованием УЗИ – диагностики при заболеваниях почек и мочевыводящих путей. При исследовании остальных органов и систем отмечается увеличение как общего количества, так и доли специальных рентгенологических методов, что говорит о надежности традиционных методов лучевой диагностики.

УДК 616-089: 616, 34-002.43

А.Б. РАХМЕТОВА, Т.А. СТАРЧЕНКО, К.Ш. НУРГАЗИН, Р.Б. БОЗГАЛИЕВ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

«Больница скорой медицинской помощи», Актобе

Актуальность. Наружный генитальный эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний и встречается у 12–47 % гинекологических больных. Каждая вторая женщина, больная эндометриозом, страдает бесплодием. Вышеизложенное обуславливает актуальность проблемы выбора тактики ведения больных наружным генитальным эндометриозом.

Цель исследования: оценка тактики ведения больных, включающей хирургическое, гормональное лечение и контрольную лапароскопию, при различной степени распространения и тяжести течения наружного генитального эндометриоза.

Материалы и методы исследования: исследование выполнено на базе отделения гинекологии больницы скорой помощи г. Актобе. Наружный генитальный эндометриоз был выявлен при лапароскопии у 385 пациентов, прооперированных с 2011 г. по 2012 г. 267 пациенток (71,8 %) были подвергнуты лапароскопии по причине бесплодия, 49 пациенток (13,2 %) предъявляли жалобы на тазовые боли, 56 (15 %) – на тазо-

вые боли в сочетании с бесплодием. Всем больным на первом этапе выполнялась биопсия париетальной брюшины, иссечение очагов эндометриоза острым путем, с последующим применением моно- и биполярной коагуляции. Второй этап лечения заключался в применении агонистов ГнРГ в течение 6 месяцев с последующей контрольной лапароскопией (третий этап). Осложнений связанных с оперативным или гормональным лечением у обследованных больных не было. В течение года беременность наступила у 62,8 % пролеченных пациенток, страдающих бесплодием. 15,2 % женщин с синдромом тазовых болей отмечали полное исчезновение болевого синдрома, 36,2 % – его значительное уменьшение, 41 % оценило эффект проведенного лечения, как умеренное уменьшение болевого синдрома.

Заключение. Полученные результаты позволяют оценивать описанную трехэтапную тактику как перспективную в лечении наружного генитального эндометриоза.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

В рамках исследования эффективности программы медико-социальной реабилитации лиц с психологической зависимостью, вовлеченных в социальные эпидемии (деструктивные секты, криминальные, экстремистские, террористические организации) в системе пенитенциарных учреждений МВД РК были идентифицированы мишени воздействия реабилитационной программы – дефициты психологического здоровья и социального функционирования осужденных.

Всего было обследовано 240 человек. Средний возраст обследуемых составил 26,5 лет, большинство (74%) лица коренной национальности, состоят в браке (70%), со средним образованием (43%). Половина обследуемых (49%) осуждены в первый раз. 99% опрошенных считают себя верующими; 91% исследуемых в вероисповедании указали ислам. Форма выражения религиозных убеждений у 71,2% это соблюдение уста-

новленных религиозных обрядов. У большинства обследуемых воспитание в семье родителей выстраивалось по типу подчинения старшим (наказания, запреты); отношение к родителям и старшим уважительное, но не подчиненное. у 74,6% опрошенных не выявлено социальной дезадаптации; большинство (81,5%) указали, что есть смысл жизни, цели, ради которых они живут, лишь у половины «есть место для родных и близких»; 42,4% прислушиваются к мнению авторитетных личностей, но поступают так, как считают нужным. 38% считают, что успехи и неудачи в жизни зависят в основном от случая, судьбы/проведения и 37,3%, что от собственных усилий. 85,7% знают, кто они в этой жизни, и знают чего хотят от жизни; у каждого пятого обследуемого (20,7%) выявлена высокая степень религиозной аддикции (зависимости).

УДК 615.099.08; 343.828

Г.А. САДВАКАСОВА, Д.Н. БАХТИЯРОВ

ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар

Современная наркологическая служба в системе пенитенциарных учреждений должна рассматривать следующие факторы: один тип лечения не подходит для всех наркозависимых в тюрьме, неэффективность предоставляемых услуг, существующие и ограниченные ресурсы могут использоваться более эффективно.

Международное сообщество согласно, что программы лечения наркотической зависимости могут быть эффективными, если они начались до или во время заключения, основаны на потребностях и ресурсах заключенных, характеризуются достаточной длительностью и качеством, предоставляются митированным заключенным, способны прекратить употребление наркотиков. Основные подходы в данных программах должны предусматривать консультирование и образование на темы профилактики заболеваний, передаваемых через кровь: вакцинация и

лечение гепатита В, С. Реабилитационные программы должны быть разнообразными, включать в себя различные подходы и комбинации клинических и психологических компонентов; быть достаточно длительными и интенсивными - период лечения важен для результата; сопровождаться качественным долечиванием в тюрьме и после освобождения; включать принцип непрерывности лечения, от момента поступления до возвращения на свободу, обеспечиваемый за счет беспрепятственного перехода к социальной помощи после освобождения, принцип преемственности, предусматривающий тесную связь и сотрудничество между тюремными и общественными службами для перенаправления пациентов и непрерывной поддержки.

Таким образом, предотвращение рецидивов после освобождения и сокращение рецидивизма среди заключенных – одна из главных проблем программы реабилитации в системе исполнения наказания.

УДК 614.71(574.11)

Л.Д. САКЕБАЕВА, В.М. САБЫРАХМЕТОВА, Г.И. КАРАШОВА

СОСТОЯНИЕ ВОЗДУШНОГО БАСЕЙНА Г. АКСАЙ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Основными загрязнителями воздушного бассейна Западно-Казахстанской области являются предприя-

тия нефтегазового комплекса, котельные хозяйства, автотранспорт, элеваторы, осуществляющие выбросы

в атмосферу окислов азота, углерода, сернистого ангидрида, сероводорода, летучих органических соединений и неорганической пыли. Крупнейшие газоконденсатное месторождение (Карачагонак), как известно, расположено в г. Аксай

Нами проведено исследование загрязненности воздушного бассейна в г. Аксай. При этом использовались данные, полученные лабораторией ИПЦ «Gidromet ЛТД.» и СЭС. Анализ проводился по четырем ингредиентам: сероводороду, диоксиду серы, диоксиду азота и оксиду углерода.

По результатам проведенного мониторинга в 2011 году существенных изменений в состоянии атмосферного воздуха в г. Аксай по сравнению с 2009-2010гг. не наблюдается. В 2011 году отмечается незначительное снижение концентраций по оксиду углерода в 1,6 раза,

в 2010г. – 1,43 раза, в 2009г. – 1,14 раза. В 2011 году наблюдается превышение концентраций диоксида серы в 1,4 раза по сравнению с 2010г.(1,1 раза) и 2009г. (1,16 раза). Незначительное превышение наблюдается в 2011 по диоксиду азота в 1,03 раза по сравнению с 2010г. (1,07раза). За период наблюдения концентрации сероводорода находились на уровне 0,002 мг/м³. Если в 2010 году концентрация пыли превышала гигиенические нормативы в 1,9 раза, то в 2011 году превышение норм по пыли не обнаружено.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что выбросы газоконденсатного месторождения приводит к загрязнению атмосферного воздуха прилегающих территорий. В то же время кокойлибо тенденции к ухудшению экологического состояние атмосферного воздуха не наблюдается.

УДК 618.15-002.2-08

К.Ж.САКИЕВА, Ж.Т. ЕШИМБАЕВА, А.С. КУБИЕВ, В.В. ТАРАКАНОВА

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ВАГИНАЛЬДЫ КАНДИДОЗДЫ ЖӘНЕ БАКТЕРИАЛДЫ ВАГИНОЗДЫ ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Вагинальды кандидоз әйел жыныс мүшелерінің төменгі бөлігінің Candida тұқымдас саңырауқұлақтармен инфекциялық зақымдалуы болып табылады және әйелдерде вагинальды инфекциялар құрылымында 2-орынды тұрақты алады. Мұнда әйелдердің 50% ауру қайталады, ал 20% әйелдер созылмалы қайталамалы кандидозбен зардап шегеді. Сондықтан, жүкті әйелдерде қынаптық дисбиоздарды емдеу мен алдын алудың түрлі әдістерінің нәтижелілігін тексеру зерттеудің негізгі мақсаты болды. Бактериалды вагинозбен және оның вагинальды кандидозбен қосарлануын емдеуде Вобэнзим мен Тержинанды қолданудың нәтижесін бақылау үшін жүкті әйелдердің 3 тобы (әрқайсысында 10 әйелден) ажыратылды. I топтың жүкті әйелдері Тержинанды Вобэнзиммен бірге қолданды, II топта тек Тержинан, III топ әйелдері Полижинакс қолданды. Емдеу ұзақтығы барлық топта да 10 күнді құрады. Вобэнзим мен Тержинанды кешенді қолдану жүкті әйелдерде жүктіліктің 2 және 3-триместрінде бактериалды

вагинозды және оның вагинальды кандидозбен қосарлануын емдеуде нәтижелі әдіс болып табылады. Берілген терапияның нәтижелілігі 100% құрады. I топтағы әйелдерде клиникалық жазылу 3-тәулікте байқалды. Ем аяқталғаннан кейін вагинальды кандидоз бен бактериалды вагиноздың қайталануы сияқты асқынулар тіркелген жоқ. Қынаптың экожүйесінің дисбиотикалық бұзылыстарымен жүкті әйелдерді емдеуде Вобэнзим мен Тержинанды қолдану гестациялық кезеңнің гестоз, пиелонефриттің асқынуы сияқты асқынуларды төмендетуге және ЖРВИ, тонзиллиттің өршуі, ұрықтың созылмалы құрсақшілік гипоксиясы және босанудан кейінгі кезеңнің инфекциялық ауруларымен аурушандықты азайтуға мүмкіндік берді.

Сөйтіп, объективті бақылау мәліметтерін, клинико-лабораторлы зерттеу әдістерінің нәтижелерін талдау жүкті әйелдерде қынаптық дисбиоздың қосарланған түрлерін берілген кешенді әдіспен емдеудің көптеген артықшылықтары анықталды.

УДК 618.6-083

К.Ж. САКИЕВА, М.Б. ДОСИМБЕТОВА, А.С. КУБИЕВ, В.В. ТАРАКАНОВА

БОСАНУДАН КЕЙІНГІ КОНТРАЦЕПЦИЯНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Босанудан кейінгі кезең – әйелөмірінің маңызды кезеңдерінің бірі, себебі оның организмінде жүктілікпен шақырылған барлық өзгерістердің қалыптасуы жүреді. Босанудан кейінгі алғашқы айларда болатын жүктілік көбіне түрлі асқынулар туғызып, перинатальды аурулар мен өлім қатерін жоғарылатады. Көптеген авторлардың мәліметтері бойынша әйелдер босанғаннан кейінгі алғашқы жылында жасанды түсік жасатады. Босанудан кейінгі алғашқы айлардағы жасалынған аборт әйел организмi үшін репродуктивті жүйенің функционалды және органикалық бұзылысына әкелетін ауыр психологиялық және гормональды стресс болады. Босанудан кейінгі контрацепцияға

қойылатын негізгі талаптар: жоғары тиімділік, қауіпсіздік, метаболикалық процеске негативті әсерінің болмауы және етеккір циклін реттеу мүмкіндігі. Осы талаптарға сай келетін ең жақсы препарат – микродозаланған монофаздық гестоген-эстрогенді контрацептив – Линдинет. Біздің зерттеу мақсатымыз босанудан кейінгі кезеңдегі контрацепция ретінде Линдинетті пайдалану тиімділігі мен қауіпсіздігін бағалау. Бақылауда бала емізбейтін 22 жастан 38-ге дейінгі аралықтағы 43 әйел зерттелді. Линдинет босанудан кейін 3-тен 6 айға дейін тағайындалды. Олардың ішінде 30 (69,0%) алғаш босанушылар, қалғандары 13 (31,0%) – қайталап босанушылар.

15,4% әйелдерде әр түрлі етеккір циклінің бұзылыстары байқалған, 60,2%-інде медициналық аборттар, 16%-інде репродуктивті жүйенің жоғалуы байқалған. Лактацияның ұзақтығы 1-ден 6-ға дейін. Емдеу курсы 6 айдан бастап және жоғары. 1 жыл ішінде жүктілік байқалған жоқ. Линдинет қабылдау фонында етеккір реттелді, оның келу ұзақтығы 4-5 күн, препараттың жағымсыз әсері минималды болды. Көп

әйелдерде қанды бөліністердің жүктілікке дейінгі кезеңмен салыстырғанда азауы анықталды. Линдинеттің ерекшелігі дене массаға әсер етпейді. Сонымен, босанудан кейін линдинетті қолдану сенімді контрацептивті эффект береді, етеккір циклін реттейді және нейро алмасу-эндокриндік бұзылыстардың алдын алады. Нәтижесінде әйелдің соматикалық және репродуктивті денсаулығын сақтауға әсер етеді.

УДК 617.7 – 007.681 : 615.03 - 08

Г.Т. САРБАЕВА

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКУМЕД В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Среди причин утраты зрительных функций одно из первых мест в развитых странах, в том числе и Казахстане, занимает глаукома. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается около 65-70 млн. больных глаукомой, из них слепых на оба глаза около 9,0 млн. (Романенко И.А., Романова Т.Б., 2007).

В Казахстане недавно был зарегистрирован антиглаукоматозный препарат: «Окумед» компании «Промед Экспортс», который относится к бета – адреноблокаторам. Гипотензивное действие данного препарата обусловлено уменьшением секреции водянистой влаги. Он не изменяет ширину зрачка и не влияет на артериальное давление. Его применяют 2 раза в день по 1 капле. Действие препарата проявляется через 20 минут после закапывания в конъюнктивальную полость. Максимальное снижение внутриглазного давления наступает через 1-2 часа и сохраняется в течение 24 часов.

Цель: работы - изучение эффективности препарата «Окумед», обладающего гипотензивным действием, в лечении глаукомы.

При клинической апробации препарата Окумед после компенсации ВГД было выявлено: 1. Результаты определения остроты зрения и измерения ВГД на протяжении всего исследования были стабильными. 2. Суммарная граница поля зрения (в градусах) у пациентов до приема препарата составила $367,27 \pm 97,3$; по завершении приема $409,09 \pm 88,63$; через 30 суток после его отмены $413,64 \pm 91,0$. Также изменялась КЧИФ (в Гц): $33,87 \pm 6,02$; $35,87 \pm 5,11$; $37,7 \pm 4,53$;

1. На фоне приема препарата триметазидин отмечается положительная динамика в виде расширения границ поля зрения, повышения яркостной чувствительности, улучшения функциональной активности клеток сетчатки и зрительного нерва. У пациентов - эффект препарата сохраняется и несколько усиливается в течение 30 суток после его отмены. На глазах, не оперированных по поводу глаукомы, лечебный эффект несколько снижается, но остается на уровне, превышающем исходные показатели.

2. Проведенное исследование дает основание рекомендовать добавление триметазидина в комплексное лечение пациентов с глаукомой при разных вариантах течения заболевания.

УДК 617.721 : 616.36.361 – 002 - 07

Г.Т. САРБАЕВА

ИРИДОДИАГНОСТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Иридодиагностика относится в нашей стране к методам альтернативной или нетрадиционной медицины. Для иридологического метода характерна информативность, объективность, исключительная доступность и простота, возможность раннего обнаружения многих патологических симптомов.

По общим локальным изменениям структуры и функции радужки специалисты определяют конституционные и регенераторные особенности, наследственную патологию, очаги различных воспалительных и дегенеративных заболеваний. Богатейшая сеть нервных окончаний радужной оболочки сформированная тремя нервами (шейным, глазодвигательным, тройничным) выполняют различные функции. Основным признаком заболеваний хронического гепатита является появление лакун в цилиарном поясе на 7-8 часах, адаптационных дуг и пигментных пятен. Нами

приведена иридодиагностика у 117: из них мужчин - 54, женщин - 63. у 34 больных как основное заболевание был подтвержден хронический холецистит, у 38 – хронический гепатит, у 14- дискинезия желчевыводящих путей. У 17 - больных была отмечена рыхлая структура радужной оболочки, что указывало на низкую сопротивляемость и слабую способность тканей к регенерации.

У 22 - больных были обнаружены адаптационные дуги и кольца клинически была установлена вегетосудистая дистония, у остальных 14- диагноз был подтвержден после выявления изменений на радужке.

У обследуемых больных с поражением печени как правило наблюдались в следующих секторах от 7 до 8 часов справа радужки, и от 7.30 до 8 часов слева.

Наиболее характерным признаком поражения печени обнаруженным у 38 больных, по нашим данным,

225

локальное вытяжение автономного кольца в указанных зонах, с ровными краями, имелись пигментные пятна.

Таким образом, у больных с хроническим гепатитом нами выявлены следующие особенности радужной оболочки глаза:

1. Иридоскопические изменения локализуются в секторах 7-8 часов правого глаза и 7.30- 8 часов левого глаза.

УДК 617.741 – 004.1 - 08

Г.Т. САРБАЕВА, Г.Е. БЕРНИЯЗОВА, Г.А. АСАНБАЕВА

БЕСТОКСОЛ В ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Одним из самых распространенных заболеваний глаз людей пожилого возраста является помутнение хрусталика глаза, или катаракта. Хрусталик человеческого глаза – это естественная линза, пропускающая и преломляющая световые лучи. Хрусталик расположен внутри глазного яблока между радужкой и стекловидным телом. В молодости хрусталик человека прозрачен, эластичен и может менять свою форму почти мгновенно «наводя фокус», за счет чего глаз видит одинаково хорошо как вблизи, так и вдали. При катаракте происходит частичное или полное помутнение хрусталика, теряется его прозрачность и в глаз попадает лишь небольшая часть световых лучей, поэтому снижается зрение. Если своевременно не провести лечение, катаракта может привести к слепоте.

Катаракта встречается в любом возрасте. Бывают врожденная, травматическая, осложненная, лучевая, приобретенная, катаракты, вызванные общими заболеваниями организма, но чаще развивается у людей старше 50 лет.

В результате проведенного исследования после применения препарата Бестоксол динамика зрительных функций значительно увеличилась.

2. Преобладает радиально – лакунарный тип радужки и преимущественно рыхлая ее структура.

3. По периферии радужки имеются адаптационные кольца, свидетельствующие о нарушении вегетативной нервной системы.

Таурин – действующее вещество глазных капель Бестоксол. Нормализует электролитный баланс клеток, обладает положительной кооперативностью и может связываться с инсулиновыми рецепторами, благодаря чему обеспечивает адекватное поступление глюкозы в клетку, антиоксидант, обеспечивает метаболизм аминокислот и их транспорт в клетках, улучшает обмен липидов, является природным кальциевым антагонистом. В следствии чего должна отмечаться стабилизация зрительных функций.

Под наблюдением находилось 34 человека с начальной стадией корковой катаракты, контрольная группа составила 15 человек. Основная группа закапывала Бестоксол.

В результате проведенного исследования было выявлено, что клинический эффект наступает в среднем через 2 недели от начала лечения и сохраняется ближайшие пол года, курсы поддерживающей терапии должны проводиться ежемесячно с незначительными перерывами в две недели.

Вышеизложенное позволяет нам рекомендовать Бестоксол в качестве препарата выбора при лечении катаракт.

УДК 615.03 : 617.7 – 007.681 - 08

Г.Т. САРБАЕВА

ТРАВАТАН В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Глаукома – основная причина развития слепоты в мире, развивается после 45-55 лет, обычно развивается в начале в одном глазу.

Лечение глаукомы включает разнообразные методы воздействия как на больной глаз, так и на весь организм больного. В настоящее время единственный доказанный способ сохранения зрительных функций является медикаментозный. Ведущим направлением медикаментозного лечения глаукомы является гипотензивная терапия, направленная на снижение внутриглазного давления.

В условиях глазного отделения МЦ проведено обследование и лечение 50 больных с глаукомой. Всем больным в качестве местного лечения назначался Траватан, который является аналогом протагландин F2a, агониста, который является высоко селективным и имеет высокое сродство с рецептором простогландин FP и снижает внутриглазное да-

вление путем увеличения оттока внутриглазной жидкости через трубчатую сетчатку и увеосклеральный тракт. Снижение внутриглазного давления начинается приблизительно через 2 часа после закапывания, максимальный эффект достигается через 12 часов. Значительное снижение внутриглазного давления может наблюдаться в течение 24 часов при использовании однократной дозы.

Результат проведенного лечения показал, что положительный клинический эффект наступал с средним на 2-й – 3-й день лечения. Динамическое измерение внутриглазного давления у больных позволило выявить снижение внутриглазного давления до 30% от исходного.

Все вышеизложенное позволяет нам рекомендовать Траватан в качестве препарата выбора при лечении глаукомы.

ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЭПОХУ РАСТУЩЕЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Мангистауская ЦРБ, п. Шетпе

Резистентность микроорганизмов к антимикробным препаратам (АМП) представляет сегодня собой проблему глобального масштаба, имеющую очень серьезные последствия. Среди госпитализированных пациентов резистентность к АМП приводит к повышению показателей заболеваемости и смертности, увеличению сроков госпитализации и соответственно расходов на госпитализацию.

К сожалению, появление и распространение патогенных микроорганизмов, резистентных к АМП, не ограничивается больничными условиями. Резистентные микроорганизмы встречаются и в амбулаторной практике.

По данным международного многоцентрового исследования антибиотикорезистентности (SMART), в котором с 2011г. участвует и Казахстан в наших стационарах, например среди *Escherichia coli* ESBL продуценты составляют 15%, а среди *Klebsiella pneumoniae* - до 50%. Это угрожающие цифры.

По данным IDSA (Американского общества по борьбе с инфекционными заболеваниями), в ближайшем будущем появления эффективных антибиотиков для лечения тяжелобольных пациентов ожидать не приходится.

В практике работы ОПИТ БСМП г. Актобе мы имеем обширный опыт лечения различных тяжелых внебольничных инфекций: это тяжелые пневмонии, менингиты, острый остеомиелит, нагноившиеся кисты, флегмоны нижней челюсти, сепсис, перитониты, ЧМТ с вторичными гнойно-воспалительными осложнениями и др.

В условиях растущей полирезистентности к цефалоспорином, аминогликозидам, фторхинолонам и др., для антибактериальной терапии, в том числе эмпирической (эртапенем) у таких пациентов мы все чаще используем бета-лактамы карбапенемы. Они имеют самый широкий спектр антимикробной активности из всех применяющихся в настоящее время в клинической практике антимикробных препаратов с активностью к грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам - как аэробным, так и анаэробным.

Согласно данным нашего клинического опыта и международным рекомендациям, на сегодняшний день именно эту группу считаем препаратами выбора для лечения тяжелых инфекций, вызванных особенно грамотрицательными мультирезистентными ESBL - продуцирующими бактериями.

УДК 614.812:616.831-005.1

Ж.Н. САРКУЛОВА

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Инсульт – это самая частая причина смерти у лиц старше 60 лет или у 5,8 миллионов людей в мире ежегодно. Это причина коренных изменений в жизни не только пациента с инсультом, но и его ближайшего окружения. Это вторая по частоте причина инвалидизации в мире после ЧМТ. В Казахстане ежегодно инсульт развивается более чем у 49,5 тыс. человек, более 22 тыс. человек погибают от инсульта. По данным ВОЗ, совокупная сумма прямых и непрямых расходов на одного больного инсультом составляет 55 - 73 тыс. долларов США. Исходя из этого, потери нашего государства в связи с инсультом составляют от 16,5 до 22 млрд. долларов в год.

Основной задачей оказания неотложной медицинской помощи при инсультах на догоспитальном этапе является: 1). Диагностика инсульта. 2). Проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий (базисная или недифференцированная терапия). 3). Осуществление экстренной госпитализации больного.

На показатель госпитализации больных с инсультом оказывает влияние тип бригады скорой помощи, оказывающей медицинскую помощь, время суток, пол и возраст больного. Госпитализация пациентов с инсультом в периоде «терапевтического окна» минуя

приемное отделение, способствует значительному сокращению времени «от двери до иглы».

Неотложные лечебные мероприятия определяют необходимость стабилизации достаточной вентиляции лёгких и оксигенации, поддержания стабильности гемодинамики, купирования судорожного синдрома, экстренной симптоматической терапией. Все эти мероприятия выполняют безотлагательно, до определения типа инсульта, а также в случае, когда тип и наличие инсульта остается неуточненным.

Вероятность благоприятного исхода заболевания увеличивает и своевременно начатая нейропротективная терапия уже на этапе транспортировки больного в стационар.

Таким образом, разработка и внедрение в практику новых подходов к ведению пациентов с инсультом на догоспитальном этапе, проведение регулярной образовательной программы по ведению больных с ОНМК для персонала СМП, а также создание в регионах Казахстана инсультных центров с нормативно-правовыми актами и утвержденными требованиями (алгоритмы, стандарты) позволят значительно улучшить результаты лечения больных с мозговыми инсультами.

ТАКТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
Больница скорой медицинской помощи, Актобе, ЦРБ Актюбинской области

Геморрагический шок (ГШ) - это критическое состояние, связанное с острой кровопотерей, в результате которой развивается кризис макро- и микроциркуляции, синдром полиорганной и полисистемной недостаточности.

ГШ приводит к тяжелым полиорганным нарушениям:

- поражаются легкие с развитием острой легочной недостаточности по типу «шокового легкого» (смертность 90%),

- резко уменьшается почечный кровоток, развивается гипоксия почечной ткани с формированием «шоковой почки»,

- особенно неблагоприятно влияние ГШ на печень, морфологические и функциональные изменения в которой вызывают развитие «шоковой печени»,

- отек головного мозга и процесс вступает в необратимую фазу, летальность при которой составляет 70-80%.

Неотложные мероприятия при ГШ:

- мобилизация медицинского персонала для борьбы с ГШ (опытного анестезиолога-реаниматолога, акушера-гинеколога, лаборанта),

- мониторинг жизненно важных функций организма,

- обеспечение теплового режима для улучшения кровенаполнения жизненно важных органов,

- опустить головной конец кровати или поднятие ног пациентки для оптимизации кровенаполнения жизненно важных органов.

Дальнейшие мероприятия:

- в/в инфузии (в 2 вены) с использованием канюли или иглы большого диаметра,

- катетеризация центральной вены (необходимо помнить о возможности ДВС-крови, тогда предпочтительно яремная вена),

- забор крови для определения уровня Hb, групповой и Rh-принадлежности и совместимости с кровью донора, времени свертываемости и лабораторных исследований,

- контроль диуреза через постоянный катетер,

- ингаляция кислорода пациентке.

- необходимо установить причину и источник кровотечения с его устранением,

- развернуть операционную,

- повторная оценка состояния пациентки: критериями улучшения состояния являются: -стабилизация пульса (ЧСС 90 уд/мин и менее),

- повышение АД (уровень АДс 90 мм.рт.ст. и выше),

- повышение диуреза (30 мл мочи/ час и более),

- при улучшении состояния женщины уменьшение скорости инфузии жидкости.

УДК 616.6-08-055.1

М.Н.САРКУЛОВ

АЗИТРОМИЦИН И АВЕЛОКС В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В настоящее время установлено, что основными инфекционными возбудителями заболеваний мочеполовой системы являются грамотрицательные бактерии. Несмотря на очевидные успехи антибактериальной терапии, проблема амбулаторного лечения таких заболеваний как хронический простатит, уретропростатит, хронический цистит остается актуальной. Сложность антибактериального лечения этих заболеваний, вызываемых условно патогенной микрофлорой, обусловлена возрастающей их резистентностью к целому ряду антибиотиков.

Цель исследования: изучение эффективности, переносимости, безопасности Азитро и Авелокса в амбулаторном лечении инфекции мочевыводящих и мужских половых органов.

В поликлинических условиях комплексному обследованию были подвергнуты 25 больных, страдающих в течение ряда лет хроническим простатитом, 8 больных с уретритом. Все пациенты ранее лечились традиционным методом, в том числе и антибактериальными препаратами. Помимо общеклинических ме-

тодов, материалом исследования служили секрет предстательной железы и эякулят. Одним из показаний для назначения препаратов была чувствительность к ним высеянной микрофлоры: у 60% больных хламидии в сочетании с микоплазмами. Вторым существенным моментом для назначения этих препаратов, служило доступность его перорального применения. Длительность лечения составила от 7 до 14 суток. Дозировка зависела от тяжести и клинических проявлений заболевания. После завершения комплексной терапии проводили контрольные бактериологические исследования после лечения и спустя 1 месяц с учетом объективных и субъективных показателей.

Положительные результаты лечения получены нами у 31 пациентов, персистенция микроорганизмов у 2 (повторно обнаружены хламидии).

Таким образом, клинические результаты амбулаторного лечения препаратами Азитро и Авелокса некоторых урологических заболеваний оценены как положительные.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ АЛГИНСКОЙ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

На территории Актюбинской области в результате производственной деятельности человека сформировалась искусственная техногенная провинция с повышенным содержанием в объектах окружающей среды бора. В связи с этим целью исследования явилось изучение клинических проявлений функционального состояния почек при длительном воздействии техногенных соединений бора.

Цель исследования: Изучение мочевого синдрома у жителей Алгинской биогеохимической провинции.

В результате анкетирования рабочих выделены основные жалобы, которые отражают главные симптомы поражения органов мочевыделительной системы. Жалобы: Общая слабость 90, %-10. Боли в области почек 108, %-12. Нарушение мочеиспускания 54, %-8. Измененные цвета мочи 45, %-5.

На втором этапе проведен экспресс-тест анализа мочи, прибором «Урилюкс» с «Комбур-10» тестом. Патологические изменения в моче: Гематурия Абс-52, %-5,7. Протеинурия Абс.- 48, %-5,3. Бактериурия Абс.- 62, %-6,9. Кальцификация Абс.- 78, %-8,6.

Двухэтапность позволяет выявить группу риска по заболеваниям органов мочевыделительной системы и проводить массовое обследование рабочих при меньшей затрате сил и средств. Созданная методика донозологической диагностики и ее принципы обеспечивали возможность раннего выявления скрытых, бессимптомно протекающих нарушений механизмов адаптации, являющихся самыми начальными признаками вероятных в скором времени заболеваний, что представляет один из путей оздоровления общества.

Таким образом, скрининг-анкетирование проводится с целью отбора из группы предположительно здоровых людей, работающих на производстве лиц, которые в последующем могут оказаться больными. Иными словами, массовая донозологическая диагностика проводится с целью определения степени адаптации организма к условиям техногенной среды и для выявления случаев напряжения, снижения или недостаточности приспособительных механизмов вплоть до их поломки и развития предболезни и болезни.

УДК 616.34-002-085

С.И. САРКУЛОВ, С.С. КУРМАНГАЛИЕВА, О.М. АЛИЕВ, А.А. КУЛЬНИЯЗОВА, Н.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА

ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

В рамках работы было проведено обследование 68 пациентов. С целью установления диагноза, оценки результатов эрадикационной терапии обследование включало проведение ЭФГДС с взятием биопсийного материала для микроскопического исследования. Среди них мужчин было 39 (57,4%), женщин - 29 (42,9%). Средний возраст составил $43,2 \pm 1,5$ лет. Средняя продолжительность анамнеза составила $9,1 \pm 1,7$ года. Всем пациентам была назначена 1 линия эрадикационной терапии, продолжительностью 10 дней. На 45 день после завершения терапии было проведено контрольное ЭФГДС с взятием биоптатов. Неэффективность эрадикационной терапии обнаружена у 7 (18,9±6,4%) пациентов, у всех обнаружены *H. pylori*. При подробном изучении анамнеза жизни и заболевания пациентов с неэффективностью эрадикационной терапии было выяснено, достоверное преобладают лиц мужского пола - (66,7±12,2%, $p < 0,05$). Средний возраст составляет $34,8 \pm 2,7$ лет, средняя продолжительность анамнеза составила $6,8 \pm 0,9$ лет. Сопутствующая патология была у 3 (20,0±10,3%) пациентов, у всех патология пищеварительной системы. Обнаружилось достоверное преобладание лиц с высокой степенью контаминации бактерии *H. pylori*. - (73,7±11,4%; $p < 0,05$). У 66,7±12,2% пациентов с неэф-

фективной эрадикационной терапией имели место психозмоциональный фактор и вредные привычки. У всех 100% пациентов выяснено нарушение приема схемы эрадикационной терапии. Установлено, что для достижения положительного результата пациент должен принять не менее 90% назначенных на курс таблеток. Результат лечения может в значительной степени зависеть от того количества времени, которое врач затрачивает на общение с пациентом и объяснение ему характера намечаемого лечения. «Приверженность к терапии» — сравнительно новый термин, который заменил термин «комплаенс» (согласие, податливость). Исследования показали, что частое дозирование (3 или 4 раза в сутки) ассоциируется со снижением приверженности к лечению. Таким образом, по данным микроскопического метода эрадикация превышает 80% рубеж, что является показателем успешности АХБТ. Эрадикационная терапия прошла успешно у 88,1% пациентов ЯБДПК. Неэффективность эрадикационной терапии объясняется нарушением схемы лечения, которую в подавляющем большинстве нарушали молодые мужчины, с высокой степенью контаминации бактерии *H. pylori*, имеющие вредные привычки.

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ БОЛЬНЫМ АКУШЕРСКО–ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

МЧС РК ФГУ «Центр медицины катастроф», Актобе

Целью настоящего исследования явилось изучение объема и структуры скорой и неотложной помощи, оказываемой бригадами скорой помощи сельским больным акушерско – гинекологического профиля

В ходе работы было изучено 258 случаев выезда бригад скорой и неотложной помощи в ЦПС и РЧ, выполняющей функцию областной женской консультации. Выделены 2 группы вызов: нуждающиеся в оказании неотложной медицинской помощи при транспортировке и нуждающиеся в срочной транспортировке в стационар.

Первое место по количеству вызовов заняли случаи транспортировки беременных из группы высокого риска материнской смертности с начавшейся родовой деятельностью (в т.ч. ложные схватки), негативно влияющей на течение основного заболевания или состояния плода (по данным кардиотокографии). Как правило, объем оказываемой им помощи заключался в транспортировке в роддом и проведение при необходимости симптоматической терапии (гипотензивные

препараты и т.п.). Ни одного случая отказа в госпитализации в этой группе не было. Второе место заняли вызовы для транспортировки беременных в сроке до 22 недель с различными кровотечениями, в большей степени связанными с абортom, в том числе при антенатальной гибели плода и неразвивающейся беременности. В данной группе так же не было отказов в госпитализации. На третьем месте вызова, требующие оказания скорой неотложной помощи: в 9 случаях тяжелая преэклампсия, в 17 – повышение артериального давления свыше 160/90 у беременных в сроке до 22 недель (в т.ч. кризы). В этой группе было 2 случая отказа от госпитализации стационарами терапевтического профиля (в одном случае из за отсутствия мест, в другом из за отказа пациентки госпитализироваться). На четвертом месте редкие случаи экстренной госпитализации больных гинекологического профиля с различными кровотечениями, осложнениями после родов и подозрением на острый живот.

УДК 614.812

А.А. САПЦЕКОВ

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

МЧС РК ФГУ «Центр медицины катастроф», Актобе

Скорая медицинская помощь (СМП) – система организации круглосуточной экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях на месте происшествия и в пути следования в лечебно – профилактическое учреждение.

Считается, что пусковым моментом к возникновению Скорой помощи как самостоятельного учреждения стал пожар Венского театра в 1881 году, в результате которого погибло 479 человек. Увидев беспомощность имеющихся множеств клиник перед лицом катастрофы изза несвоевременности предоставления медпомощи, профессор – хирург ЯромирМунди на следующий день приступил к созданию Венского спасательного общества, в составе которой были врачи и студенты. В первый же год своего существования Венская станция скорой помощи оказала помощь 2067 пострадавшим. Вскоре станция была создана в Берлине, еще через 7 лет в Лондоне. Появления первой станции скорой помощи в Москве датируется 1898 годом. В Советском Союзе сразу после революции были созданы отряды

скорой помощи, из которых в дальнейшем вновь были организованы Станции скорой помощи и санитарный транспорт.

Самым крупным и важным в структуре станций СМП является оперативный отдел, который принимает вызов или отказывает в нем, передает наряд для исполнения выездным бригадам и контролирует местонахождение бригад.

В Актобе станция СМП имеет три подразделения, всего 32 бригад, которые обслуживают ежегодно в среднем 146582 вызова. Основную долю составляют линейные бригады (врачебные и фельдшерские), выезжающие на все вызова (57%), специализированные бригады представлены педиатрической – 6, кардиологической – 2, бригадой интенсивной терапии 3. Специализированные бригады обслуживают до 46,7% вызовов, с наибольшей нагрузкой работают педиатрические бригады (37097 вызовов) и бригады интенсивной терапии (32588).

ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ДКГСЭН МЗ РК по Актыбинской области

Одним из важнейших методов в борьбе с заразными болезнями является дезинфекция. Объем и методы дезинфекции устанавливаются в зависимости от природы возбудителя, особенностей путей передачи при данной инфекции и условий обстановки. В 2011 году на обработку очагов инфекционных заболеваний таких как, БК+ туберкулеза, сальмонеллеза, острых кишечных инфекций, паразитарных заболеваний и т.д. государством было выделено средств на сумму 21 млн. тенге.

Кроме очаговой, в области ежегодно на протяжении последних лет проводится профилактическая дезинсекция, и дератизация в природных очагах, чумы, туляремии. В качестве превентивных мер по чуме создано 15 защитных зон, организована полевая дезинсекция на площади 25 кв.км., поселковая дезинсекция на площади 546 тыс. кв.м., поселковая дератизация на площади 468 тыс. кв. м. Против туляремии в

34 населенных пунктах шести (Алгинский, Айтекебийский, Иргизский, Кобдинский, Темирский, Уилский) районов области, проведены плановые дератизационные, дезинсекционные мероприятия, на площади 23,6 кв. км. Создана защитная зона вокруг населенных пунктов с проведением дератизации на площади 45,5 га, дезинсекции – 42,3 га. Эффективность дератизации составило 87,7%, дезинсекции 94,7 %.

На барьерную обработку местных водоемов по ликвидации анафилактических очагов малярии в 2011 году из областного бюджета выделено более 3 млн. тенге, обработано 8750 га площади. На проведение вышеуказанных мероприятий выделено средств на сумму более 50 млн. тенге

Результатом проведенных мероприятий является отсутствие за последние десять лет в области регистрации случаев заболеваний среди людей чумы, 5 лет туляремии.

УДК 616-002,5:612.392.98

Г.Е. САРСЕНБАЕВА, А.М. КАМЫСБАЕВА, З.У. МУСИНА, А.Б. ШАРАФУТДИНОВА

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ДКГСЭН МЗ РК по Актыбинской области

Вопрос организации питания больных туберкулезом находится на постоянном контроле санитарно-эпидемиологической службы Актыбинской области и ему уделяется особое внимание. Организация питания больных туберкулезом в 1999 – 2004гг не соответствовала требуемым параметрам санитарных норм и правил. Общая калорийность суточного рациона на одного больного в сутки составляла 2400-2600 килокалорий. В основном калорийность достигалась за счет продуктов содержащих углеводы и жиры, где содержание белков было занижено.

С принятием Республиканского и региональных программ усиления борьбы с туберкулезом в Актыбинской области улучшился вопрос обеспечения материально-технической базы и питания противотуберкулезных учреждений. С 2007 года и в настоящее время организовано 5-6 разовое питание больных туберкулезом, среднесуточная калорийность на одного больного составляет 2800-3000ккал. Ассортимент питания разнообразен, в него включен весь перечень продуктов,

рекомендуемый Постановлением Правительства РК № 128 от 26.01.2002 года «Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики».

Энергоценность рациона зависит от особенности течения туберкулеза, сопутствующих заболеваний, массы тела больного. При обострении болезни и постельного режима достаточно 2300-2400ккал в день, при полупостельном режиме – 2600-2700ккал, при реконвалесценции - 2800-3100ккал. Для больных легочным туберкулезом с хроническим течением необходима диета, энергоценность которой на 15-20% выше физиологических норм.

Таким образом, правильная организация лечебного питания больных туберкулезом должна обеспечить: полноценное 5-6 разовое питание; повысить сопротивляемость организма к инфекции и уменьшения явления интоксикации; способствовать нормализации обмена веществ.

УДК 616.22-008.5:616.441

М.К. САРСЕНОВА

ДИСФОНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Бурлинская ЦРБ, Аксай

Степень голосовых расстройств при патологии щитовидной железы различна, и зависит от степени тяжести дисфункции. При гипертиреозе голосовыми проблемами являются затруднения в получении высоких тонов вплоть до полной афонии, ощущение

стягивания в области гортани и значительная утомляемость голоса. Ларингостробоскопически выявляются асинхронные колебания мышц голосовых складок, нерегулярные по частоте и амплитуде, изменение характера смещения слизистой оболочки

231

по свободному краю голосовых складок, неполное закрытие голосовой щели по всему диапазону. При прослушивании голос расценивается как тусклый глухой с утратой присущего ему тембра. Ларингоскопически отмечается гипотонус голосовых складок (легкая форма гипотиреоза), отек голосовых складок студнеобразного, полиповидного характера в сочетании с гипотонусом (выраженный гипотиреоз).

Принципиально важным является обследование пациентов после операций струмэктомии. При парезе возвратного нерва наблюдают ограничение подвижности вплоть до полной неподвижности голосовой складки на стороне поражения, влияющее на степень охриплости и присоединяются расстройства дыхания, обусловленные сужением голосовой щели вследствие увеличения объема голосовых складок за счет их отека. В схему лечения включают методики ортофонической коррекции голоса с применением биологической

обратной связи и препараты, способствующие нормализации функции щитовидной железы под контролем уровня тиреоидных гормонов.

При гипотонусной дисфонии (гипотиреоз) рекомендуют комплексы упражнений, активизирующие мышечную мускулатуру; при гипертиреозе-упражнения, способствующие снятию излишней напряженности, сочетают активизирующие и релаксационные упражнения. Таким образом, диагностика и лечения голосовых расстройств при патологии щитовидной железы учитывает состояние функции щитовидной железы, ее анатомические особенности и наличие диффузных и узловых изменений, а также особенности изменения голосовых складок при ларингоскопии и формы дисфонии.

В послеоперационном периоде после струмэктомии следует проводить осмотр состояния гортани на предмет как можно раннего выявления ее поражения, и коррекции возникающих нарушений.

УДК 616.248:616-005.4

У.А. САТЫБАЛДИЕВА, А.М. БАЙМАНОВА, О.И. ТРЕБУХИНА

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ ПРИ АССОЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ШАХТЕРОВ-УГОЛЬЩИКОВ

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, Караганда

В настоящее время актуальность изучения сочетанной кардиореспираторной патологии обусловлена необходимостью ранней диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) у больных бронхиальной астмой (БА) для подбора безопасной медикаментозной терапии, не оказывающей взаимоотягочающего действия на течение сопутствующей патологии.

С целью выявления скрытой ИБС нами обследованы 63 больных мужчин в возрасте 40-60 лет. Из них 21 - с хроническим обструктивным пылевым бронхитом (ХОПБ), 21 - с ХОПБ осложненным бронхиальной астмой интермиттирующего течения (БАИТ), 4 - ХОПБ осложненным бронхиальной астмой легкой степени тяжести (БАЛТ), 13 - ХОПБ осложненным бронхиальной астмой средней степени тяжести (БАСТ), 4 - ХОПБ осложненным бронхиальной астмой тяжелой степени (БАТТ). Диагностическая программа ИБС включала проведение традиционной нагрузочной пробы - велоэргометрии (ВЭМ). Параллельно оценивалась толерантность к физической нагрузке.

Результаты: ВЭМ выполнили все больные с ХОПБ, БАИТ и БАЛТ. Проба прекращена у 14,3%

больных БАЛТ, 13,3% больных бронхиальной астмы БАСТ и 60% больных БАТТ, преимущественно по причине появления выраженной одышки и развития приступов удушья. Положительный результат пробы регистрировался у 8% больных. Проба считалась положительной при наличии объективных признаков ишемии на ЭКГ с развитием приступа стенокардии или без него. По объему выполненной работы выявлено, что высокая толерантность к физическим нагрузкам сохраняется у большинства больных ХОПБ (90,5%), БАИТ (85,7%), БАЛТ (75%) и БАСТ (84,6%). У части больных обследованных групп отмечена средняя толерантность к физическим нагрузкам: ХОПБ (9,5%), БАИТ (14,3%), БАЛТ (25%), БАСТ (13,3%) и БАТТ (50%). 50,0% больных БАТТ имели низкую степень толерантности к физическим нагрузкам.

Таким образом, у больных с ХОБ и БА выявляется высокая и средняя толерантность к физическим нагрузкам, которая снижается при присоединении ишемической болезни сердца и увеличении степени тяжести БА.

УДК 616.72-002-08

С.Д. САФИНА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТОЗА ХОНДРОПРОТЕКТОРАМИ

Городская поликлиника № 1, Актобе.

Актуальность. Лечение остеоартроза (ОА) до сих пор остается ведущей проблемой из-за нарастающей распространенности заболевания в популяции. Фармакологические средства при ОА могут оказывать быстрый симптоматический эффект (нестероидные

противовоспалительные препараты-НПВП) или медленный обезболивающий эффект (так называемые базисные или «хондропротективные» препараты). Препараты из группы медленно действующих способны влиять на процессы метаболизма хряща. Исполь-

зование комбинации глюкозамина и хондроитин сульфата является перспективным, что уже доказано во многих экспериментальных и клинических исследованиях.

Цель: определить эффективность лечения остеоартроза хондропротекторами.

Материалы и методы: были включены 70 больных в возрасте более 40 лет, страдающих ОА коленных суставов, имеющих II–III рентгенологические стадии. У всех больных было наличие выраженного болевого синдрома и потребность в приеме НПВП. Больные были разделены на 2 группы: 35 пациентов основной группы получали препарат в комбинации глюкозамина и хондроитин сульфата по 2 таблетки в день в 1 месяц лечения (в два приема), затем по 1 таблетке в течение 5 месяцев и диклофенака натрия 100 мг в сутки; пациенты контрольной группы в том же количестве получали все 6 месяцев 100 мг диклофенака натрия. Эффективность лечения оценивалась по боли, скованности,

уровню боли в покое и при движении, потребности в НПВП.

Результаты исследования и обсуждение: несмотря на уменьшение дозы диклофенака в процессе лечения отмечено, что у пациентов основной группы происходило выраженное уменьшение боли и улучшение функционального состояния, отличающееся от динамики в контрольной группе. Через 3 месяца после окончания лечения в группе больных, получавших препарат в комбинации глюкозамина и хондроитин сульфата, отмечено сохранение достигнутого улучшения, снижение уровня боли и скованности, тогда как в группе больных, прекративших принимать диклофенак, происходило быстрое нарастание симптомов ОА.

Заключение: Таким образом, лечение ОА препаратом глюкозамина и хондроитин сульфата привело к достижению положительного эффекта, что было отмечено снижением суточной дозы НПВП, следовательно уменьшению числа нежелательных побочных реакций и затраты на лечение основного заболевания.

УДК 614.2

Г.Ж. САХИПОВА

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – ОДНА ИЗ ЗАДАЧ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В Послании Президента страны к народу Казахстана «Казахстан-2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» четвертым долгосрочным приоритетом определены здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана, а охрана здоровья матери и ребенка поставлена в ранг приоритетных направлений, как для государства, так и для органов здравоохранения, всего общества. Улучшение репродуктивного здоровья женщин, их способности к качественному воспроизводству населения является одной из важных стратегических задач здравоохранения.

Городские поликлиники уже несколько лет работают по международным стандартам Всемирной организации здравоохранения - это модель врача общей практики. С помощью ВОП максимально приближается и повышается доступность и эффективность первичной медико-санитарной помощи населению, предусматривается оказание информационной, юридической, психологической поддержки семьям, доступное донесение информации женщинам репродуктивного возраста о беременности, кормящим матерям о груд-

ном вскармливании. Большую роль в оказании профилактической помощи мамам играют кабинеты здорового ребенка, где мамы получают информацию о том, как получить бесплатный рецепт, что делать, если у ребенка выявили заболевание, как правильно вводить прикорм, делать массаж, правильно ли идет психофизическое развитие ребенка и т.д. В женских консультациях города работают кабинеты по охране репродуктивного здоровья. В этих кабинетах особое внимание уделяется беременным, потому что беременность является достаточно сильной нагрузкой на организм женщины, поэтому именно в этот период могут обостриться хронические заболевания или возникать новые. Общеизвестно, что болезнь матери может отрицательно сказаться на внутриутробном развитии ребенка. Именно поэтому очень важно с момента наступления беременности (до 12 недель) встать на учет к гинекологу, который будет следить за самочувствием женщины и здоровьем будущего ребенка, так как ранняя постановка на учет является гарантией успешного течения беременности и рождения здорового ребенка.

УДК 614.2:618.31-007.29

Г. Ж. САХИПОВА

МЕТОДЫ БЕЗОПАСНОГО АБОРТА КАК СОВРЕМЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Проблемы репродуктивного здоровья актуальны для всех стран мира. Низкий уровень репродуктивного здоровья в значительной мере обусловлен сохраняющимся высоким уровнем аборт, которые до сих пор остаются в Республике одним из методов контрацепции и как следствие – регулирования рождаемости. Статистические данные ВОЗ показывают, что ежегод-

но в мире не менее 46 млн. беременностей заканчиваются искусственным аборт, из них 20 млн. абортов не являются безопасными. Около 13% обусловленных беременностью смертей приходится на осложнения, связанные с небезопасным аборт, что соответствует примерно 67 тыс. смертей ежегодно. В Казахстане 80% женщин прибегают к аборт,м,

233

некоторые из них - повторным. В связи с чем с целью совершенствования управления системой охраны репродуктивным здоровьем появилась необходимость шире использовать современные инновационные технологии, одним из которых являются внедрение методов безопасного аборта. К сожалению, абсолютно безопасного способа прерывания беременности не существует. К наиболее безопасным методам прерывания беременности, рекомендуемым ВОЗ, относятся: вакуумная аспирация (мануальная или электрическая с использованием мягких пластиковых канюль без контрольного кюретажа, но с обязательным

визуальным контролем удаленных тканей, под местной анестезией в амбулаторных условиях) и медикаментозный аборт при сроках аменореи до 63 дней или до 9 полных недель. При данном аборте исключены травма матки и воспалительные осложнения.

Согласно опросам, женщины основной причиной аборта называют социальную незащищенность. Возможно, введение материнского капитала в Казахстане сможет снизить частоту аборта и, соответственно, показатель материнской смертности, таким образом, улучшив репродуктивное здоровье женщин в Республике Казахстан.

УДК 616.839.381-089.85-053.2

М.А.СВИРИДОВА

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Областная детская клиническая больница, Актобе

Актуальность Лапароскопическая хирургия прочно заняла место среди хирургических дисциплин. Эндоскопическая хирургия развивается быстрыми темпами. Этому способствует малая травматичность, сокращение сроков реабилитации, экономичность. Перед анестезиологами ставятся все более сложные задачи по обеспечению адекватной анестезиологической защиты пациента на всех этапах оперативного вмешательства.

Материалы и методы Больных с острым аппендицитом разделили на две подгруппы по форме аппендицита. Одну подгруппу составили 30 детей с неосложненным аппендицитом, вторую подгруппу - 30 больных с осложненным аппендицитом.

Для изучения поставленной задачи мы использовали метод вариабельности сердечного ритма для оценки изменений вегетативной регуляции и степени напряжения регуляторных механизмов под действием карбоксиперитонеума.

Наличие воспалительного процесса в брюшной полости нарушало внутренний гомеостаз организма. При исходном исследовании у всех детей со стороны вегетативных механизмов регуляции отмечалось выраженное напряжение, отличие было в участии уровня вегетативной регуляции.

При не осложненном аппендиците регуляция адаптивными механизмами осуществлялась центральным контуром с высоким уровнем напряжения, повышенной активностью симпатической системы.

При осложненном аппендиците вегетативная регуляция осуществлялась автономным контуром с высоким уровнем напряжения, со сбалансированным взаимодействием между симпатической и парасимпатической системами. На это указывал высокий процент высокочастотной волн в спектральном анализе HF, высокое значение ИН, значение СКО в пределах нормы.

Заключение: из вышеизложенного следует, что карбоксиперитонеум оказывал выраженное агрессивное действие, однако после удаления газа из брюшной полости, агрессивное воздействие его уменьшалось. Регуляция адаптивными процессами осуществлялась в более оптимальном режиме, чем при традиционном вмешательстве.

Таким образом, при видеолапароскопической аппендэктомии вегетативная регуляция адаптивными реакциями осуществлялась поочередно центральным и автономным контурами, что являлось более экономным в расходовании адапционных резервов.

УДК 616.12-008.46-085

Н.А. СЕЙТМАГАНБЕТОВА, Г.А. СМАГУЛОВА, А.О. АШИМОВА, Э.Н. АГАЕВА,
А.А. ЖАУБАТЫРОВА, Н.С. БИЯСИЛОВ

ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
Больница скорой медицинской помощи, Актобе

Целью данного исследования, явилось выявление частоты проведения тромболитической терапии среди больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования: нами ретроспективно проанализировано 127 истории болезней больных, поступивших в кардиологическое отделение 234

за апрель 2011 год с клиникой острого коронарного синдрома (ОКС). Из них ОКС с подъемом сегмента ST – 23 пациентов, без подъема ST – 104 больных. Возраст составлял от 44 лет до 74 лет. Были проанализированы демографические, анамнестические данные, промежутки времени от момента развития симптома-

тики до госпитализации, проводился телефонный опрос через 6 месяцев после госпитализации.

Результаты нашего исследования показали, что у всех больных с ОКС с подъемом ST в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда у 23 больных, у 19 пациентов артериальная гипертензия, мерцательная аритмия – 4 человек, стентирование – 1 человека. Среди данных больных тромболитическая терапия с применением препарата актилизе в дозе 100 мг проводилась 8 пациентам, из них 1 – на этапе скорой помощи. Остальным 15 больным тромболитическая терапия не проводилась из-за позднего обращения в стационар. Осложнений после тромболизиса не наблюдалось. В отделении 13 пациентам проводилась коронарография: без obstructивных изменений у 1 пациента, двух-

сосудистое поражение отмечалось у 6 человек, трехсосудистое – 6 человек. В стационаре все больные с ОКС с подъемом ST и без подъема ST получали стандартную терапию. Среди больных с ОКС с подъемом ST умерло 6 человек из них в стационаре 4 – от кардиогенного шока, 2 – после выписки из стационара. Среди больных с ОКС без подъема ST летальный исход у 12 человек из них 7 – в стационаре от кардиогенного шока, 5 – после выписки из стационара.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что больные с клиникой острого коронарного синдрома поздно обращаются за медицинской помощью, в связи с чем значительно увеличиваются осложнения сердечно-сосудистых заболеваний.

УДК 614.3: 614.445: 628.19(045)

Н. К. СЕРБАЕВА

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ ГОРОДА АКТОБЕ

УГ СЭН по городу Актобе ДКГСЭН МЗ РК по Актыбинской области

В 2011 году на текущем контроле управления государственного санитарно-эпидемиологического надзора по городу Актобе находился 21 водопровода, в том числе 7 городских и 14 сельских.

В ходе осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на санитарно-микробиологические показатели отобрано 529 проб воды, из них не соответствующих санитарным требованиям 13, что составляет – 2,4% (в 2010г.-1092/44/4,0%), в том числе в г. Актобе 457, не соответствующих – 3, что составляет – 0,6% (в 2010г.-945/25/2,6%), в сельских округах 72 пробы из них не соответствующих 10, что составляет – 13,8% (в 2010г.-147/19/12,9%). Из вышеизложенного следует, что 76,9% нестандартных проб по санитарно-микробиологи-

ческим показателям приходится на сельские водопроводы.

На санитарно-химические показатели отобрано – 782 проб, не соответствующих проб 3, что составляет 0,3% (в 2010г.-1315/21/1,5%), в том числе из них 610 город Актобе, не соответствующих нет (в 2010г.-1129/19/1,6%), в том числе сельские – 172 проб, не соответствующих проб -3, что составляет 1,7% (в 2010г.-186/4/2,1%).

В целом по итогам 2011 года качество подаваемой питьевой воды по санитарно-микробиологическим показателям улучшилось, о чем свидетельствует снижение удельного веса несоответствующих проб с 4,0% в 2010 году до 2,4% в 2011 году. А по санитарно-химическим показателям осталось на уровне 2010 года.

УДК 618.19-006.6-085:615.2

А.Г. СИНЯКОВ, Н.А. ШАНАЗАРОВ, Е.Л. ШУНЬКО

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тюменский областной онкологический диспансер, Тюмень, Россия
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Задача исследования. Оценить эффективность органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы на основании изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения.

Материал и методы. За последние 5 лет в Тюменском областном онкологическом диспансере выполнены 94 субтотальные радикальные резекции и подкожные радикальные мастэктомии с пластикой возникшего дефекта перемещенным торакодорзальным лоскутом, 43 радикальных резекции с пластикой по О.А. Орлову и 12 радикальных мастэктомий с одномоментной реконструкцией молочной железы TRAM – лоскутом; выполнено 125 имплантаций экспандеров и эндопротезов. В 83 случаях это были импланты, наполненные силиконовым гелем, в 19 – экспандеры, постепенно

заполняемые физраствором и в 23 – перманентные экспандеры, сочетающие в себе свойства экспандеров и эндопротезов. Реконструкция груди имплантами выполнена 39 больным после радикальной мастэктомии. В 3 случаях радикальная мастэктомия дополнена первичной пластикой перманентным экспандером, размещенным в субмускулярном кармане. Остальным больным выполнена отсроченная пластика. Если применяли обычный экспандер, то сначала устранялся дефицит кожи, а через 6 месяцев экспандер заменялся постоянным имплантом. Еще 33 пациенткам выполнены различные способы эндопротезирования молочных желез с эстетической целью.

Результаты. 4 из 125 имплантаций осложнились нагноением сером, что привело к удалению двух экспандеров и двух эндопротезов. Процент осложнений

составил 3,2%. Следующим этапом работы по реабилитации больных раком молочной железы после хирургического лечения стало внедрение в практику отделения пластик собственными тканями пациентки. Во всех случаях получен хороший косметический результат. Имело место одно осложнение – кровотечение из перемещенной широчайшей мышцы спины, что потребовало повторной операции и остановки кровотечения.

В отдаленном периоде рецидивы возникли у 4,7% пациенток.

Выводы. Органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции не уменьшают эффективность удаления первичного очага и регионарных лимфатических узлов, не снижают продолжительность жизни больных и значительно улучшают качество жизни больных раком молочной железы.

УДК 615.849 (574.13)

Т.Н. СОКОЛОВА

РАДОНОВОЕ КАРТИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ И РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

Актюбинский областной центр санитарной экспертизы, Актюбе

Актуальность. Среди всех источников естественной радиоактивности основной вклад в годовую эффективную дозу населения вносит вдыхаемый человеком радиоактивный газ – радон. Результаты выборочного радонового картирования населенных мест за 2004 год показали, что уровни ЭРОА радона в Актюбинской области находится в пределах от 10 Бк/м³ до 600 Бк/м³. Поэтому для Актюбинской области, проблема радона достаточно актуальна и вопросы обеспечения радиационной безопасности населения являются значительными и важными в системе здравоохранения.

Цель. Изучение радиационной обстановки Актюбинской области за период с 2009 по 2011 год, по результатам радонового картирования территории.

Материалы и методы. Радоновое картирование проводилось радиологической лабораторией АОЦСЭЭ совместно с сотрудниками департамента санэпиднадзора. Дозиметрическому исследованию подверглись почва, территории жилой застройки, воздух жилых и общественных зданий (в том числе школы, лечебно-

профилактические учреждения, сельские врачебные амбулатории, детские дошкольные учреждения) и рабочей зоны.

Результаты исследования и их обсуждение. Количество исследований радона в 2011 году (по сравнению с 2009 годом) уменьшилось на 20,0%. Меньше исследованы воздух жилых и общественных зданий, территории жилой застройки и радон в воздухе рабочей зоны. В то же время ежегодно увеличивается количество замеров радона в почве, в основном за счет увеличения исследований земельных участков под строительство.

Уровень ЭРОА дочерних продуктов радона и торона в воздухе исследованных помещений и территории застроек колебался в пределах 21-51 Бк/м³, т.е. не превышал допустимого значения.

Таким образом, радиационная обстановка по содержанию в воздухе ЭРОА дочерних продуктов радона и торона в области относительно спокойная, но требует постоянного наблюдения.

УДК 615.28-006

Ю.А. СТАРЧЕНКО

ОПЫТ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ГЕМЦИТАБИНОМ (ГЕМЗАРОМ) У БОЛЬНЫХ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова

Гемцитабин в монотерапии или в комбинации с другими противоопухолевыми средствами проявляет активность при немелкоклеточный рак легкого, рак молочной железы, рак мочевого пузыря, рак яичников, рак поджелудочной железы, рак шейки матки, местнораспространенном рефрактерном раке яичка и раке желчевыводящих путей. Однако побочные эффекты ограничивают его применение в клинической практике и создают отрицательный имидж гемцитабина у клиницистов-практиков.

Для уменьшения количества осложнений нами был разработан и использован новый метод премедикации, по аналогии с премедикацией, используемой при введении таксанов. Наиболее близким к предлагаемому способу премедикации при химиотерапии является внутривенное введение перед введением гемци-

табина (Гемзара) анальгина 500 мг (2 мл), димедрола 20 мг (1%-2 мл), преднизолона 60 мг (2 мл).

В нашей клинике с 2000 по 2011 г.г. в отделении химиотерапии МЦ ЗКГМУ имени М.Оспанова проведено 637 курсов химиотерапии с применением гемцитабина в возрасте от 17 до 65 лет.

Применение данной методики премедикации позволило снизить количество осложнений со стороны органов ЖКТ (тошнота, рвота) с 69% до 43% случаев, диарея - с 19% до 11%, стоматит – с 11% до 3%, периферические отеки (пальцев рук, ног или лодыжек), сыпь кожные высыпания, кожный зуд - с 30% до 11%, гриппоподобный синдром (лихорадка, головная боль, боль в спине, озноб, миалгия) – с 41% до 23%. Следует отметить, что недостатками данного способа премедикации является то, что не удалось добиться пол-

ного снижения количества побочных явлений, т.к. схема премедикации была подобрана эмпирически, без учета веса, возраста больного, показателей кортизола в крови.

Выводы:

1. Перед введением гемцитабина (Гемзара) необходима премедикация.

2. Метод премедикации требует дальнейшей разработки и улучшения в виде индивидуального подбора дозы компонентов с учетом показателей кортизола в крови.

3. Начато изучение схемы премедикации с заменой преднизолона на дексаметазон.

УДК 616.1/9-07

Ж.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, А.К. МОЛДАБАЕВА, С.А. ШАЙМЕРДЕНОВ, Н.А. МУХАМЕТОВА

ОЦЕНКА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗА 2011 ГОД

Медицинский университет Астана,
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4»,
Центр лабораторных технологий, Астана

Цикл выполнения лабораторного исследования принято разделять на 3 этапа: преаналитический, аналитический, постаналитический. Преаналитический этап занимает 57,3% времени, затрачиваемого на производство лабораторной услуги и включает в себя все мероприятия от момента назначения исследования до начала их выполнения. По данным литературы, доля ошибок на преаналитическом этапе лабораторного исследования составляет 49-73,5%.

Цель исследования - определить структуру ошибок преаналитического этапа на основе результатов мониторинга деятельности Центра лабораторных технологий за 2011 год.

В г.Астана централизованные лабораторные исследования (биохимические, иммунохимические, молекулярно-генетические) для медицинских учреждений амбулаторного звена проводятся в Центре лабораторных технологий, открытом в марте 2011 года. За отчетный период было доставлено в Центр лабораторных технологий 96481 проб для исследования, из них было выбраковано с отказом в выполнении исследования 546 проб (0,56%) вследствие нарушения требований к преаналитическому этапу проведения лабораторных исследований (таблица 1).

Из данной таблицы видно, что основная часть ошибок преаналитического этапа, послуживших критерием для отказа в выполнении исследований, приходится на долю медицинских сотрудников, осуществ-

ляющих оформление заказа на исследование (30,9%), забор крови (гемолиз), несоответствие биоматериала заявленным видам исследования или отсутствие биоматериала при оформлении заказа (по 21,7%), неверная маркировка биологического материала (17,5%). Оценка преаналитического качества в условиях централизации, анализ ошибок и систематический мониторинг необходимы для обеспечения аналитического качества исследования.

Таблица 1.

Структура выявленных ошибок преаналитического этапа за 2011 год

№ п/п	Индикаторы качества преаналитического этапа	Кол-во ошибок	
		абс	%
1.	Гемолиз	118	21,7
2.	Хилез	45	8,2
3.	Неверная маркировка биологического материала	96	17,5
4.	Неверное оформление заказа на исследование	169	30,9
5.	Несоответствие биоматериала заявленным видам исследования/отсутствие биоматериала	118	21,7
Итого:		546	100

УДК 616.831-053.88-08

У.К. СУЛЕЙМЕНОВА

ЛЕЧЕНИЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Консультативно-диагностическая поликлиника №1, Актобе

Медикаментозная терапия у пациентов старших возрастных групп должна проводиться с осторожностью, назначение нескольких лекарственных средств допустимо только в случае, если комбинация их научно и практически обоснована. Желательно назначение препаратов, обладающих комплексным терапевтическим эффектом, воздействующих на различные звенья патогенеза и не влияющим на сопутствующие заболевания.

В КДП №1 проведено изучение эффективности и безопасности Танакана (EGB761) на общем состоянии,

неврологическую симптоматику, доплеровские показатели мозгового и периферического кровообращения у 52 пациентов (29 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 60 до 76 лет с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II стадии с признаками нарушения периферического кровообращения (НПК) вследствие СД и облитерирующего атеросклероза нижних конечностей (ОАНК).

Препарат назначался в дозе 40 мг 3 раза в день в течение 3х мес. Оценку состояния пациентов, УЗДГ-исследование проводили до и через 3 мес от начала

терапии. Эффективность оценивали на основании динамики выраженности характерных для ДЭ субъективных жалоб пациентов, по результатам клинического осмотра с исследованием сомато-неврологического статуса, динамики показателей УЗДГ. Переносимость оценивали на основании субъективных ощущений пациентов. В результате лечения Танаканом клиническое улучшение состояния отмечалось у всех 52 пациентов. Уменьшилась выраженность субъективных симптомов (головная боль, головокружение, шум в голове, быстрая утомляемость), отмечено положительное влияние препарата на когнитивные функции, повысилась активность, работоспособность, интерес к жизни. Пациенты с НПК (42 с СД и 9 — с ОАНК) отметили уменьшение выраженности боли в конечностях,

явлений перемежающейся хромоты, судорожных стягиваний в икроножных мышцах, парестезий, увеличение дистанции безболевого ходьбы. Уменьшился цианоз пальцев ног, появилась тенденция к заживлению трофических язв голени. Эффект был объективизирован с помощью УЗДГ. У 46 б-х отмечена положительная динамика объективной неврологической симптоматики (выполнение координаторных проб, уменьшение выраженности или полным регрессе горизонтального нистагма, пирамидного синдрома)

Таким образом, Танакан, обладающий антиишемическим, антигипоксическим, нейропротективным может быть рекомендован для лечения пациентов пожилого возраста с ДЭ в сочетании с НПК и сопутствующей соматической патологией.

УДК 616.62-003.7-008.9

Қ.Г. СҮЛЕЙМЕНОВ, Д.Ш. АБРЕШЕВА

НЕСЕП ТАСЫ АУРУЫМЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Мәселенің өзектілігі. Несеп тасы ауруы урологиялық аурулардың ішіндегі бүйрек пен несеп жүйесінің қабыну ауруларынан кейінгі екінші орындағы кең таралған аурулардың бірі және ол орташа есеппен дүние жүзі халықтарының арасында шамамен 3% кем емес. Несеп тасы ауруымен сырқаттанғандардың арасында әр жастағы адамдар да кездеседі. Біздің мәліметтерімізде уролитиазбен негізінен ер адамдар көбірек сырқаттанады, ол әдебиеттегі көрсеткіштермен де сәйкес келеді (Лопаткин, 1992). Несеп тасы ауруының қазіргі заманғы концепциясына жүгінсек, оны экзогендік және эндогендік себептерге байланысты болатын метаболикалық бұзылыстың әсерінен несептегі кристаллдың түзілуіне, оның ішінде жекелеген кристаллдардың агрегациясымен болатын бөлшектердің пайда болып конкременттердің өсуімен сипаттауға болады. Метаболикалық бұзылыстарды түзетудің кешенді іс-шаралары болмауына орай, науқастардың конкременттерді алғаннан кейінгі бір жылда 7-10%, ал 35% - 5 жыл аралығында және 50%-10 жылда рецидив анықталады.

Зерттеу мақсаты. Несеп тасы ауруының генезіндегі метаболикалық бұзылыстардың алатын ролін анықтау және оны түзету жолдарын негіздеу.

Зерттеу тақырыбы. Метаболикалық бұзылыстардың түрін және мүмкін болатын тас түзілу себебін анықтау мақсатында несеп тасы ауруымен сырқаттанатын науқастарға диагностика жүргізу. Қойылған зерттеу мақсаты мен тапсырмасын негізге ала отырып 128 несеп тасы ауруымен сырқаттанатын науқастарға тексеру жүргізілді. Науқастардың орташа жасы 49,5 жас. Тексеру сипат белгілері (критерий) болып бүйректің астауша-тостағанша жүйесінде, несеп

ағарда тастардың болуы, жоғарғы несеп жолдарының аномалиялары, пиелонефриттің асқыну сатысының, макрогематурияның болмауы болып табылды. Несеп тасы ауруы кезіндегі метаболикалық бұзылыстарды диагностикалауға мыналар анализдер енгізілді: жалпы зәр анализі (зәрдің меншікті салмағы, рН, белок, нитритті сынама, лейкоциттер мен эритроциттер), қан сарысуын биохимиялық зерттеу (Na, K, Cl, Ca, P, несеп қышқылы, альбумин, креатинин), несептің порциясын биохимиялық зерттеу (Na, K, Cl, Ca, P, Mg, оксалат, креатинин), кальций глюконатымен және аммоний хлоридімен жүктеме сынама, зәрді микробиологиялық зерттеу, несеп тасы пайда болуының белсенділігін (Литос-жүйесі) анықтау.

Қортынды. Осы көрсетілген науқастарды зерттеуде оның ішіндегі 92 (71,8 %) науқаста оқшау немесе жанамалас сипаттағы патологиялық өзгерістер анықталды. Уролитиазбен сырқаттанған науқастардағы метаболикалық бұзылыстардың түрлерінің диагностикасы тас пайда болудың себептерін анықтауға болады және қазіргі заманғы зерттеудің өзекті сатысы болып табылады. Несеп тасы ауруының генезіндегі метаболикалық өзгерістердің доминантты рольде болуы тастың элиминациясы кезеңінен кейін де түзету іс-шараларының несеп тасы ауруларының профилактикасы үшін айрықша орын алатынын көрсетеді. зерттеулеріміз Ақтөбе облысындағы несеп тасы ауруының жиілігінің артуының бірден-бір себебі, ол техногенді аймақтағы өнеркәсіп жұмысшылары ғана емес, сол жердегі халықтың да аурушандық көрсеткішінің өсуіне мысал бола алады.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКОГО

Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, Алматы

В ННЦХ им. А.Н.Сызганова с 1980г. по 2012г. было оперировано 21 больных с простой гипоплазией легкого или доли, что составило 2,1% среди всех пороков развития легких. По нашим данным, первые признаки порока у 61,9% больных проявлялись с раннего детского возраста, а у 23,8% в последующие годы жизни.

Простая гипоплазия чаще локализовалась в левом легком – в 15 (71,4%) случаев. Поражение всего легкого было у 9 (42,8%) больных, две доли у одного пациента, а у остальных выявлена простая гипоплазия доли легкого.

Взрослые больные имели более длительный анамнез заболевания, поэтому у всех у них встречались плотные и обширные спайки в плевральной полости. Это привело к увеличению травматичности и длительности операции, требовало особенно осторожного выделения сосудов и бронхов. В двух случаях (9,5%) из-за резко утолщенной плевры, выраженных спаечных процессов, смещения органов средостения и прикрытия сердцем элементов корня легкого при-

шлось выполнить трансперикардальную пневмонэктомию. В послеоперационном периоде только у двух взрослых больных (9,5%) были осложнения – нагноения раны. Летальных исходов не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

В отдаленном периоде в сроки от 1 года до 14 лет обследовано 12 (57,1%) оперированных. Отдаленные результаты хирургического лечения простой гипоплазии нами оценены как хорошие - у 10 (75%), удовлетворительными - у 3 (25%) обследованных. Неудовлетворительных результатов не было.

Таким образом, раннее оперативное лечение простой гипоплазии предупреждает развитие нагноительных процессов в легком, патологическое шунтирование крови и легочную гипертензию. Удаление локализованного хронического гнойного очага приводит к уменьшению воспалительных изменений в бронхиальном дереве вплоть до их полного исчезновения. Риск развития послеоперационных осложнений повышается с длительностью клинических проявлений и возрастом больного.

УДК 618.19-006.6:616-089

К.Е. ТАЙШИЕВ

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

В последнее время во всем мире наблюдается повышение заболеваемости и смертности от РМЖ. Ежегодно в мире регистрируется больше 1 млн. новых случаев РМЖ. Усовершенствование ранней диагностики и систематическое использование адъювантной терапии существенно улучшили результаты лечения больных ранним раком молочной железы. В лечении РМЖ хирургический метод является доминирующим. Органосохраняющие операции, за последние 20 лет являются одним из самым приоритетным направлением в онкологии. [1] Во многом это связано с выявлением злокачественных форм на ранней стадии за счет внедрения современных скрининговых программ. Потеря органа у 96,1 % [2] больных приводит к психическим нарушениям. Основными причинами возникновения расстройств являются установление диагноза РМЖ, выраженный постмастэктомический дефект, лимфостаз и последующая – социальная дезадаптация.

В онкохирургическом отделении Медицинского центра ЗКГМУ им.М. Оспанова за период с 2005 по 2010 г. выполнено 41 органосохраняющих операций (расширенная секторальная резекция молочной желе-

зы с подмышечной лимфодиссекцией) у больных раком молочной железы. Из них I стадия (T1 N0 M0) диагностирована у 21 пациенток, IIa стадия (T1–2N0–1M0) – у 18, IIb стадия (T2–3N0–1M0) – у 2 женщин. Возраст пациенток колебался от 37 до 70 лет. У всех больных опухоль располагалась в верхненаружном квадранте, размером не более 2-х см в диаметре. Как правило, радикальную резекцию производили из одного разреза с удалением опухоли и аксиллярной лимфодиссекцией единым блоком. Осложнений после всех 41 операций не наблюдалось, послеоперационный период протекал гладко. У всех больных диагноз подтвержден гистологическим исследованием. При этом рецидив составил 3 больных (7,3%). Всем проведены повторные оперативные вмешательства.

Выводы:

1. При условии соблюдения принципов абластики органосохраняющие операции молочных желез не влияют на частоту возникновения рецидивов

2. Психоэмоциональные и экономические факторы после проведения органосохраняющих операций протекают более благоприятно, а так же улучшается качество жизни.

ЭВОЛЮЦИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ИМИДЖЕВЫХ СИСТЕМ: ОТ ПЕРВОЙ ЭНДОВИДЕОКАМЕРЫ ДО СОВЕРШЕНСТВА 3D ФОРМАТА

Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, Астана
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Актуальность. Бурное развитие эндохирургии в начале 90-х годов связано с внедрением в клиническую практику эндовидеокамеры. Инновация позволила сделать визуальную информацию хода эндохирургического вмешательства доступной всем членам операционной бригады. Первые эндовидеосистемы отличались низким разрешением, слабой цветопередачей и светочувствительностью. Эндохирург, в свою очередь, вынужден принимать самые ответственные решения лишь на основе видеоизображения. В 2006 году в клиническую практику было внедрено телевидение высокой четкости формата Full HD, который поддерживался видеосистемой "IMAGE 1 HD" компании "Karl Storz". Однако, главным недостатком самых совершенных видеосистем оставался 2D формат. Расстояние до объекта врач продолжал определять интуитивно, что снижало точность его движений.

Материалы и методы. В августе 2012 года в г. Актау, был проведен первый в странах СНГ мастер класс по использованию в лапароскопии 3D визуализации. Новая имиджевая система компании "Karl Storz" включала в себя специальный 3D «бинокулярный» 10 мм лапароскоп, 3D видеокамеру, 3D монитор и специаль-

ный импульсный источник света. Для восприятия эффекта 3D все участники операции одевали специальные очки.

Результаты. С помощью новой 3D системы было успешно выполнено 10 операций: лапароскопическая герниопластика, операции на придатках матки, реконструкция тазового дна при тазовых пролапсах, симулированная лапароскопическая гистерэктомия с холецистэктомией, герниоррафия при паховой грыже у детей. Возраст пациентов колебался от 5 до 67 (+ 28) лет. Все операции выполнены успешно. Случаев конверсии, интраоперационных осложнений не отмечено. Продолжительность операций составила от 24 до 146 (+ 46) мин. Послеоперационных осложнений не было. Длительность пребывания пациента на койке в среднем составила 2,8 к/д.

Выводы. Таким образом, наш первый опыт применения имиджевой системы 3D визуализации компании "Karl Storz" показал, что новая система даёт хирургу дополнительное реальное ощущение глубины, что обеспечивает высокую точность движений, улучшает эргономичность и повышает безопасность эндохирургических операций.

УДК 616.33-057.87-084

Г.М. ТҰЙҒЫМБЕКОВА

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У УЧАЩИХСЯ

АГП №1 (подростковый кабинет), Актау

Актуальность: В последнее десятилетие происходит прогрессивное ухудшение состояния здоровья и снижение функциональных возможностей современных детей по сравнению с их сверстниками 70-х годов XX века. Неправильное или неполноценное питание детей и подростков является основным и самым мощным разрушающим здоровье фактором. Нарушения в питании детей школьного возраста играют существенную роль в прогрессивном росте желудочно-кишечных заболеваний (язвенной болезни желудка, эзофагитов, дуоденитов, холециститов и др.).

Целью исследования является изучение возможности проведения скрининга гастродуоденальной патологии у подростков во время прохождения ежегодных медицинских осмотров.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 188 школьников 10 и 11-тых классов для выявления ранее выставленных гастроэнтерологических диагнозов, симптомов заболеваний органов пищеварения и факторов риска их развития. Анкеты просты в заполнении (содержит 17 вопросов) - это поиск респондентом из предложенного перечня тех признаков, состояний, которые у него имеются.

Результаты. При анкетировании школьников обнаружены факторы, предрасполагающие к возникно-

ванию и обострению болезней желудочно-кишечного тракта (алиментарные факторы, особенности личности, наличие вредных привычек). Выявлено 87 человек (46,3%), испытывающих те или иные (часто сочетающиеся между собой) симптомы, которые могут быть при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (боль в животе — 40,1%, дискомфорт в эпигастрии — 31,4%, изжога — 32,1%, тошнота и рвота — 13,9%, отрыжка воздухом и кислым — 2,9%). В результате проведенных исследований установлено, что у 26,6% школьников (50 человек) имелись установленные гастроэнтерологические диагнозы, в том числе у 1,6% — язвенная болезнь, у 20,2% — заболевания гастродуоденальной зоны, в том числе у 17,6% — воспалительные, у 2,7% — эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны, хронический холецистит — 32%, дискинезии желчевыводящих путей — 40.

Выводы. Таким образом, применение анкетирования является простым и малозатратным методом, эффективным в выявлении патологии желудочно-кишечного тракта, что позволяет рекомендовать их для тестирования молодых людей на ежегодных медицинских осмотрах.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, КДГП№3, Актобе

Современные принципы рационального применения антибиотиков при респираторных инфекциях у детей включают стратегию «лечи сразу правильно»; терапию «step - down» согласно которой назначается мощный антибактериальный препарат; ступенчатую терапию; преимущественное использование пероральных форм антибактериальных препаратов при тяжелых инфекциях; принцип минимальной достаточности (антибиотик назначается только в тех случаях, когда он не может не назначаться); использование антибиотиков в виде пролекарств, что уменьшает негативное воздействие на организм. В 2003 году в Казахстане для повышения качества медицинской помощи детям на основе принципов доказательной медицины было внедрено адаптированное клиническое руководство всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для поддержки клинических национальных протоколов республики.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности антибиотикотерапии при лечении тяжелой пневмонии согласно руководству всемирной организации здравоохранения.

Обследовано 12 детей, получивший лечение в Актюбинской областной клинической детской больнице в отделение пульмонологии с диагнозом: тяжелая пневмония. Диагноз был выставлен на основании неотложных и приоритетных показателей согласно руководству всемирной организации здравоохранения по

интегрированному введению болезней детского возраста (ИББДВ). Основная характеристика данного контингента: возраст $7,6 \pm 0,8$ год; мальчики – 7(58,3%), девочки – 5 (41,7%).

9 (75%) детей с первых дней поступления в стационар получили бензилпенициллин 50 тыс ЕД/кг в/м через каждые 6 часов как стартовый антибиотик, а 3 (25%) детям был назначен препарат цефалоспоринового ряда (цефтриаксон) в дозе 80 мг/кг внутривенно 1 раз в день. При этом дети ежедневно получали необходимый объем жидкости в соответствии с возрастом, при повышении температуры тела выше $38,5^{\circ}\text{C}$ применялся парацетамол. Бронхолитические препараты были назначены у 7(58,3%) детей в виде сиропа бронхолитина, 5(41,7%) детей нуждались в кислородной терапии. При оценке состояния через 3 дня: у 10(83,3%) детей получивший антибиотикотерапию состояние детей улучшилось, появилось аппетит, снизилась температура тела, исчез центральный цианоз, что указывало на эффективность проводимой терапии. 2 (16,7%) детям произведено смена антибиотика на пероральное введение - амоксициллин в дозе 25 мг/кг.

Таким образом, рекомендуемые ВОЗ стартовые антибиотики бензилпенициллин и цефтриаксон дает возможность не только спасти ребенка, но и сохранить чувствительность патогенных микроорганизмов к существующим антибактериальным препаратам.

УДК 616.12-008.331.1:615.03

Л.М. ТУЛЕГЕНОВА, З.С. ХАЙРУЛЛИНА, А.Ж. АЛДАМЖАРОВА

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НЕБИЛЕТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
Филиал АО «МСТ» Железнодорожные госпитали медицины катастроф»
«Актыбинская железнодорожная больница», Актобе

Цель исследования: Оценка клинической эффективности кардиоселективного бета-адреноблокатора III поколения с вазодилатирующим свойством – небилет (фирма «Berlin-ChemieAG» Германия - Nebivolol) при артериальной гипертензии 2 ст, риск 3 (высокий)

Материалы и методы: В железнодорожной больнице в период с января 2011 по сентябрь 2011 пролечено небилетом 52 пациента с диагнозом: «Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3 (высокий), Н-IIA, IIФК». Диагноз выставлялся по критериям ВОЗ/МОАГ 1999г. Средний возраст пациентов – $55,6 \pm 8,3$ г, муж – 24, жен – 28. Проведено клиническое обследование по Стандартам РК. Проводилась 6 минутная шаговая проба по протоколу. Небилет назначался в таблетках по 5 мг 1 раз в сутки. Средняя длительность стационарного лечения – $9,7 \pm 0,5$ дней.

Результаты: На фоне терапии небилетом была достигнута удовлетворительная клиническая эффективность: снижение уровня АД отмечалось в среднем

на 10% от исходного; значительно улучшилось субъективное самочувствие: существенно уменьшилась одышка при физической нагрузке, головные боли и головокружения. Проведение нагрузочных тестов с целью оценки функционального статуса пациентов и эффективности лечения показало увеличение дистанции 6 минутной шаговой пробы с $425,4 \pm 21,3$ м. до $444,7 \pm 18,7$ м. после лечения.

Проведенная терапия небилетом продемонстрировала хорошую переносимость пациентами: побочные эффекты отсутствовали у 50 больных (95%), у 2 пациентов отмечалась тошнота, однако данный эффект не потребовал отмены препарата.

Заключение: Небилет положительно влияет на течение артериальной гипертензии 2 степени, риск 3 (высокий) при наличии хронической сердечной недостаточности - Н-IIA, IIФК. Небилет хорошо переносится, не требуется отмена препарата.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
Филиал АО "МСТ" Железнодорожные госпитали медицины катастроф)
«Актюбинская железнодорожная больница», Актобе
Городская поликлиника №3, Актобе

Цель работы: Определение антибиотикочувствительности возбудителей ХОБЛ при простом (неосложненном) обострении.

Материал и методы исследования: В амбулаторных условиях обследовано 158 пациентов с простым (неосложненным) обострением ХОБЛ II стадии, мужчин - 93, женщин – 65, средний возраст всех больных – 50,9±14,6. Проводили бактериологический анализ мокроты и определяли чувствительность к антибактериальным препаратам (АБП). Чувствительность патогенов к АБП определяли методом диффузии в агаре с применением бумажных дисков: цефалоспорины 4-х генераций, гентамицин, ампициллин, фторхинолоны, эритромицин и азитромицин.

Результаты: При неосложненном обострении ХОБЛ выделены (по мере частоты встречаемости): Streptococcus pneumoniae, Streptococcus viridans, Staphylococcus aureus, Moraxella catarrhalis, Citrobacter korineri, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes, Streptococcus haemolyticus, а также Candida albicans и др. При сравнительном анализе полученных результатов с данными авторов зимой 2007-2008 мало изменений в микробиологическом пейзаже.

Наиболее выраженную чувствительность среди выделенных микроорганизмов показали цефалоспорины 3-4 поколений. Третье поколение – цефотаксим (клафоран), цефтазидим (фортум) и четвертое поколение – моксалактам (моксам, латамоксеф), цефокситин (мефоксин) показали чувствительность вплоть до высокой в 100% случаев. Препараты группы фторхинолонов – ципрофлоксацин (ципробай), офлоксацин (таривид, заноксин, флороцин), пефлоксацин (абактал) также оказались высокочувствительными, кроме стрептококков (Str. pneumoniae, Str. viridans, Str. haemolyticus). У большинства возбудителей имеется умеренная чувствительность к гентамицину. Наиболее часто проявляли нечувствительность к ампициллину, а также к эритромицину. Однако 15-членный макролид – азитромицин (сумамед, азитро, азелтин) показал высокую активность в отношении большинства полученных микроорганизмов.

Выводы: наиболее эффективны в данной клинической ситуации цефалоспорины 3-4 поколений, фторхинолоны.

УДК 616-084-053.4

Р.А. ТУЛЕГЕНОВА

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. АКТОБЕ

КДП №3, Актобе

Основными направлениями работы по охране здоровья ребенка является создание благоприятной среды в образовательных учреждениях и дома, обеспечение условий для активного умственного и физического развития, полноценное питание детей, предоставление доступной и квалифицированной медико-социальной помощи.

Проведен анализ результатов профилактических медицинских осмотров детей в двух детских дошкольных учреждений (№17 и 33) г. Актобе. Осмотры проводились специалистами детских поликлиник, к которым прикреплены указанные учреждения.

Всего проанализированы результаты профилактических осмотров 510 детей (268 мальчиков и 242 девочки).

Анализ данных позволяет установить, что только 17,4 - 18,4% детей могут считаться абсолютно здоровыми (I группа здоровья), 29,4-33,9% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), около половины детей страдают хроническими болезнями в стадии компенсации (III группа) и 0,5 - 0,9% – хроническими болезнями в стадии субкомпенсации (IV группа

здоровья). В структуре функциональных отклонений I место принадлежит нарушениям костно-мышечной системы, в том числе нарушениям осанки, деформациям грудной клетки, уплощению стоп, они встречаются практически у 70% детей. На II месте нарушения со стороны ЛОР-органов, представленные преимущественно гипертрофией миндалин и аденоидов II степени, встречаются у 23% детей. III место принадлежит функциональные расстройства зрения диагностированы у 15% детей. Нарушения зрения на IV месте. Расстройства иммунитета, выявляемые у детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, на V месте. К часто болеющим детям отнесены 10% детей дошкольников. Функциональные нарушения системы со стороны кровообращения, пищеварения, функций почек и системы мочевого выделения, аллергические нарушения и функциональные нарушения бронхо – легочной системы находятся в последующих местах.

Таким образом, анализ результатов профилактических осмотров детских дошкольных учреждений № 17, 33 г. Актобе садов дошкольников показал, что у

детей ДДУ (№17 и 33) г. Актобе имеет место определенно высокая распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний, что требует

осуществления профилактических, оздоровительных и лечебных мероприятий в ДДУ с последующей оценкой эффективности проведенной работы.

УДК 616.233-072.1-007

К.Г.ТУМЫШЕВА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Городская детская поликлиника, Актау

Своевременная диагностика пороков развития бронхолегочной системы сопряжена с объективными проблемами, сущность которых заключается в том, что на ранних этапах развития патологического процесса заболевание протекает под маской различных неспецифических заболеваний респираторного тракта. Вместе с тем, очевиден факт клинической манифестации врожденных пороков развития легкого в раннем возрасте, что предопределяет прогностическую значимость своевременной диагностики с позиций определения тактики лечения и прогноза заболевания.

Клинический случай. Мальчик С. 5 лет. В раннем антенатальном периоде мама перенесла тяжелую форму ОРВИ, ранний токсикоз и угроза прерывания беременности. Родился в срок, находился на грудном вскармливании. В возрасте 4 месяцев перенес ОРВИ, осложненную пневмонией верхней доли правого легкого. На 1 году жизни три эпизода острой пневмонии с локализацией процесса в проекции верхней доли правого легкого. В возрасте старше года отмечались эпизоды пневмонии до 3-4 раза в год с четкой локализа-

цией в верхней доле правого легкого. С 2,5 лет отмечался постоянный влажный кашель с гнойной мокротой, над верхней долей правого легкого дыхание ослаблено, разнокалиберные влажные хрипы. На рентгенограмме органов грудной клетки отмечалось уменьшение объема правого легкого. Проведено комплексное бронхологическое обследование: при бронхоскопии выявлен диффузный катарально-гнойный эндобронхит, на бронхограмме - множественные кисты в верхней доле правого легкого. Выставлен клинический диагноз: врожденный порок развития - кистозная гипоплазия верхней доли правого легкого. На фоне купирования очередного обострения хронического воспалительного процесса проведена операция – лобэктомия верхней доли правого легкого с благоприятным исходом. Данный клинический случай иллюстрирует классический вариант течения врожденного порока развития бронхолегочной системы и факт поздней диагностики заболевания в связи с неадекватной оценкой клинико-anamnestических данных.

УДК 614.251.2

М.Н.ТУРЕБАЕВ

ВОПРОСЫ ИННОВАЦИОННОГО РЕФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РАЗВИТИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ (ОВП) В КАЗАХСТАНЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Остановы, Актобе

Оказание первичной помощи на основе ОВП, по мнению ВОЗ, позволяет достигать здоровья для всех через обеспечение широкого круга диапазона интегрированных функций здравоохранения: профилактику болезней, лечебную, восстановительную и медикосоциальную. Реструктуризация первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) обусловлена ограничением всех видов ресурсов, появлением новых потребностей медицинских технологий (дневные стационары, стационары на дому). Поэтому переход к ОВП закономерен и весьма актуален. При этом отмечается взаимобусловленная связь между качеством медицинской помощи, предоставляемой населению службами первичного звена здравоохранения, и уровнем подготовки врачебных кадров, оказывающих ПМСП. Для обновления навыков и умений, поддержания и улучшения качества оказываемой помощи очень большое значение имеют непрерывное медицинское образование и постоянное повышение профессиональной квалификации. Между тем, на сегодняшний день очевидна ограниченность распространения службы ОВП, так как врачи без особого желания проходят многопрофиль-

ную подготовку (в том числе последипломную). Однако в реальности имеются серьезные недостатки в системе медицинского образования. По мнению большинства специалистов, практическая подготовка врачебного персонала остается низкой. Недостаточный уровень практической подготовки выпускников, к сожалению, не всегда компенсируется на уровне последипломной подготовки. Особенность преподавания клинических дисциплин на кафедре ОВП факультета дополнительного медицинского и фармацевтического образования состоит, прежде всего, в том, что оно ведется совместно со смежными кафедрами факультета и университетских клиник, и теория должна подкрепляться ежедневной отработкой практических навыков на конкретном больном. Помимо практических навыков курсант ВОП на смежных кафедрах должен получить навыки правильного оформления медицинской документации (истории болезни), беседы с больным, его опроса, осмотра, определения диагноза. А вот для этого в процессе занятий на тех же кафедрах необходимо выработать алгоритм клинического мышления по каждой конкретной нозологии или группе за-

болеваний, объединенных каким-либо фактором. Клиническое мышление ВОП оттачивает на протяжении всей своей профессиональной деятельности, но его основы надо постичь уже к окончанию первичного последилового образования. Стереотип клинического мышления формируется только путем решения клинических задач, в основе каждой из которых лежит конкретная клиническая ситуация. Это осмотр больного и беседа с ним во время первичного приема, принятие

решения и назначение конкретного обследования с обоснованием каждого назначения, причем следует не только ответить на вопрос, что назначить, но и для чего, с какой целью, что мы хотим получить от этих исследований. Далее следует постановка диагноза и определение лечебной тактики в каждой конкретной ситуации, причем очень полезно решать задачи на конкретных больных.

УДК 595.775:615.777/.779(574.55)

С.У. ТУРМАГАМБЕТОВА, М.А. АЛАШБАЙ, Л.Б. НУРМАГАМБЕТОВА,
А.Ж. ЖАЙМАХОВА, Ш.Т. САРСЕНБАЕВА

ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ НАПАДЕНИЯ БЛОХ PULEX IRRITANS НА ЛЮДЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПАХ ЖИЛЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Актюбинская противочумная станция, Актюбе

Блохи *Pulex irritans* не только паразитирует на человеке, но и отличается умением выживать в самых неподходящих условиях. Способна паразитировать на широком круге теплокровных животных (грызуны, хищники, копытные), могут жить и размножаться не только в условиях норы или жилья человека, но и на открытом воздухе, устойчивы к инсектицидам.

Наблюдение в жилых помещениях за численностью, генеративной и алиментарной активностью, половозрастного состава блох проводилось в период с мая по октябрь, а в надворных постройках – в августе 2010-11 гг.. В течение этого периода были выставлены на ночь 4430 клеевых листов на площади 22150 кв.м. в 20 населенных пунктах. Зараженность объектов составила 35 процентов. Индекс обилия блох на 100 м² составила 9 экз., на 1 клеевой лист – 0,5 экз., что по градации считается очень высокими показателями. Из 17500 кв метров, обследованных надворных хозяйственных построек все были поражены блохами.

Индекс обилия блох на 100 кв м. обследованной площади составил 7,5 экз.. Проведена 3-х кратная дезинсекция 1,1 % раствором хлорофоса, в результате которой в жилых помещениях уменьшилось количество блох. А в надворных постройках уничтожение блох производилась инсектицидным порошком фипронила. Эффективность проводимых работ была высокой, но кратковременной. Обусловлено это тем, что современные инсектициды действуют только на имаго блох, а выплод насекомых идет непрерывно в теплое время года. Поэтому и объясняется высокий процент пораженности объектов и населенных пунктов района. В связи с этим рекомендуется местным дезинфекционным отделам проводить поселковую дезинсекцию одновременно во всех пораженных блохами населенных пунктах и повторить эту работу не менее 3-х раз в течение 10-15 дней. Также нужно искать более эффективные инсектициды.

УДК 616-006.36-089:615.099.036.83

А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, К.К. ШАЛЕКЕНОВ, А.Н. ГАЙДАЙ, С.А. АСЕМБАЙ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Актуальность: миома матки является одной из причин нарушения репродуктивной функции. Частота данного заболевания среди женского населения составляет от 10 до 29%. В настоящее время отмечено «омоложение» этого заболевания, которое нередко обнаруживают в 20–30-летнем возрасте и моложе, когда женщины в основном не реализовали репродуктивную функцию. Частота наступления беременности по данным литературы после миомэктомии колеблется от 33,5 до 71% наблюдений.

Цель исследования: изучить восстановление репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находятся две группы пациентов в период с 2009 года по настоящее время: 9 пациенток прошедшие оперативное лечение и 6 пациенток, которым не проведено оперативное лечение по различным причинам, репродуктивного возраста с миомой матки

различной локализации и количеством узлов, страдающих как первичным так и вторичным бесплодием, обусловленное наличием миомы матки, при исключении других причин.

Пациенты I группы, прошедшие оперативное лечение в объеме консервативной миомэктомии, в 56%(5) случаев оперированы традиционным методом, 44%(4) лапароскопическим. Количество удаленных миоматозных узлов находится в диапазоне от 1 до 46, причем субмукозное расположение отмечается в 78%(7) случаях, интрамуральное в 100%(9), субсерозное в 4(44%). Послеоперационный период у всех наблюдаемых протекал без осложнений. В реабилитационный период все пациентки прошли гормонотерапию и предгравидарную подготовку. Восстановление репродуктивной функции отмечается в 78%(7), сохранение бесплодия в 22 %(2). Пациентам II группы на данном этапе, по различным причинам не проведено оперативное лечение, находятся под наблюдением.

Выводы: таким образом, из наших наблюдений можно сделать вывод, что при миоме матки приводящей как к первичному, так и вторичному бесплодию, у женщин с нереализованной репродуктивной функцией, оперативное лечение в объеме консервативной миом-

эктиомии как лапаротомным, так и лапароскопическим методом, приводит к восстановлению фертильности и не исключает вагинальные роды, как метод родоразрешения.

УДК 616-053 2.616-089:617 5; 616: 612. 017.1

А.Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ

ПЕРИТОНИТ БАЙҚАЛАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ЕМДІК ШАРАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІН БОЛЖАЙТЫН ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ КРИТЕРИЯЛАР

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Перитонит көп факторлы күйзеліс ретінде сипатталады. Бұнда эндогенді күйзелістік факторларға (инфекция, қабыну) экзогенді факторлар (наркоз, оталық жарақат) қосарланып, қанға иммунитетке күшті депрессиялық әсер ететін стресс-гормондар жіберіледі. Бұл жағдай аурудың ағымын қиындататын, екіншілік иммундық жетіспеушіліктің пайда болуына ықпал етеді. Осыған орай отадан кейінгі жүргізілетін кешенді ем иммундық қалыптастырушы дәрілерді қасуды талап етеді. Бұл өз кезегінде, жүргізілген емнің тиімділігін және аурудың болжамын жоғарғы дәрежеде әдептілікпен болжауға ықпал етуге қабылетті болып келетін, сайма-сай иммунологиялық тестер қолдануды қажет етеді. Жұмыстың негізіне Марат Оспанов атындағы БҚММУ балалар хирургиясы клиникасында аппендикулярлы перитонитпен емделген 2-ден 14 жас аралығындағы 70 науқасты бақылау нәтижесін талдау алынған. Таралуына сәйкес диффузды перитонит 32 балада және 48 науқаста таралған перитонит анықталған. Барлық балаларға лапароскопиялық әдіспен ота жасалған.

Барлық науқастарға 1, 3, 7 және 14-ші күндері АҚҚ «Сорбет» (Россия) [6] шығарған моноклональды антидене көмегімен CD³⁺, CD⁴⁺, CD⁸⁺, CD²⁰⁺ санын анықтауды қамтитын иммундық статусты бағалау, лимфоциттер бласттрансформациясы реакциясын (ЛБТР), Т-лимфоциттер функциялық активтілігі анықталды; иммунды реттеуші индекс (ИРИ=CD⁴⁺/CD⁸⁺), негізгі сарысулық иммуноглобулиндер А, М, G, нейтрофильдердің фагоцитарлық активтілігін және фагоцитозға қабылетті нейтрофилдердің фагоцитарлық индексін (ФИ%) және фагоцитарлық санды (ФС) анықтадық.

ИЛ-1 және ИЛ-2 түзілуін бағалау құрамында науқастың мононуклеарлы жасушасынан алынған ИЛ-1 және ИЛ-2 бар, супернатанттармен өңделген донор қанының жасушаларының ФГА-сымен ЛБТР-да жүргізілді. ИЛ-1р және ИЛ-2р бағалауда дәл осылай жүргізіледі, бірақ бұл жағдайда ЛБТР-да донор супернатанттарымен өңделген науқас жасушалары пайдаланылды.

Перитонитпен ауырған екі топтағы науқастарда иммундық статус ИРИ-дің төмендеуімен (таралған перитонитте 2,0±0,1; диффузды перитонитте 2,8±0,3) сипатталады. Бұл жағдай CD⁴⁺ 32,4± 5,8%-ға (таралған перитонитте) және 39,9 ±4,6%-ға (диффузды перитонитте) дейін, CD⁸⁺ популяциясының аздап артуы (26,5±0,9% таралған перитонитте және 24,4±1,1% диффузды перитонитте) фонында, төмендеуі салдарына биланысты болса керек. Сонымен қатар Т-лимфоциттердің (CD³⁺) барлық популяциясының таралған перитонитте 49,1±5,0%-ға және диффузды перитонитте 56,3±2,9%-ға негізінен CD⁴⁺ есебінен төмендегені анықталған. Сондай-ақ, В-

лимфоциттердің (CD²⁰⁺) функциялық активтілігі төмендегені белгілі болды.

Ол сарысулық иммуноглобулиндер IgA (1,1±0,1 г/л және 1,4±0,2 г/л сәйкес) және IgG (8,2± 0,9 г/л және 9,8±0,87 г/л) және нейтрофилдердің фагоцитарлық активтілігінің (ФИ - 44,1±3,7% және 50,6±3,3%; ФЧ – 3,2 ±0,11және 4,7±0,09 сәйкестікпен) төмендеуімен білінді. Иммунитеттің Т-, В-звеноларының және фагоцитоз процессінің активтілігінің бұзылуының айқындылығының жоғары деңгейі таралған перитонит байқалатын балаларда анықталды. Ол интоксикацияның және аурудың ауырлық деңгейінің жоғары болуына байланысты болса керек.

Диффузды перитонит байқалған балаларда интерлейкиндік статусты тексеру қабынуға қарсы ИЛ-1 (1,87±0,02) және иммундық реттеуші ИЛ-2 (1,58 ±0,02), ИЛ-1р және ИЛ-2р (1,28±0,15 және 1,35±0,1) рецепторларының экспрессиясымен, жоғары деңгейде түзілетіні белгілі болды. Ал таралған перитонит байқалатын науқастарда ИЛ-1 және ИЛ-2 (1,2±0,08 және 1,0±0,08) түзілуінің төмендеуімен, ИЛ-1р және ИЛ-2р (0,9±0,07 және 0,8±0,06) экспрессиясымен интерлейкин тәуелді иммундық жетіспеушілік қалыптасты.

Иммунитеттің зерттелген көрсеткіштерінің динамикасын ота жасалғаннан кейінгі кезеңде талдау отадан кейінгі 1-ші және 3-ші күндері екі топтада барлық зерттелген көрсеткіштер бойынша өзгеріске бейімділік немесе айтарлықтай айырмашылық анықталмады. 7-ші күні иммундық реттеуші ем жүргізілгеннен кейін салыстыру тобында CD⁴⁺ және CD⁸⁺ мөлшері аздап, олардың балансының қалыптасуысыз, арытатыны анықталды. Иммуноглобулиндер және нейтрофилдер активтілігінің жоғарлауы шамалылау екені білінді. ИЛ-1, ИЛ-2 және ИЛ-1р және ИЛ-2р экспрессиясы өзгерген жоқ. Солай бола тұрса да бірінші топта CD⁴⁺ және CD⁸⁺ мөлшерінің нақты емес артуы, олардың балансының қалыптасуға бейімділігімен, байқалды.

Зерттелген балаларда иммунитеттің параметрлерін 14-ші тәуелікте анықтау негізгі топта ИРИ көрсеткіші дені сау балалар көрсеткіштеріне сәйкес келетінін көрсетті. Солай бола тұрса да ол салыстыру тобында нақтылы төмен болды (2,3±0,2 және 3,5±0,3).

Перитонит байқалатын ауруларда цитокиндік стаусты зерттеу Ренколейкинді бір рет енгізіп, одан әрі регионалды лимфотропты антибактериялық ем жүргізудің модуляциялық әсері бар екенін көрсетті. Яғни, ИЛ-1, ИЛ-2 және олардың рецепциясының экспрессиясы дені сау балалардың көрсеткіштерінің деңгейіне дейін төмендеуі байқалады.

Жүргізілген зерттеу жұмыстары іш қуысын санациялағаннан кейін оң жақ мықын аймағының іш

пердесі сыртқы аймағына бір рет Ронколейкин енгізу ота жасағаннан кейін 14-ші күндері интерлейкиндік статусы қалыптастыруға алып келеді. Қолданылған иммундық статусы бағалау әдістері ИРИ, CD⁴⁺ және

CD⁸⁺ деңгейлерін, ИЛ-1, ИЛ-2 түзілу деңгейлерін, сонымен қатар ИЛ-1р және ИЛ-2р экспрессиясын критериялық маңызды көрсеткіштер ретінде қолдануға болатынын дәлелдеді.

УДК 618.19:616-002.18

А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, К.М. АМАНТАЕВА, Ж.Т. ЕШИМБАЕВА, С.О. ТУРЕБАЕВ

РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕНІҢ ГИПЕРПЛАСТИКАЛЫҚ ПРОЦЕСТЕРІ КЕЗІНДЕГІ СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе
Атырау қалалық перзентхана, Атырау

Көптеген клиникалық бақылаулар көрсеткендей, әйел организмінің гормональды статусының бұзылыстары кезінде сүт безі де көптеген өзгерістерге ұшырайды. Сүт безінің дисгормональды гиперплазиясының патогенезінде абсолютті және салыстырмалы гиперэстрогенияға, тиреотропты, гонадотропты гормондардың, пролактин өндірілуінің және алмасуының бұзылыстарына көңіл бөледі. Эндо-және миометрийдің қатерсіз гиперпластикалық ауруларымен науқастарда да гормональды гомеостаздың бұзылыстары анықталады. Сүт бездерінің ауруларымен науқастарды зерттегенде гипертиреоз, гиперинсулинемия, семіздік, асқазан-ішек жүйесінің және гепатобилиарлы кешеннің патологиясы анықталады. Жүргізілген зерттеулер нәтижелері бойынша, репродуктивті жүйенің қатерсіз гиперпластикалық процестері кезінде сүт бездері айқын патологиялық жағдайға жиі ұшырайды, тек науқастардың 4/1 пролиферативті өзгерістер анықталған жоқ. Бақылау кезінде жайылмалы түйінді мастопатиялар 73% құрады. Сүт безінің клиникорентгенологиялық көрінісін гинекологиялық диагнозбен

салыстырғанда, бездердің патологиялық өзгерістері гениталийдің барлық қатерсіз гиперпластикалық ауруларында кездеседі. Осы контингенттің маммограммасында рентгенологиялық симптомдар басым. Сүт бездерінің аденоз, безді-фиброзды мастопатиясы анықталуының пайызы жоғары, бұлар эндометрий полипі кезінде 53%, эндометриоз кезінде 43% құрады. Жатыр миомасы кезінде мастопатия 67% төмен, бұл жатыр миомасының жоғары репродуктивті топта анықталуымен түсіндіріледі. Мастопатия формасы бойынша: фиброзды-кистозды 42%, аденоз немесе безді-фиброзды 25%, түйінді түзілістер 11% кездесті, оның ішінде 11 адамда фиброаденомалар, 5 ірі кисталар анықталды. Сүт бездерінде жиі патологиялық өзгерістер полип, эндометриоз кезінде анықталған. Жатыр миомасымен науқастарда сүт безіндегі өзгерістер фиброзды-кистозды мастопатиямен, түйінді пролифераттардың болуымен көрінді. Жатыр миомасында гиперпластикалық ауруларға қарағанда, жиі инволютивті гипопластикалық процесстер кездесті.

УДК 612.017.1:614.76-053.31

Б. ТУСУПКАЛИЕВ, А.К. ЖУМАЛИНА, Б.А. ЖЕКЕЕВА, С.Ж.САУРОВА

ИММУННАЯ ЗАЩИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

Работами Актюбинских исследователей (А. М. Доцанова, 1996 г, Т. М. Укыбасова, 1997г) установлено влияние хрома на репродуктивную деятельность женщин и на основе клинических, патоморфологических, биохимических и других исследований, выявлены нарушения в системе мать-плацента-плод. Известно, что иммунный статус детей, находящихся на грудном вскармливании, во многом зависит от состояния иммунного ответа у их матерей. При этом, имея достаточно публикаций о вредном влиянии на показатели иммунитета у различных прослоек работников вредных предприятий и у жителей, прилегающих к ним регионов, все еще не изучены особенности иммунной защиты у новорожденных детей, проживающих в этих регионах.

Цель исследования. Изучить особенности иммунных показателей периферической крови у новорожденных детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Материалы и методы. Изучен иммунный статус у 53-х детей периода новорожденности, проживающих в 246

радиусе 1-2 км от хромперерабатывающего завода. В качестве контрольной группы изучена иммунная система у 25 новорожденных, проживающих в регионе, где нет промышленных предприятий. Иммунный статус новорожденных детей оценивался по числу лимфоцитов в периферической крови, по содержанию иммуноглобулинов А, М, G.

Результаты и обсуждение. Процентное содержание лимфоцитов в периферической крови у детей этого региона меньше в 1,5 раза, а абсолютное число лимфоцитов в 2 раза по сравнению с детьми контрольной группы. При этом абсолютное число лимфоцитов практически не отличается у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании и без него. Хотя у детей, находящихся на грудном вскармливании, абсолютное число лимфоцитов несколько больше, чем у детей, не имеющих грудного кормления. Однако, эти различия не достоверны ($P > 0,05$). У детей периода новорожденности концентрация Ig M достоверно больше ($P > 0,001$), чем у детей контрольной группы. У детей без грудного кормления концентрация

этого иммуноглобулина больше ($P>0,05$), чем у детей, находящихся на грудном вскармливании. Концентрация Ig M у новорожденных детей, проживающих в биогеохимической зоне по хромому, достоверно выше ($P>0,001$), чем у детей контрольной группы.

Заключение. Процентное содержание и абсолютное число лимфоцитов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов у новорожденных детей, проживающих в опытном регионе, заметно отличаются от нормативных показателей, и имеется определенная зависимость этих показателей от вида вскармливания.

УДК 616-036.11.88:614.76-053.31

Б.Т.ТУСУПКАЛИЕВ, Н.П.ГОЛОВЫРИНА, Г.Б. БЕГЕНОВА, Н.А. КОНРАД

СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ

Городская детская клиническая больница,
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Окружающая среда является одним из индикаторов оценки заболеваемости и младенческой смертности. При этом общеизвестно ранговое место в структуре младенческой смертности неонатальной смертности. Так, Диханбаева С.А. с соавторами (2007) обращает внимание, что первое место в структуре смертности детей от 0 до 5 лет занимают некоторые состояния перинатального периода, на втором месте врожденные пороки развития. Проанализированы отчетные материалы отделения патологии новорожденных (ОПН) ГКБ и истории болезни умерших детей. За 2011 год по ОПН прошло на 148 больных больше. При этом процент доношенных новорожденных несколько уменьшился, а недоношенных увеличился (по 3,3%). Из числа пролеченных больных умерло 7 новорожденных, что на 5 раз меньше, чем в 2010 году и % летальности в отчетном году составил 1% против 6,6% в 2010 году. Процент летальности недоношенных в 2011 году 14,2% (в 2010 году - 65%). В структуре заболеваемости 1 место, также как и в 2010г, занимают церебральные ишемии и перинатальные поражения ЦНС-330 детей (48,7%), на 2-м месте, по частоте, неонатальные желтухи -144 случая (21,2%) (в 2010г – 30 случаев, 5,8%, занимали 4-е место), на 3-м месте - в/у пневмонии и

пневмонии новорожденных на фоне ателектазов - 94 больных (13,8%) (в 2010г – 26,1%, меньше на 12,2%), с фетальным гепатитом 14 детей (2%), на 5-м месте, также как и в 2010г, неонатальные поражения кожи 12 детей (1,77%), врожденные аномалии развития -7(1%) занимают 6-е место. Гемолитическая болезнь и геморрагическая болезнь новорожденных и недоношенность по 5 случаев (0,7%), в/у сепсис – 4 (0,5%), родовые травмы и пузырчатка составляют по 0,44% (по 3 случая). За 2011 год умерло 7 детей, из них до суток – 1 (14,2%), более 7-ми суток - 4 детей (57,1%). Структура неонатальной смертности: если в 2010г из 35 умерших- 12 детей (34,3%) были доношенными, а 23 (65,7%) – недоношенными, то в 2011г из 7 умерших - доношенных было 6 (85,7%) от общего количества умерших и 1 ребенок (14,2%) недоношенный. В структуре перинатальной смертности первостепенное значение имеют в/у инфекции (пневмония, сепсис, фетальный гепатит), 5 детей из 5 умерших детей. Процент ранней неонатальной смертности от 0 до 6-ти суток снизился на 11,5%. В сравнительных показателях неонатальной заболеваемости и смертности обращает на себя внимание высокий процент смертности от в/у инфекций.

УДК 616.28-002-08

А.Н. ТЫШКАНБАЕВА

КАНДИБИОТИК В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ И НАРУЖНЫХ ОТИТОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
ОЦ «Куаныш», Актобе

Лечение острых воспалительных заболеваний уха остается одной из актуальных проблем в практической оториноларингологии. Причиной высокой заболеваемости в отологии можно считать: 1. Неблагоприятные экологические факторы; 2. Рост резистентных штаммов микроорганизмов. В условиях ОЦ «Куаныш» проведено обследование и лечение 50 больных с острыми средними и наружными отитами. В результате проведенного микробиологического исследования микробный пейзаж возбудителей наружного отита составил: *Pseudomonas aeruginosa* 60%; *Stafylococcus aureus* 9%; *Stafylococcus epidermidis* 9%; Анаэробы 6,3%; Бета-гемолитические стрептококки 4,7%; Грибок кандиды 5%; Остальные 6%.

Основными возбудителями при острых отитах являлись: стрептококки 35%; стафилококки 33%; *H. In-*

fuenzae 9%; *M. catarrhalis* 6%; *Acinetobacter lwoffii* 6%. Основными принципами успешного лечения острого среднего и наружного отитов является: 1. Элиминация возбудителя из очага воспаления; 2. Купирование симптомов воспаления. Всем больным в качестве местного лечения назначался «Кандибиотик» (ушные капли), входящий в четверку лидеров среди ушных капель (по данным Фармэксперт). В состав препарата Кандибиотик входят: бекламетазонадипропионат (препарат глюкокортикоидного ряда); хлорамфеникол (антибиотик широкого спектра действия, охватывающий практически все возможные возбудители острого наружного и среднего отита); клотримазол (противогрибковое средство); лидокаина гидрохлорид (местно анестезирующее средство). Помимо этого в состав Кандибиотика входят вспомогательные вещества гли-

247

церол и пропиленгликоль, которые повышают эффект основных действующих веществ. Результат проведенного лечения показал, что положительный клинический эффект наступал в среднем на 2-й – 3-й день лечения. При повторном микробиологическом исследовании содержимого воспалительных очагов у больных

с острым средним и наружным отитом повторный рост не превышал 7% случаев.

Все вышеизложенное позволяет нам рекомендовать Кандибиотик в качестве препарата выбора при лечении острых наружных и средних отитов.

УДК 616.12-008.331.1-071

А.Т. УМБЕТЖАНОВА, М.Г. МАХАМЕТОВА, Д.Н. АХМЕТОВА, Ж.Б. БЕКБЕРГЕНОВА, Н.К. НУРГАЛИЕВА

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

«АО Медицинский Университет Астана», Астана

В Казахстане, как и в большинстве стран мира, артериальная гипертензия (АГ) - одно из самых распространенных заболеваний. По данным КазНИИ кардиологии и внутренних болезней в РК распространенность АГ среди взрослого населения составляет 24,3%. Целью нашего исследования стало изучение факторов риска развития артериальной гипертензии. Задачами исследования стало изучение процентного соотношения страдающих АГ по полу, возрасту и индексу массы тела (ИМТ), изучение процентного соотношения страдающих АГ по наследственности и вредным привычкам, больных АГ, придерживающихся базисной терапии.

Проведено анкетирование 100 больных с АГ на базе двух поликлиник города Астаны и СВА «Академия».

В результате проведенных исследований было выявлено что из 100 опрошенных больных- 53%-мужчины, 42%-женщины. 68,1% (32чел.) мужчин в возрастной категории старше 55 лет и 41,5% (22чел.) женщин в возрастной категории старше 65 лет. При исследовании было выявлено, что 44% страдают ожирением, а 56% имеют риск развития ожирения. У 59% респондентов выявлен наследственный фактор АГ,

страдающие сахарным диабетом составили 20%. Больные с вредными привычками составили: курящих-39%, умеренно употребляющие алкоголь-55%. Процентное соотношение больных придерживающихся базисной терапии составило: 62% - придерживаются, 8% -не придерживаются и 30% придерживаются не всегда. Из 38 человек, не придерживающихся базисной терапии или не всегда по следующим причинам: финансовые затруднения отмечались у 13,16%(5чел.) (С 2012г. пациенты, состоящие на «Д» учете получают препараты для лечения АГ бесплатно, поэтому ожидаемый процент ниже); боятся наличия побочных эффектов-18,4%(7чел); опасаются привыкания-5,26%(2чел); причина в забывчивости-36,84% (14чел); не верят в действие лекарственных препаратов-13,16%(5чел); другие причины-13,16%(5чел). После постановки диагноза АГ образ жизни не изменился у 42%, полностью ведут ЗОЖ – 31% и 27% отказались только от некоторых вредных привычек.

Проведенный анализ распространенности факторов риска развития АГ у взрослых позволяет разработать скорректированный план профилактических и реабилитационных мероприятий.

УДК 616.72-002-08

Б.Ш УМБЕТОВА, Л.М. КУСАИНОВА

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Цель: Определить эффективность комплексного лечения у больных с DS: Остеоартроза коленных суставов. Остеоартроз – прогрессирующе протекающий дистрофический процесс вследствие нарушения трофики тканей сустава, поражающая чаще крупные суставы.

Материалы и методы: под наблюдением находились 21 больной, в возрасте от 30 до 57 лет, из них 11 женщин и 10 мужчин.

В клинике больные отмечали: болевой синдром, отечность, ограничение движения, деформация сустава. Верифицированной инструментальными методами исследования.

В комплексное лечение включены физиотерапевтические процедуры со 2-го дня пребывания в стационаре. Больные разделены на II группы:

I группа – (11 больных) магнитотерапия, на крупные суставы, по продольной методике с последующим фонофорезом гидрокортизона № 10.

II группа – (10 больных) магнитотерапия на сустав поперечно без фонофореза № 10.

При сопоставления результатов лечения отмечено значительное улучшение общего состояния у больных I группы на 4-5 сутки, уменьшился болевой синдром, отечность суставов с увеличением объема движения. В то время как у больных II группы улучшение наблюдалось лишь на 8-9 сутки. Среди больных в возрасте от 37 до 40 лет отмечено ранняя положительная динамика клинических изменений.

Таким образом: комплексное лечение остеоартроза крупных суставов дает возможность ранней и достаточно быстрой реабилитации этой категории больных.

ДИНАМИКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СРОКИ 28-40 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

Вилочковая железа, являясь центральным органом иммунной системы человека, играет ключевую роль в гомеостазе организма и способствует сохранению равновесия между матерью и плодом в течение беременности и рождению здорового, жизнеспособного плода. Отсюда иммунная система, в частности тимус плода, является критерием адаптационной константы для системы «мать-плацента-плод».

Материалом исследования была вилочковая железа 20 мертворожденных плодов при родовой травме черепа в сроки 28-40 недель беременности.

При изучении процентного содержания клеток в сроки 28-36 недель гестации вилочковой железы наблюдалось уменьшение количества бластных клеток в 2,8 раза, тогда как процентное содержание клеток с фигурами митоза и больших лимфоцитов оставались без изменения. Происходило незначительное уменьшение средних лимфоцитов и достоверное увеличение процентного содержания малых лимфоцитов. В 2 раза уменьшались

процентное содержание эпителиоретикулоцитов, дегенерирующих клеток, макрофагов. Стали выявляться тканевые базофилы. В сроки 37-40 недель беременности по сравнению со сроками 28-36 недель гестации наблюдалось уменьшение процентного содержания клеток бластной формы на 10 процентов, клеток с фигурами митоза на 34 процента. Происходило незначительное увеличение процентного содержания больших лимфоцитов и достоверное увеличение малых лимфоцитов, при достоверном уменьшении процентного содержания средних лимфоцитов. Увеличивалось процентное содержание плазмочитов в 3 раза и макрофагов в 4 раза. Уменьшалось содержание эпителиоретикулоцитов на 35 процентов.

Таким образом, снижение процентного содержания бластных форм клеток и митотически делящихся клеток в сроки 37-40 недель гестации говорит о начале завершения развития вилочковой железы как органа.

УДК 616.24

С.Т. УРАЗАЕВА, Т.Б. БЕГАЛИН, К.Ш. ТУСУПКАЛИЕВА, Г.С. ЕРМАГАМБЕТОВА

ТУБЕРКУЛЕЗ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе
Актюбинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы

Сегодня туберкулез является одной из самых распространенных инфекций в мире. Несмотря на то, что туберкулез излечим, он продолжает ежедневно уносить жизни людей: по статистике, каждую минуту на Земле от него умирают три человека. Туберкулез всегда был ярко выраженной социальной болезнью. Высокая заболеваемость и смертность от туберкулеза ассоциировались с низким материальным уровнем жизни населения, плохими условиями проживания, трудовой деятельностью, уровнем образования, а также наличием вредных привычек. Да, туберкулез всегда зависел от социальных факторов, но в современном обществе двадцать первого века социальность этого заболевания несколько изменилась. И уже не столько ухудшение экономических условий жизни населения служит причиной роста заболеваемости и смертности от туберкулеза, а другие причины. Социальный портрет больного туберкулезом в настоящее время неоднороден и разнообразен. Последнее время наблюдается стабильная тенденция «омоложения туберкулеза». Среди больных туберкулезом все чаще встречаются молодые люди в возрасте от 18 до 30 лет, имеющие неполное или законченное образование (среднее, высшее); наличие постоянного места жительства; проживающие в семье. И социальность этого явления в отсутствии у некоторых молодых людей желания и

обязанности к труду, содержание на иждивении родителей, а отсюда большое количество свободного времени. Легкость приобретения наркотиков и алкоголя и отсутствие должного контроля со стороны общества и государства приводят к росту числа внутривенных потребителей наркотических веществ в России. Молодые люди, не занятые трудом умственным или физическим, легко привыкают к наркотикам, часто становятся участниками криминальных ситуаций и попадают в тюрьмы, где существует крайне неблагоприятная ситуация по туберкулезу. Большой проблемой для борьбы с туберкулезом является стигма, сопутствующая этому заболеванию – многие считают, что заболеть туберкулезом может только асоциальный или не соблюдающий гигиену человек. Предвзятое отношение к людям, у которых выявили туберкулез, часто заставляет их скрывать наличие болезни, способствует отрыву от лечения и защиты окружающих. В связи с этим, по заключениям специалистов, на первом плане борьбы с туберкулезом стоит премоурдальная или социальная профилактика, под которой подразумевается комплекс социальных мероприятий, осуществляемых в государственном масштабе. Это улучшение среды обитания (экология), повышение благосостояния, улучшение жилищных условий, создание оптимальных условий для лечения и жизни больных.

ДЕЗИНФЕКЦИЈАЛЫҚ БӨЛІМНІҢ ЖҰМЫСЫН ТАЛДАУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе облыстық санитарлық –эпидемиологиялық сараптама орталығы, Ақтөбе

Дезинфекциялық қызмет жұқпалы аурулардың қатарын төмендетуге эпидемияға қарсы және профилактикалық шараларды жүргізуде маңызды орын алады.

2009-2011 жылдар аралығында Ақтөбе облыстық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығының бізбен бірлесіп дезинфекциялық бөлімінің жұмыстарына талдау жүргіздік. Дезинфекциялық бөлім қала және облыс бойынша жұқпалы аурулардың эпидемиялық ошақтарында қорытынды дезинфекция жұмыстарын жүргізуді жүзеге асырады. Өткен жылдарға талдау жүргізудің нәтижесінде эпидемиялық ошақтарының саны төмендегені байқалады, бұл облыс бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жақсарғанын көрсетеді.

2009 жылы ошақ саны мынадай нәтижені құрады - 1561, 2010 жылы-1429, 2011 жылы- 1320 ошақ. Ауру ошақтарында жүргізілген дезинфекциялық өңдеулер саны: туберкулез ошақтарында: 2009 ж.-1074, 2010 ж - 1008 және 2011 ж -794; сальмонеллез - 2009 ж- 158, 2010 ж - 211 және 2011 ж - 302; саңырауқұлақты инфекциялар - 2009 ж-177, 2010 ж - 91 және 2011 ж - 150; жедел ішек инфекциясы бойынша -2009 ж- 58, 2010 ж - 371 және 2011 ж -13; педикулез -2009 ж- 29, 2010 ж - 41 және 2011 ж -44. Мемлекеттік тапсырыс

бойынша 2001 жылы туберкулез ошағына жүргізілген жұмыстар 113,5% орындалған.

Дезинфекциялық бөлім үлкен көлемде дезинфекциялық алдын-алу жұмыстарын жүргізді. Ақтөбе облысы бойынша алдын алу дезинфекциясын жүргізу үшін келім шартқа отырып, тапсырыс бергендер саны: 2009 жылы - 420, 2010 ж. - 775, 2011 жылы – 73.

Қала аймақтарындағы территориялардың аудандық көлеміне қарай масаларға қарсы алдын алу дезинсекциялық өңдеу жұмыстары жүргізілген: 2009 жылы және 2010 ж – 8750 га, ал 2011 ж – 413 га;

Келісілген мемлекеттік тапсырыс бойынша сәуір, мамыр айларында безгек экзотиялық, елді мекен маңдарында дератизациялық қарсы шаралар жүргізілген. Жүргізілген қарсы шаралардың тиімділігі нәтижесінде құрады: 87% дератизациялық, 94,3- 94,7 % дезинсекциялық жұмыстар жүргізіліп, жүргізілген талдаулар көрсеткіші бойынша қанағаттанарлық нәтиже берген. Сонымен, Ақтөбе облыстық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығының дезинфекциялық бөлімі өткізген шаралары нәтижесінде Ақтөбе облысында жұқпалы аурулар бойынша санитарлы-эпидемиологиялық жағдайдың жақсарғаны байқалады.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЮДЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе
Хромтауская ЦРБ, Хромтау

В структуре заболеваемости острыми кишечными инфекциями сальмонеллез составляет от 20 до 50 %. Сальмонеллез распространен повсеместно, а заболеваемость имеет неуклонную тенденцию к росту. Естественная восприимчивость людей к сальмонеллезу высокая, зависит от совокупности многих известных и неизвестных факторов, определяющих исход встречи человека с возбудителем: дозы возбудителя, его антигенной структуры, особенностей биологических свойств; индивидуальных особенностей человека и его иммунного статуса. Наиболее чувствительны к сальмонеллезам дети в первые месяцы жизни (особенно недоношенные), люди преклонного возраста и лица с неблагоприятным преморбидным фоном. Инфицированность людей сальмонеллами составляет 5-10 % от общего числа населения, что в количественном выражении исчисляется сотнями миллионов человек. Вместе с тем географическое распространение, этиологическая структура и уровень заболеваемости в разных странах неодинаковы и подвержены определенным изменениям. Отчетливая тенденция роста заболеваемости наблюдается в экономически развитых странах, приобретая глобальный характер, особенно в последние 20-30 лет, что связано с такими факторами, как

интенсификация и централизация кормопроизводства и животноводства, включая и птицеводство, централизация питания, значительный рост миграции населения и экспортно – импортные связи между странами. Немаловажное значение имеет и широкое, часто бесконтрольное и неоправданное применение большого набора химиотерапевтических препаратов (антибиотиков) для лечебных и профилактических целей, что приводит к стертым формам болезни, но полностью не освобождает организм от возбудителя. Это способствует формированию бактерионосительства и появлению устойчивых к антибиотикам штаммов, создавая большой резервуар источника возбудителя инфекции среди людей. Причинами глобальной распространенности сальмонеллеза являются трудность выявления хронических бактерионосителей (их удельный вес составляет 2-2,5 %) из – за низкой результативности существующих методов диагностики и отсутствия серотипирования сальмонелл в полном объеме, как в медицинской, так и ветеринарной практике. Таким образом, имеются объективные причины, ведущие к снижению эффективности проведения эпизоотоло – эпидемиологического надзора и противоэпидемической работы в очагах сальмонеллеза.

ОПИСТОРХОЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе облыстық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы, Ақтөбе

Дүниежүзінде 21 млн. адам описторхистармен яғни описторхоз қоздырғышымен залалданған. Аурушандылықтың 70% Ресейге, 7-10% Украина және Қазақстанға тиесілі (В.В.Мефодьев қосалқы авторлармен, 2007). Қазақстан Республикасы табиғат жағдайының ерекшелігі, тұқы (карп) туыстығы балықтарының қоздырғыш личинкаларымен залалдануы, описторхоз ошақтарының тұрақты болуын қамтамасыз етеді. А. С. Кусаинованың (2010) соңғы 10 жылдық зерттеуінде (2000-2009 жж) Қазақстанда адамдардың описторхозбен аурушандылық деңгейі 100 мың халыққа шаққанда 17,01-ден (2002 жыл) 8,5-ке (2009 жыл) ауытқып тұр. Қазіргі кезде республикада адамдардың описторхозбен тіркелген аурушандылық көрсеткішінің айқын өсуі статистикалық анықталмайды. 2000-2009 жыл аралығында ҚР тұрғындарының описторхозбен аурушандылығының 100 мың халыққа шаққандағы абсолютті төмендеуі 8,1, ал аурушандылықтың орташа абсолютті төмендеуі 45,85% құрады. Аурушандылықтың орташа жылдық төмендеу қарқыны 5,94%, бұл В. Д. Беляков пен қосалқы авторлар градациясы бойынша аурушандылықтың төмендеуінің айқын беталысына сәйкес келеді.

Описторхозбен адамдардың аурушандылығының таралуы Республика бойынша да, және бөлек аймақтар мен облыстар территориясы бойынша да біртекті еместігін, Қазақстан облыстарында жүргізілген сараптама қорытындысы көрсетеді. Аурушандылықтың жоғарғы көрсеткіштері Павлодар облысында, орташа Батыс Қазақстан және Қостанай облыстарында, төменгі Солтүстік Қазақстан, Ақмола, Қарағанды және Шығыс Қазақстан облыстарында тіркелді. Территорияны картографиялау барысында аурушандылық Ертіс өзені бассейні мен оның салаларында шоғырланғандығын көрсетті. Бөлек аймақтардағы описторхоздың үлкен ошақтарының бір-біріне тиіп бірыңғай зақымдау белдігін құрайды.

Сонымен, ҚР описторхозбен аурушандылықтың эпидемиологиялық жағдай көрсеткіші оң беталыс бұруда, бірақ оған қарамастан Павлодар облысы қолайсыз аймаққа жатады.

Описторхоз ауруын ерте диагностикалау мақсатында және эпидемияға қарсы шаралардың тиімділігі ретінде, оларды науқастың зертханалық тексеру алгоритміне және емдеу мониторингіне сәйкес жүргізу.

УДК 616.248-08-053.2

С.Н. УРАЗОВА, Н.И. ГАЛИМГОЖИНА, Р.К. КАПАРОВА, Н.Д. ИВАНОВА, Г.К. ШАКЕНОВА, К.И. СМАИЛОВА

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

АО «Медицинский университет Астана», Астана

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости респираторными аллергиями, в том числе и среди детского населения. Возросла роль сопутствующей патологии, как факторов, усугубляющих тяжесть течения бронхиальной астмы и приводящих к неконтролируемому течению. Среди сопутствующих заболеваний одним из значимых является ожирение. Проведенные нами ранее результаты клинического исследования показали влияние избыточной массы тела на тяжесть и течение бронхиальной астмы у детей, имелись и особенности в показателях функции внешнего дыхания. Целью же данного исследования явилось создание программы реабилитации детей с бронхиальной астмой и ожирением.

Лечебная программа по ведению детей с бронхиальной астмой на фоне сопутствующего ожирения проводится в два этапа. На 1-м этапе осуществляется подбор противовоспалительной терапии и подбирается диета для снижения массы тела. На 2-м этапе дети проходят обучение в астма-школе. Подключается тренировка дыхательной мускулатуры. Всего нами проведена реабилитационная программа 76 детям, из них 54 – осуществлялась в два этапа. Кроме клинических данных проводился мониторинг пиковой скорости вы-

доха (ПСВ), функции внешнего дыхания (ФВД). Данные показатели учитывались в динамике – перед проведением программы, через 3,6 и 12 месяцев от начала реабилитации.

В результате проведения программы реабилитации у 54 детей удалось добиться снижения массы тела. В течение 12 месяцев наблюдения уменьшились показатели ФВД у всех обследованных больных, однако достоверное улучшение показателей отмечалось у детей, получавших комбинированное лечение противовоспалительными препаратами и диетотерапией. Наиболее значимые результаты достигнуты через 12 месяцев от начала реабилитационной программы. К этому сроку у 66,7±6,4% детей отмечалась нормализация веса, прирост показателей ФВД (ОФВ1) составил 28,1±6,1% в сравнении с контрольной группой, где применялась лишь одна противовоспалительная терапия 20,2±8,5%.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали высокую эффективность проведения реабилитационной программы у детей с бронхиальной астмой и ожирением на фоне базисной тера-

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

С целью уточнения этиологической структуры острых гнойных отитов нами проведен анализ результатов бактериологического исследования отделяемого из ушей 85 новорожденных, 30 детей в возрасте от 1 месяца до года и 30 – с года до 3 лет.

Первое место по частоте выделения у новорожденных занимает *Ps. aeruginosa* (35,3% наблюдений), на 2-м месте находится *St. epidermidis* (26%). *St. aureus* выделялся у 17,6% детей и *Str. pneumonia* – у 11,8% пациентов.

У детей в возрасте от месяца до года в 43,3% высеивался *St. epidermidis*, *Ps. aeruginosa* у 16,6%, *Str. pneumonia* – у 26,6% и *Str. piogenus* у 10%.

В возрасте от года до 3 лет реже выделялась синегнойная палочка (3,5%), а спектр остальных возбудителей оставался примерно таким же, как и у детей до года: *St. Epidermidis* у 43%, *Str. pneumonia* – у 21,5% и *Str. piogenus* у 14%.

Клинической особенностью средних отитов, вызванных синегнойной палочкой, было сочетание их с наружным более чем в половине случаев.

По результатам исследования антибиотикограммы все штаммы *Ps. aeruginosa* были чувствительны к амикасону, тобрамицину, меропенему, ципрофлоксацину, клиндамицину и резистентны к оксациллину, ампициллину-сульбактаму, ко-тримаксазолу, нитрофурантоину.

Выводы:

1. В этиологической структуре острого гнойного среднего отита у новорожденных ведущее место принадлежит *Ps.aeruginosa*, 2-е место по частоте выделения занимает *St. epidermidis*, реже выявляются *St. aureus* и *Str. pneumonia*.

2. В более старшем возрасте частота выделения *Ps.aeruginosa* снижается, а удельный вес *Str. pneumonia* и *Str. piogenus* растет.

3. Учитывая доминирование *Ps.aeruginosa* в структуре возбудителей воспаления уха у новорожденных, назначая местное и системное лечение, предпочтение следует отдавать антисинегнойным антибактериальным препаратам, особенно при сочетании острого среднего отита с наружным.

УДК 616.284-002.1-053.31-073.97

К.Н. УСТИНОВИЧ, А.А. УСТИНОВИЧ

ОСОБЕННОСТИ ТИМПАНОГРАММЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Целью данной работы явилось изучение восстановления вентиляции среднего уха после перенесенного острого среднего отита у детей первого месяца жизни. Методом акустической импедансометрии обследовано 30 новорожденных в стадии клинического выздоровления после перенесенного отита. Использован зондирующий сигнал с частотой 226 Гц. Анализ результатов проведен в зависимости от типа тимпанограммы (n = 60) по классификации Jerger J, наличия акустических рефлексов, а также формы отита.

Полученные результаты свидетельствуют, что независимо от перенесенной формы отита высока встречаемость тимпанограмм типа D, с регистрацией акустических рефлексов, что отмечено после гнойной формы заболевания в 58% (n=11/19), после катаральной – в 54% (n=14/26). Данный тип тимпанограммы превалировал также в здоровом ухе – 60% (n= 9/15). Следует также отметить тенденцию к регистрации уплощенных форм тимпанограмм «типы C, B, As» в этой возрастной группе. Тимпанограмма типа A с острым пиком зафиксирована только в 7 случаях, что составило 12%. Акустические рефлексы регистрирова-

лись при всех типах тимпанограмм, кроме B. В то же время склонность к уплощенным типам кривых, в особенности с двумя пиками не исключает возможную реакцию миксоидной ткани на воспаление.

Тимпанограмма типа D в более старшем возрасте встречается редко и соответствует разрыву цепи слуховых косточек барабанной полости.

Выводы:

1. Регистрацию тимпанограммы типа D следует отнести к особенностям акустической импедансометрии у младенцев, что вероятнее всего связано с наличием миксоидной ткани в среднем ухе у детей данной возрастной группы.

2. У новорожденных после перенесенного острого среднего отита наблюдается тенденция к регистрации уплощенных форм тимпанограмм.

3. Регистрация акустических рефлексов при всех типах тимпанограмм, кроме B, свидетельствует о хорошем восстановлении вентиляции среднего уха после перенесенного в неонатальном периоде среднего отита.

ИЗМЕНЕНИЯ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Успехи выхаживания недоношенных детей привели к снижению младенческой смертности в Республике Беларусь до уровня 3,9%. Но в популяции выживших недоношенных младенцев, значительный удельный вес составляют дети с бронхолегочной дисплазией (БЛД), сопровождающейся стойкими расстройствами здоровья. Нами проведен сравнительный анализ частоты и тяжести развития БЛД у недоношенных детей в Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя» Республики Беларусь в периоды 2007 и 2010 годы. Вторым временным периодом характеризовался использованием тактики сверххранного введения сурфактанта в родильном зале (операционной). При рождении в состоянии тяжелой асфиксии сурфактантная терапия входила в комплекс мероприятий по первичной реанимации ребенка. В исследовании вошли 160 детей, родившихся с массой тела от 605 г до 2470 г с гестационным возрастом 27-34 недели, отобранных методом случайной выборки.

Для постановки диагноза БЛД использовались международные критерии, рекомендованные National Institute of Child Health and Human Development / Na-

tional Heart, Lung and Blood Institute / Office of Rare Diseases, предложенные А. Jobe и Е. Bancalari в 2001 году. Данная классификация предусматривает деление БЛД на легкую, среднетяжелую и тяжелую формы.

В 2007 году частота развития БЛД составила 58,9%. При этом легкие формы заболевания составили 41,2%, среднетяжелые – 11,8%. У 5,9% детей была диагностирована тяжелая БЛД. В 2010 году частота развития БЛД достоверно (p Фишер=0,0005) снизилась до 28,3%. Легкие формы заболевания составили 25,0%, среднетяжелые – 3,3%. Тяжелых форм БЛД в 2010 году диагностировано не было.

Пол новорожденных не оказал влияния на частоту и тяжесть БЛД (p Фишер=0,3878, линейно-линейный ассоциативный тест: p плат=0,1731). Значимыми факторами, увеличивающими частоту и степень тяжести БЛД, установлены следующие. Тяжесть асфиксии при рождении (p плат<0,0001), роды через естественные родовые пути (Точный 2-сторонний тест Фишера: p Фишер=0,0130), низкие масса тела и гестационный возраст при рождении (p Крускал–Уолис < 0,0001 для обоих показателей).

УДК 616.831-005.1-053.32(476)

Ю.А. УСТИНОВИЧ, Г.А. ШИШКО

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Внутричерепные нетравматические кровоизлияния (ВЧК), особенно их тяжелые формы, у недоношенных детей способны привести к инвалидности. Проведен анализ частоты развития и тяжести ВЧК у недоношенных в Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя» Республики Беларусь за 2007 и 2010 годы. 2010 год отличался сверххранним введением сурфактанта, более частым родоразрешением посредством операции кесарева сечения. В исследовании вошли 160 детей, родившихся с массой тела от 605 г до 2470 г с гестационным возрастом 27-34 недели, отобранных методом случайной выборки. Для оценки степени тяжести ВЧК использовалась классификация L.A. Parile с коллегами.

В 2007 г. ВЧК развилось у 58,8% недоношенных детей. По степеням тяжести картина выглядела следующим образом: I ст. – 32,4%, II ст. – 10,3%, III ст. – 8,8% и IV ст. – 7,4%. В 2010 г. частота развития ВЧК стала достоверно ниже (Линейно-линейный ассоциативный тест: p плат = 0,0124). Патология была диагностирована у 41,3% детей. Распределение по степеням

тяжести было таким: I ст. – 28,3%, II ст. – 6,5%, III ст. – 3,3% и IV ст. – 3,3%.

Анализ некоторых факторов, влияющих на частоту и степень тяжести ВЧК, выявил ряд особенностей. Пол детей не оказал влияния на факт развития ВЧК (Точный 2-сторонний тест Фишера: p Фишер = 0,2699), а также не повлиял на степень тяжести кровоизлияний (Линейно-линейный ассоциативный тест: p плат=0,5219). Тяжесть асфиксии при рождении (низкая оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни) достоверно увеличивает частоту развития ВЧК (p Фишер=0,0375) и степень тяжести патологии (p плат<0,0001). Кесарево сечение достоверно снижает риск развития ВЧК (p Фишер=0,0305), но степень тяжести кровоизлияний в наших исследованиях от способа родоразрешения не зависела (p плат=0,1520). Низкий гестационный возраст является основным фактором риска развития и тяжести ВЧК (p Крускал–Уолис < 0,0001), что соответствует современным взглядам, считающим пролонгирование беременности наиболее эффективным способом профилактики ВЧК.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОЛИОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

После повреждения ткани вследствие различных причин (гипоксия, ишемия, химическая, термическая агрессия, микробная инвазия) запускается каскад реакций, носящих как локальный, так и системный характер. Этот ответ на повреждение определяется как воспалительный ответ. Он носит защитный характер и призван обеспечить элиминацию повреждающего агента и поврежденных структур, создав условия для репарации. Предметом активного изучения последние десятилетия являются цитокины. Они являются группой протеинов или гликопротеинов, секретируемых лимфоцитами, макрофагами и другими клетками. Термин «цитокины» для описания этих веществ был предложен в 1974 году N. Cohen. Цитокины играют роль медиаторов системного воспалительного и иммунного ответов, выполняя функции мессенджеров между участвующими в процессе клетками. Поиск наиболее информативных маркеров синдрома системного воспалительного ответа у недоношенных младенцев продолжается не одно десятилетие. К сожалению к настоящему времени не найдено идеально-

го такого маркера, обладающего 100% чувствительностью и специфичностью.

Нами проведено исследование уровней интерлейкина-8 (ИЛ-8) и растворимого рецептора фактора некроза опухоли- α р55 в моче 160 недоношенных новорожденных в динамике раннего неонатального периода. Дети родились с массой тела от 605 г до 2470 г с гестационным возрастом 27-34 недели. Все они нуждались в интенсивной терапии по причине тяжелой полиорганной недостаточности. ROC-анализ установил, что концентрация ИЛ-8 в моче на 2-3 сутки более 35,1 пг/мл является негативным прогностическим признаком в плане тяжести и длительности расстройств основных витальных функций (чувствительность 78,6%, специфичность 65,9%). Более ранним маркером тяжести состояния оказался р55. Его уровни более 23,5 нг/мл в моче уже в первые сутки прогнозируют большую тяжесть полиорганной дисфункции (чувствительность 68,2%, специфичность 68,5%) и могут являться основанием для планирования объемов и длительности интенсивной терапии недоношенного новорожденного.

УДК 616-089.168.1-003.96

Б.У. УТЕГАЛИЕВ, К.К. ЕШКЕЕВ, Д.Р. ДЖУНАЕВ, Н.Т. МЕДЕУБАЕВ, К.К. ЕРМАГАМБЕТОВ

ПАЛАТА ПРОБУЖДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОРИТ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актюбе

Ранний послеоперационный период является для больного критическим. В это время жизненно важные функции и компенсаторные механизмы организма, нарушенные в результате наркоза и операционной травмы, еще не полностью восстановились и требуют непрерывного наблюдения.

Безусловно, первые часы после операции самую большую опасность представляет развитие осложнений, однако быстрая диагностика и оказание эффективной корректирующей терапии позволяют остановить этот процесс. Лечение и наблюдение за пациентами продолжается до тех пор, пока у них полностью не восстановятся защитные рефлексы и не исчезнет угроза дыхательных и сердечно-сосудистых осложнений, а также осложнений, связанных с операцией. Лишь после этого возможен перевод в больничную палату.

В нашей клинике доставка прооперированных больных в палату пробуждения позволяет своевре-

менно выявлять у них осложнения и принимать меры. Палата пробуждения отделения анестезиологии - реанимации МЦ ЗКГМУ им. М. Оспанова была открыта в мае 2011 г. За период с мая 2011г по май 2012г. через нее прошло 2580 человек. Палата пробуждения расположена в ОРИТ рядом с операционной. Это очень удобно, поскольку обеспечивает возможность быстро в случае необходимости перевести больного в операционную. В палате пробуждения пациент в среднем проводит от 30 мин до 2 ч.

Наличие палаты пробуждения в структуре отделения анестезиологии-реанимации МЦ ЗКГМУ им. М. Оспанова позволяет повысить безопасность пациентов в ранний послеоперационный период. За счет организации палаты пробуждения улучшено качество оказываемой помощи и увеличена пропускная способность операционных.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе

Оперативные вмешательства, выполняемые на верхнем этаже брюшной полости, часто сопровождаются развитием послеоперационного панкреатита, который появляется на 2-5 й день после операции, несмотря на нахождения больных в ОАРИТ. Очень часто пусковым механизмом является незамеченная, негрубая, обычная операционная травма (пальпация, давление металлическим зеркалом, отграничение марлевыми тампонами и т.д.), оказывающая выраженное рефлекторное воздействие.

Мы в нашей клинике наблюдали развитие послеоперационного панкреатита при операциях на самой железе, резекциях желудка, резекциях пищевода, вмешательствах на двенадцатиперстной кишке, билиарной системе, спленэктомиях, левосторонней гемиколэктомии. Клиническая картина послеоперационного панкреатита весьма разнообразна, и диагностика его в раннем послеоперационном чрезвычайно трудна. Диагноз подтверждается лабораторными исследованиями (амилаза крови, мочи, экссудат из брюшной полости), ультразвуковыми данными и компьютерной томогра-

фией. Мы в отделении реанимации и интенсивной терапии придерживаемся тактики ранней профилактики и базисного лечения панкреатита. Ранняя профилактика включает в себя: голод, местная гипотермия в первые часы после операции, применение регуляторных пептидов соматостатина (сандостатин), поливалентного ингибитора аprotинина (гордокс, контрикал, трасилол), спазмолитиков и адекватное обезболивание (анальгетики, длительное эпидуральное обезболивание)

Базисное лечение включает: активную инфузионную терапию, устранение болевого синдрома, восстановления функции легких, сердечно-сосудистой системы, почек, ЖКТ, водно-электролитного баланса, подавление функции поджелудочной железы - ее секреторной активности и энзимной токсемии, предупреждение и лечение полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

Следует отметить, что использование ранней профилактики послеоперационного панкреатита позволило нам снизить частоту его осложнений.

УДК 616-001.17-081

Б.А. ӨТЕГЕНОВ, Н.К. ӨБІШЕВ, З.А. ИДИЕВ, М.Д. ҚАЛЖАНОВ, А.А. ОМАРОВ

ІРІНДІ КҮЙІК ЖАРАЛАРЫН ЕМДЕУДЕГІ БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Медицина жедел жәрдем ауруханасы, Ақтөбе

Соңғы жылдары Ресей ғалымдарының зерттеулері натрий гипохлоритінің іріңді инфекцияны емдеуде ең тиімді антисептик екендігін көрсетті. Натрий гипохлориті грам оң және теріс мәнді микробтарға және вирустерге де қарсы әсер ете алатыны дәлелденген. Ол микроб жасушалары протоплазмаларының белсенді топтарын қышқылдау және хлорлау арқылы ферменттердің әсерін жою, липидтік мембрананың тұтастығын бұзу арқылы жүзеге асады (А.Л. Костюченко, 2002ж.).

Жедел медициналық көмек ауруханасында 18 науқас іріңді күйікпен (III- «А» - «Б» дәрежелі) емделді. Бұл топтағы науқастарға ЭДО-4 аппараты арқылы алынған 0,06%-дық натрий гипохлоритін жергілікті пайдаландық.

Емдеу барысында іріңді күйік жаралары 10-12 күнде іріңді инфекциядан тазарғанын, қабыну белгілерінің басылғанын және грануляциялық тіндер пайда болғанын анықтадық. Бұл нәтиже бізге ерте аутодерматоластика операциясын жасауға мүмкіндік берді.

Салыстырмалы топтағы осындай іріңді күйік жараларымен ауруларға дәстүрлі антисептиктер қолданылды. Нәтижесінде бұл іріңді күйік жаралары тек 3^{ші}-4^{ші} аптадан кейін ғана тазара бастады.

Қорыта келгенде, натрий гипохлориті іріңді күйік жараларын (III- «А» - «Б» дәрежелі) емдеуде өте күшті антисептик екендігіне көз жеткіздік, және ол ерте аутодерматоластика операциясын жасауға мүмкіндік туғызды.

УДК 616.322.2-006-07

К.К. УТЕУЛИЕВ

К ВОПРОСУ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе,
Жылойская районная туберкулезная больница, Кульсары

Цель исследования: провести анализ информативности лучевых методов исследования (рентгенологического, компьютерной томографии (КТ), магнитно-

резонансной томографии (МРТ)) в диагностике опухолей глотки.

Материал и методы исследования: проанализировано 398 случаев злокачественных опухолей глотки (98- носоглотки, 117- ротоглотки, 183- гортаноглотки).

Результаты: рентгенологическое исследование ротоглотки рекомендовано для объективизации поражения корня языка и задней стенки глотки. КТ- для опухолей парафарингеального пространства.

Рентгенологическая семиотика при опухолях носоглотки зависит от размеров патологического очага и степени экспансии в окружающие ткани, что не исключено и при доброкачественных процессах. Информативны томограммы. Эпифарингография позволяет обнаружить дефект наполнения. КТ информативна для определения преимущественной стороны поражения, тотального поражения всего просвета носоглотки, заинтересованности основной пазухи, врастания в крылочелюстную ямку и задние отделы полости носа, но не всегда позволяет оценить вероятность деструктивных изменений. Из результатов рентгенологического исследования у 45 больных опухолями гортаноглотки наиболее информативным оказались результаты пря-

мых томограмм: размытость тени черпалонадгортанной складки отмечена у 28 больных, и у них же имело место сужение воздушного просвета грушевидного синуса с пораженной стороны, которое проявлялось их асимметричностью при сравнении двух сторон. У 12 больных было проведено контрастированное исследование бариевой взвесью с проведением функциональных проб; у 7 выявлена асимметрия в заполняемости грушевидных синусов и у 5 отмечено поперхивание, у 3 – задержка контраста в обоих грушевидных синусах. КТ позволяет оценить характер роста новообразования, его величину, плотность, взаимосвязь с окружающими органами и тканями. С контрастированием и без него обычные методы рентгенологической диагностики дают более четкую информацию об объемных процессах гортаноглотки по сравнению с КТ.

Заключение: в диагностике опухолей глотки рентгенологический метод, КТ и МРТ используются для уточнения распространенности и локализации опухоли.

УДК 616-073.77:616.321-006

К.К. УТЕУЛИЕВ

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНОГЛОТКИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Жылойская районная туберкулезная больница, Кульсары

Лучевое исследование нижнего отдела глотки относится к одному из обязательных методов подтверждения клинического диагноза при подозрении на патологию данной локализации. Задачи рентгенологического исследования сводятся к следующему: подтвердить или опровергнуть данные инструментальных методов исследования; выявить степень выраженности функциональных нарушений акта глотания; установить особенности роста опухоли – исходную локализацию, размеры и границы распространения и вероятность вовлечения пограничных анатомических образований (гортани, пищевода). С этой целью нами выполнено рентгенологическое исследование 45 больных с новообразованиями гортаноглотки. При боковой рентгенографии у 3 больных (6,7%±3,7%) были получены данные, подтверждающие поражение опухолевым процессом надгортанника, и у 2 (4,4%±3,1%) – язычно-гортанной валекулы, не выявлявшиеся визуальными методами исследования (непрямой ларингоскопией и ФЭС) при наличии дискомфорта при глотании. У 2 больных (4,4%±3,1%) выявлена «размытость» тени черпаловидных хрящей, что клинически проявлялось отечностью и

ограничением подвижности черпал. Наиболее информативным оказались результаты рентгенотомограмм во фронтальной плоскости: 35 (77,8%±6,4%) наблюдавшихся больных имели первичное поражение грушевидных ямок, у 28 (62,2%±7,2%) больных отмечена размытость тени черпалонадгортанной складки и у них же имело место сужение воздушного просвета грушевидного синуса с пораженной стороны, которое проявлялось их асимметричностью. Основной контингент больных имел местнораспространенный процесс, при котором клиническая симптоматика и данные непрямой ларингоскопии не позволяли усомниться в наличии новообразования.

Таким образом, рентгенологический метод особенно ценен при опухолях медиальной стенки грушевидного синуса и задней стенки гортаноглотки. При локализации процесса в дистальном (хрящевом отделе) рентгенологическое исследование является ведущим. Однако данный метод исследования не может явиться решающим в ранней диагностике опухолевых поражений нижнего отдела глотки, пока процесс не достиг определенного объема.

УДК 616.233-002:615.03

В.Г. ФЕОКТИСТОВ, А.С. БЕКЕТОВ

ЦЕФИКСИМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

Цель: Выявление эффективности и безопасности препарата супракс (Цефиксим) фармацевтической

компании «Гедеон Рихтер», цефалоспоринового антибиотика 3-го поколения широкого спектра действия.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 35 больных (28 мужчин и 7 женщин) с обострением хронического бронхита, средний возраст которых составил 44,6 (от 18 до 70 лет). Число курящих составило 26 (68%) человек, 18 (47%) имели сопутствующие заболевания: у 12 (31%) – заболевания сердечно – сосудистой системы, у 19 (50%) – заболевания дыхательной системы. Течение хронического бронхита характеризовалось 1 обострением в год у 15 (39%) больных, 2 обострениями – у 23 (60 %), 3 обострениями – у 10 (26 %). Средняя продолжительность обострения до начала антибиотикотерапии составляла 15,8 дней. Показатели пикфлоуметрии в среднем составили 66,5% от должных величин. Все пациенты получали супракс по 400 мг 1 раз в сутки. Одновременно назначались бронхоспазмолитические и отхаркивающие

средства. Продолжительность лечения супраксом составляла 6 дней. Эффективность проводимого лечения оценивалась по динамике клинических симптомов, лабораторных и рентгенологических показателей.

Результаты: в процессе лечения удалось добиться клинического эффекта у всех больных. На фоне лечения снижалась температура, уменьшались кашель, одышка. Мокрота становилась серозной, нормализовалась картина крови. Переносимость препарата оценивалась как очень хорошая у 29 (76%) больных. Нежелательные явления наблюдались в основном со стороны желудочно-кишечного тракта. Из них изжога, тошнота, диарея.

Выводы: супракс можно рассматривать как один из препаратов выбора в терапии больных с обострением хронического бронхита.

УДК 616.72-002:615.03

В.Г. ФЕОКТИСТОВ, А.С. БЕКЕТОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА

ЭТОДОЛАК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Останова

Цель: изучение клинической эффективности применения препарата этодин форт (этодолак) фармацевтической компании АО «Нобел», г. Алматы, являющегося селективным ингибитором фермента ЦОГ-2. Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие.

Материалы и методы: Этодин форт применен у 23 больных остеоартрозом (ОА) коленных и голеностопных суставов (у 17 женщин и 6 мужчин) в возрасте 42-64 лет.

Длительность заболевания в среднем $7,2 \pm 1,60$ года. Диагноз ОА устанавливался согласно критериям Альтмана /1991/. Все больные наблюдались в городских поликлиниках №1 и 2. Этодин форт назначался в виде монотерапии по 400 мг 2 раза в сутки. Эффективность терапии оценивалась в течение 20 дней по динамике болевого синдрома, времени уменьшения явлений синовита, функциональному индексу тяжести

Лекена. Клинически оценивалась безопасность и переносимость препарата.

Результаты: У 14 пациентов к 5-му дню лечения отмечалось уменьшение болей в суставах при движениях. К 20 дню наблюдений на фоне дальнейшего перорального приема препарата у большинства больных (17) наблюдалось значительное увеличение функциональной активности в суставах нижних конечностей, стихание болевого синдрома, уменьшение явлений синовита. Функциональный индекс Лекена уменьшился в 3 раза. Побочные явления отмечены у 5 больных в виде временных гастралгий, расстройства стула. Отмены препарата не потребовалось.

Выводы: у большинства больных с ОА удалось получить удовлетворительные результаты лечения при приеме этодин форт в дозе 400 мг 2 раза в сутки. Обладает выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектами. Отмечена хорошая переносимость препарата.

УДК 618.15-002-085.28-07

В.М. ЧЕРВИНЕЦ, Е.А. БЕЛЯЕВА, Ю.В. ЧЕРВИНЕЦ, А.М. САМОУКИНА, Е.С. МИХАЙЛОВА

МОНИТОРИНГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ КОЛЬПИТОМ

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Целью работы явился мониторинг чувствительности к противомикробным препаратам микроорганизмов, выделенных у больных кольпитом для разработки методов рациональной антибиотикотерапии при данной патологии.

Материалы и методы. Были обследованы 200 женщин больных кольпитом. Проводилось микробиологическое исследование мазков из влагалища и изучалась антибиотикочувствительность выявленной микрофлоры. Изучение видового и количественного состава микрофлоры проводили с использованием классических бактериологических методов. Одновременно с идентификацией культур определяли чувстви-

тельность выделенных штаммов к антибиотикам методом бумажных дисков (НИЦФ, Россия, Санкт-Петербург).

Результаты исследования. Возбудителями кольпита в 59% случаев явились представители рода *Staphylococcus*, в 31.5% случаев – *Bacillus*, в 26.5% - *Streptococcus*, в 24% - *Candida* и в 8.5% случаев – представители семейства *Enterobacteriaceae*. Как показал анализ антибиотикограмм стафилококки были наиболее чувствительны к меропенему, цефалотину и линезолиду. Бациллы оказались чувствительны к ципрофлоксацину и амикацину. Наибольшая резистентность стафилококков и бацилл выявлена к бензилпе-

нициллин, эритромицину и линкомицину. Стрептококки были наиболее чувствительны к меропенему и гентамицину, а резистентны к доксициклину и эритромицину. Энтеробактерии оказались чувствительны к цефаклору, меропенему и офлоксацину. Резистентность выявлена к канамицину и фурадонину. Кандиды проявили чувствительность только к амфотерицину В, нистатину и клотримазолу, а к флуконазолу, интраконазолу и кетоназолу установлена абсолютная резистентность. К хитозану выявлена чувствительность у выделенных стафилококков, бацилл и стрептококков в

100% случаев, у энтеробактерий – в 82%, у кандид – в 93% случаев. Хитозан – препарат, выделенный из хитина панцирей морских крабов (ЗАО «Биопрогресс»).

Заключение. Наряду с антибактериальными химиопрепаратами необходимо использование препаратов природного происхождения – хитозан, к которому чувствительны 82-100% всех выделенных патогенных микроорганизмов. На основании полученных результатов этот противомикробный препарат можно рекомендовать при кольпите.

УДК 613.9 – 057.875

Г.Н. ЧУКАНОВА, С.С. ИСКАКОВА, Р.Е. НУРГАЛИЕВА

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ЗКГМУ имени Марата ОСПАНОВА

Западно-Казахстанский государственный университет имени Марата Оспанова, Актобе

Изучение качества жизни (КЖ) – это новый интегральный подход к комплексной оценке состояния здоровья человека, основанной на его субъективном восприятии. Базовым инструментом для проведения исследований КЖ являются специально разработанные опросники, которые разделяются на две большие группы – общие (типа WHOQOL 100, MOS SF 36 и т.д.) и специальные, которые используются у больных различными заболеваниями. Метод оценки КЖ, связанной со здоровьем, позволяет оценить процессы адаптации человека любого возраста к условиям окружающей среды, а также при острых и хронических заболеваниях.

В нашем исследовании в течение 3 лет (2009-2011 гг) было изучено качество жизни студентов 1-4 курсов с использованием русскоязычной версии общего опросника SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Опросник состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизненная активность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьи-

руют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Шкалы дают представление о двух главных компонентах здоровья: физическом и психологическом. Расчет показателей каждой шкалы производили по специальной формуле. Статистическую обработку полученных данных производили с использованием t-критерия Стьюдента.

В исследовании ежегодно участвовало 90-95 студентов в возрасте от 18 лет до 21 года. Соотношение лиц женского и мужского пола составило 3:1.

Анализ полученных данных показал, что достоверных различий в показателях качества жизни у студентов разных курсов не выявлено. В результате проведенного исследования установлено, что средние значения показателей качества жизни студентов по 8 шкалам опросника ежегодно варьируют от 46,5±0,3 (шкала социального функционирования) до 87,6±0,5 (шкала физического функционирования). Показатель общего здоровья на всех курсах в течение 3 лет не превышает 50. Среднее значение физического компонента здоровья составляет 56,8±0,5; психического – 53,2±0,5. Статистически значимых отличий в показателях между девушками и юношами не обнаружено.

УДК 616.22-006.3-08

Б.А. ШАГАТАЕВА, Э.К. ИСМАГУЛОВА

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

В настоящее время для лечения доброкачественных новообразований гортани методом выбора является эндоларингеальное удаление их под общим эндотрахеальным наркозом.

Цель исследования — анализ затруднений при выполнении прямой ларингоскопии и оценка методик адекватного послеоперационного ведения пациентов.

Материалы и методы исследования. За последние 5 лет (в период с 2008-2012гг.) на базе курса оториноларингологии ЗКГМУ имени М. Оспанова выполнено 75 эндоларингеальных операций больным в возрасте от 26 до 57 лет, из них женщин – 56, мужчин – 66. Выделены две группы пациентов: 1 группа — 57 чел. со стандартными условиями операции; 2 группа

— 18 чел. с травматичной интубацией. Все пациенты были осмотрены анестезиологом с оценкой перспективы возможных затруднений при интубации (индекс Mallampati). Субъективную оценку самочувствия проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы по Савари-Миллеру.

Результаты исследования. У 8 (10,6%) больных подтвердились трудности при интубации, что было связано с анатомическими особенностями и повышенной массой тела. При проведении клинка ларингоскопа до голосовой щели у 18 (24%) пациентов отмечены сложности, связанные: с ригидностью шейного отдела позвоночника — 8 (10,6%) пациентов; высоко расположенной гортанью — 10 (13,3%). В 1 группе в после-

операционном периоде свое самочувствие пациенты оценивали в среднем на 5-6 баллов. Благодаря отсутствию травматичности при выполнении процедуры уже к концу первых суток после вмешательства отмечали исчезновение симптоматики со стороны глотки с улучшением самочувствия до 2-3 баллов. У всех 57 пациентов 1 подгруппы инфильтрация и гиперемия тканей области удаленных новообразований была минимальна. Во 2 группе в послеоперационном периоде проводился курс системной антибактериальной тера-

пии. Применение логопедической коррекции на этом этапе (постановка дыхания, фонации) позволяло после двух курсов занятий достигнуть звучной речи.

Выводы. Правильное прогнозирование травматичности выполнения эндоларингеальных операций и коррекция методиками адекватного послеоперационного ведения пациентов позволяет в минимальные сроки достигнуть нормализации силы, частоты и тембра голоса и избежать рубцовых осложнений после удаления доброкачественных новообразований гортани.

УДК 616-006.36.04-085.277.3

Н.А. ШАНАЗАРОВ, Б.Т. БАЙЗАКОВ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМИ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актюбе

Задача исследования. Изучить отдаленные результаты хирургического лечения больных рецидивными саркомами мягких тканей и оценить влияние локальных рецидивов СМТ на пятилетнюю выживаемость пролеченных больных.

Методы исследования. Основным симптомом локального рецидива саркомы мягких тканей явился определяемый визуально, реже – пальпаторно, опухолевый узел или несколько узлов (при мультицентричном росте). У 73 (76,8%) из 95 больных локальный рецидив саркомы мягких тканей выявлен при профилактическом осмотре. Рентгенологическое исследование позволило выявить отдаленные метастазы в легкие у 15 (15,8%) из 95 пациентов, а так же наличие или отсутствие рентгенологических признаков вторичного вовлечения подлежащих костных структур. Для морфологической диагностики опухоли мягких тканей использовалась закрытая пункционная аспирационная или трепан-биопсия, открытая инцизионная биопсия.

Результаты. Наибольшее количество случаев возобновления местного опухолевого роста после хирургического лечения наблюдалось в течение первых 6 месяцев после лечения – 22 (27,8±5,0%) при размере опухоли не более 5 см и в 17 (21,5±4,6%) случаях – при размере опухоли более 5 см. К началу третьего года частота локальных рецидивов была одинакова независимо от размера первичной опухоли. Наиболее высокая частота локальных рецидивов при размере

первичной опухоли более 5 см наблюдалась нами к концу второго года после хирургического лечения. Эти данные свидетельствуют о том, что опасность появления местного рецидива опухоли у больных саркомами мягких тканей возрастает после хирургического лечения с интервалом в 1 год. Неадекватность хирургического лечения явилась основной причиной высокой частоты локальных рецидивов при размере опухоли до 5 см. Снижение же абсолютного количества локальных рецидивов опухоли при ее диаметре более 5 см к концу третьего года после хирургического лечения было обусловлено гибелью части больных. Отдаленные результаты изучены у 70 больных с локальными рецидивами СМТ. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. По полученным нами данным следует, что при рецидивной опухоли размером равной или менее 5 см, выживаемость пациентов выше, пять лет и более прожили 28 из 37 (75,6±7,1%) больных, чем при рецидивной саркоме размером более 5 см. Из данной категории больных 5 лет прожили 13 из 32 (40,6±8,7%) пациентов, $p < 0,01$.

Выводы. Таким образом, имеется обратная зависимость между размером рецидива СМТ и продолжительностью жизни пациентов после хирургического лечения. Различия в пятилетней выживаемости в зависимости от размера рецидивной опухоли статистически достоверны ($p > 0,01$).

УДК 618.146-006.6-089

Н.А. ШАНАЗАРОВ, О.В. НЕКРАСОВА, Е.Л. ШУНЬКО

РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Тюменский областной онкологический диспансер, Тюмень, Россия

Задача исследования. Провести оценку частоты развития нежелательных побочных реакций при различных вариантах химиотерапии, химиолучевого лечения и лучевой терапии больных местно-распространенным немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ).

Материал и методы. 50 больных НМРЛ I группы получили химиотерапевтическое лечение, подгруппы отличались способом введения противоопухолевых препаратов: в подгруппе IA 30 пациентам вводили препарат внутривенно, в подгруппе IB – 20 пациентам – внутриартериально. Во II группе больные НМРЛ по-

лучили химиолучевую терапию: в подгруппе IIA 31 больной получили химиотерапию и ДЛТ последовательно: лучевая терапия проводилась после окончания 4 циклов химиотерапии (на позднем этапе комплексного лечения), в подгруппе IIB пациенты получили одновременное химиолучевое лечение, на раннем этапе комплексного лечения, n=28. В III группе 50 больным назначалась лучевая терапия.

Результаты. Нежелательные побочные эффекты противоопухолевой терапии различной степени тяжести возникли в общем у 68 (42,8%) больных и отмечались в каждой группе. В среднем наименьшее количество нежелательных побочных реакций отмечалось в III группе (ЛТ) – у 8%, наибольшее – во II группе (ХЛТ) – 72,9%. В I группе (ПХТ) осложнения наблюдались у 42% больных. Наименьшее количество осложнений в I группе определялось в IB подгруппе (ВАПХТ) – 30% (6 больных), что можно объяснить подведением цитостатического препарата непосредственно к опухоли и минимизацией токсического воздействия на клетки рядом расположенных структур, в том числе и связанных с

ростками кроветворения. В IA подгруппе (ВВПХТ) 50% (15) больных имели нежелательные побочные реакции. Во II группе наибольшее число больных с нежелательными побочными реакциями – 75% (21 человек) – определено во IIB подгруппе, с одновременным воздействием двух агрессивных методов комплексного воздействия на опухоль – химиотерапии и лучевого лечения, что вполне естественно привело к росту числа осложнений. Вместе с тем, необходимо отметить и достаточно большое количество пациентов с нежелательными побочными реакциями во IIA подгруппе с последовательным проведением химиолучевой терапии – 71% (22 человека) и отсутствие статистически значимых различий показателей IIA и IIB подгрупп.

Выводы. При одновременной химиолучевой терапии немелкоклеточного рака легкого требовались чаще перерывы в лечении и редукция доз цитостатических препаратов. Продолжительность перерывов была практически одинаковой во всех трех рассматриваемых IIA, IIB и III группах пациентов и составляла в среднем 1 неделю.

УДК 615.03:616.24

Ш.Ж. ШАНЕНОВА, А.С. КОПТЛЕУОВА, К.С. ДАРБАЕВА., Г.У. ОТАРГУЛОВА., З.Т. БОЗАХАРОВА

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ХОБЛ

АГП № 1, МСЧ ДАВ и СР АО ММГ, Актау

Актуальность: лечение хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) является достаточно трудной задачей. Ингаляционные глюкокортикостероиды – наиболее эффективные противовоспалительные препараты, однако они не оказывают желаемого положительного влияния при легкой и средней тяжести течения ХОБЛ. Важной особенностью формирования обратимой бронхиальной обструкции является преобладание гиперсекреции вязкой слизи и воспалительного отека над бронхоспастическим компонентом обструкции, что необходимо учитывать в комплексных программах терапии.

Цель: оценить эффективность и безопасность N-ацетилцистеина при лечении больных ХОБЛ.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 31 больной ХОБЛ с легкой (29,0%) и средней степени тяжести течения заболевания (71,0%). Средний возраст составил 49,7±3,27 лет. Длительность заболевания составила в среднем 12,8±2,4 лет. Мужчин 21 (67,7%), женщин – 10 (32,3%). Курильщики составили 77,4% от общего числа больных. Всем пациентам в комплексную терапию был включен препарат

N-ацетилцистеина в дозе 600 мг/сут. Длительность наблюдения составила 2 месяца от начала терапии.

Результаты исследования: анализ результатов проведенного лечения показал убедительный положительный эффект: вязкость мокроты уменьшилась через 2 месяца терапии у 25 (80,6%) больных, сложности при откашливании мокроты – у 23 (74,2%) больных, выраженность кашля снизилась у 22 (70,9%) больных и сопровождался угасанием одышки. Включение N-ацетилцистеина в комплексную терапию заболевания способствовало разжижению мокроты и облегчению ее отделения, с более быстрой ликвидацией основных симптомов, повышению физической активности, улучшению общего самочувствия. Побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта отметили 3 (9,6%) пациентов.

Выводы: применение N-ацетилцистеина в комплексной терапии ХОБЛ способствует скорейшему восстановлению бронхиальной проходимости, отличается хорошей переносимостью, безопасностью и высокой эффективностью.

УДК 613.26/29.001/574.52

А.Ж. ШАРБАКОВ, С.Ж. МУСАБАЕВА, Г.З. БАЙДОСОВА, Ж.Б. КУРМАНОВ, С.С. АЛИМБАЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, ДГСЭН КГСЭН МЗРК по Актобинской области

Одним из путей профилактики железодефицитных и йододефицитных заболеваний среди населения является фортификация (обогащение) муки различ-

ными витаминно-минеральными комплексами и йодирование пищевой и кормовой соли.

Главную роль в данном разделе профилактической работы играют статьи 160 и 161 Кодекса РК «О

здоровье народа и системе здравоохранения» №193-IV от 18.09.2009 года, согласно которых, пшеничная мука высшего и первого сортов и соль подлежит обогащению и йодированию.

В Актыбинской области фортифицированную пшеничную муку высшего и первого сортов одним из первых начала выпускать ТОО «Ново-Альджанский мелькомбинат» и ТОО «Рамазан». За 2011 год выпущено обогащенной муки – 37387635 кг. (2010г.-20887800 кг). В остальных мукомольных мельницах области по вопросу фортификации муки проводятся организационно-подготовительные работы.

Йодированием пищевых продуктов в области занимаются 40 предприятий пищевой промышленности, в том числе 38 хлебопекарен используют йодированные дрожжи, соль, цех по выпуску бутилированной воды ТОО «Акваком» - выпускает питьевую йодированную бутилированную воду «Солнечная йод + селен», молокоперерабатывающий завод ТОО «Мартук-

Сут» - выпускает йодированную кисломолочную продукцию. За истекший период 2011 года выпущено 258326,0 кг йодированных пищевых продуктов, из них йодированной кисломолочной продукции – 6505,0 л., йодированной бутилированной воды – 251821,0 л.

В целях профилактики йододефицитных расстройств органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора установлен постоянный контроль за обогащением бутилированной воды, молока и молочных продуктов йод-казеином, за выпуском хлеба и хлебо-булочных изделий с применением йодированных дрожжей и реализацией йодированной пищевой соли. Ведется ежемесячный лабораторный мониторинг.

На предстоящий период научным работникам и органам практического здравоохранения необходимо провести масштабные лабораторные исследования выпускаемой продукции и изучить состояние здоровья населения.

ҚҰРМЕТТІ ӘРІПТЕСТЕР.....	5
УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!.....	6
ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ СҰРАҚТАРЫ.....	7
ВОПРОСЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	7
З.Н. АБИЛЬХАСАНОВА	
ПРОЦЕСС МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	8
А.В. АВДЕЕВ, Г.А. ЖАҚСЫПЫКОВА	
ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ IТЕМАН 4.1.....	8
Е.Н. АГАПОВ, З.Б. МОЛДАШЕВА, С.Е. ЖИЕМБАЕВА, А.А. ЖУГУНУСОВА	
ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭТИМОЛОГИИ И ФОНОВЫХ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.....	9
Л.С. АҚМУХАМБЕТОВА	
МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ.....	9
Г.Б. АЛДАШЕВА, К.А. ЖУБАНАЗАРОВА, А.Б. АБДИРГАЗИЕВА	
СПЕЦИАЛЬНАЯ ЛЕКСИКА В РЕЧИ СТУДЕНТОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....	10
А.М. АРИНГАЗИНА	
ПОДГОТОВКА КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	10
А.Б. БАЙЖАРҚЫНОВА	
ЭМИЛЬ ТЕОДОР КОХЕР - МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ТҰҢҒЫШ НОБЕЛЬ СЫЙЛЫҒЫНЫҢ ЖҮЛДЕГЕРІ.....	11
Р.М. БАЙМЕНШИНА, Б.А. ГАТАУЛИНА, С.С. САМБАЕВА	
ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК КАК СРЕДСТВО АКТИВИЗАЦИИ.....	11
Г.А. БАТЫРОВА, З.Г. САРСЕМБАЕВА, А.Б. САГЫНБАЗАРОВА, Ж.Е. ҚЫЛЫШБЕКОВА	
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА.....	12
Г.Н. БЕЙСЕГУЛОВА, Р.А. ТУРСЫНБАЕВА, Р.Т. ДЖУМАШЕВА, К.Т. КАШАГАНОВА, Д.С. БАЙГАМЫСОВА, С.Х. НАККАЖИНА, А.И. АБДЫКАЛЫКОВА, С.К. ТУСУПБЕКОВА	
ЕКІ САТЫЛЫ ЕМТИХАННЫҢ ТИІМДІЛІГІ.....	12
Г.Ө. БЕКЕШОВА, Г.С. ЖҰМАЛИЕВА	
ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНЫНЫҢ ОҚЫТУШЫСЫ: ОНЫ ДАЯРЛАУДЫҢ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ- ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ПРОБЛЕМАЛАРЫ.....	13
А.И. БЕККУЖИНА, М.К. ИЗТЛЕУОВ, Г.У. ЕМЖАРОВА	
ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ НЕПАРАМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫХ.....	13
А.Г. БЕККУЖИН, А.И. БЕККУЖИНА	
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЯ.....	14
Е.Ж. БЕКМУХАМБЕТОВ, М.К. ИЗТЛЕУОВ, Е.М. ИЗТЛЕУОВ	
ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ НА РАЗВИТИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ.....	14
Р.Р. БОГДАНОВ, А.А. ХУСАЕНОВА	
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	15
А.П. ГОНЧАР-ЗАЙКИН, И.А. ШУЛЬГА	
ОПЫТ ОБРЕТЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ.....	15
Г.А. ГОРБАНЕВА	
НАШ ОПЫТ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	16
Г.А. ДЕРБИСАЛИНА, Л.Ж. ҚАРСАҚБАЕВА, В.В. КОЙКОВ, Б.М. СУЛТАНБЕКОВА	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ.....	16
Г.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА, М.Н. ТУРЕБАЕВ, А.М. АЛТАЕВА, А.П. КУДРЯВЦЕВА	
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....	17
А.М. ДОЛГОВ, Н.В. АПТИКЕЕВА, Л.И. ЛЕВОШКО, С.В. ИШКОВ, А.Ю. РЯБЧЕНКО, Т.М. ЯКУБОВА	
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ СТУДЕНТАМ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПО НЕВРОЛОГИИ.....	17
Б.Ө. ЕРБАТЫР	
ТІЛ – ТӘРБИЕ ҚҰРАЛЫ.....	18
Г.М. ЕРТУКЕШОВА	
ОҚУ ПРОЦЕСІНДЕ СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨЗІН-ӨЗІ БАҒЫТТАП, БІЛІМ АЛУЫНДАҒЫ МОТИВАЦИЯНЫҢ РӨЛІ.....	18
Г.Р. ЖАКИЕВА, А.С. БЕКЕТОВ, А.Ж. ДОСИМОВ, М.К. НАЗАРБАЕВА	
ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕНІ ОҚЫТУ ҮРДІСІН ИНТЕРНАТУРАДА ҰЙЫМДАСТЫРУ.....	19

Б.С. ЖАКИЕВ, У.Г. КАРСАКБАЕВ, Б.М. МУХАМЕДГАЛИЕВА, К.С. АБИШЕВ ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	19
Б.С. ЖАНАЛИНА, А.А. ТАГАНЯЗОВА, К.И. АЖЕНОВА, Н.Ж. ЖОЛДАСОВА РОЛЬ ЛЕКЦИИ В ПОВЫШЕНИИ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ	20
Т.А. ЖАРКЕНОВ, А.М. БАСПАҚОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА, Ж.Б. МУЗАТОВА, СТУДЕНТТЕРДІҢ ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫМЕН ШҰҒЫЛДАНУЫ - МАМАН ДАЯРЛАУДАҒЫ МАҢЫЗДЫ ФАКТОР	20
К.Е. ЖАРИЛКАСЫНОВ, Г.А. ЖУРАБЕКОВА, С.Б. РАХМАНОВ, Г.А. МУТИГУЛЛИНА АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА В СИСТЕМЕ БАКАЛАВРИАТА	21
Г.Д. ЖУМАҒАЛИЕВА, Ж.С. УМАРОВА, С.К. ШАЛЕКЕНОВА ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРЫ ҚЫЗМЕТІНІҢ ТАРИХЫ ТУРАЛЫ	21
А.К. ЖУМАЛИНА, М.Б. ЖАРЛЫКАСИНОВА, Н.Г. ИРГАЛИЕВА, Б.Ж. ЖИЛКИБАЕВА ОПТИМИЗАЦИЯ УСВОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ	22
А.К. ЖУМАШЕВА, М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.Б. БАХАЕВА, Г.К. АЛПЫСБАЕВА МОДУЛЬДІК ОҚЫТУДЫҢ НЕГІЗДЕРІ	22
А.К. ЖУМАШЕВА, М.К. ИЗТЛЕУОВ МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ДЕРЕКТЕР ҚОРЫН ҚҰРУДЫҢ МАҢЫЗЫ	23
М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.И. БЕККУЖИНА АКТИВИЗАЦИЯ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ЧТЕНИЯ ЛЕКЦИИ	23
М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.У. ТУРГАНБАЕВА, Г.А. ТЕМИРОВА, Н.К. ЖАЛИМБЕТОВА ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МАРШРУТ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ	24
М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.К. ЖУМАШЕВА, А.Б. БАХАЕВА ИНФОРМАТИКА САБАҚТАРЫНДА ОҚЫТУДЫҢ БЕЛСЕНДІ ӘДІСТЕМЕЛЕРІН ҚОЛДАНУ	24
Ж.Х. ИСАНГУЖИНА, Н.Н. ПУХОВИКОВА, А.А. КУЗДЫБАЕВА, З.С. АЛИПОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПУТЕМ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ	25
М.М. КНИСАРИНА ИГРОВОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ	25
М.М. КНИСАРИНА, Г.У. БЕКЕШОВА, Г.С. ЖУМАЛИЕВА, Л.Ш. КУСАНОВА ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	26
Ж. Қ. ҚОЖАБЕКОВА ҚАЗАҚ ОРФОГРАФИЯСЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ҒЫЛЫМИ МӘСЕЛЕЛЕРІ	26
В.В. КОЙКОВ, А.Б. АБДРАХМАНОВ, М.П. СОЛОДОВНИКОВ, Ю.С. СИДОРКИНА КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СФЕРЫ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	27
О.Д. КОНСТАНТИНОВА, И.А. ВДОВЕНКО, Л.М. ДЕМИНА, Е.П. КАСТРОВА СНК – ПЕРВАЯ СТУПЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И НАУЧНОГО ОПЫТА	27
К.Б. КУРМАНГАЛИЕВ, Г.Е. КУЛДАНОВА, К.И. АЛЬМУХАНОВА, А.С. МУКАНОВА, Ш.Ж. САЛИКОВА СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ	28
М.А. МАМЫРБАЕВА РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО ВРАЧА В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ	28
Р.Р. МУСИНА ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММ АМЕРИКАНСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ В УЧЕБНО-КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ГОРОДА АСТАНА	29
А.Б. НАГМЕТОВА, Л.У. НИЯЗАЛИНА, А.Б. КУЛБАЕВА РОЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	29
Р.Е. НУРГАЛИЕВА, Г.Н. ЧУКАНОВА, С.С. ИСКАКОВА ПЕРСПЕКТИВА ВНЕДРЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАНДАРТОВ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	30
Н.А. САГИМБАЕВА ОЦЕНКА ЗНАНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕННОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	30
Д.А. САЙМАГАМБЕТОВА ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ БЕЛСЕНДІ ӨМІРЛІК ҰСТАНЫМДЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ	31
К.Ж. САКИЕВА, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.А. ШАНГАРАЕВА, М.Б. ДОСИМБЕТОВА, Н.Т. ИЗГАЛИЕВА ЖОБАЛАР ӘДІСІ (ӘЛЕУМЕТТІК ЖОБАЛАР) – ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ӘДІСІ	31

Ф.С. САУЛЕЕВА, Т.Н. ЖУМАБАЕВА СИМУЛЯЦИОННОЙ СЦЕНАРИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	32
Г. Ж. САХИПОВА ФОРМИРОВАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	32
С.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА, Б.К. ЖОЛДИН НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ КАЖДОГО СПЕЦИАЛИСТА	32
Г.Н. СОЛОВЫХ, Е.М. НЕФЕДОВА, Е.А. КАНУНИКОВА, Г.М. ТИХОМИРОВА, Г.Ф. КОЛЬЧУГИНА ИЗ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА В РАМКАХ ВНЕДРЕНИЯ БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ	33
Ж.И. СҰЛТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОО-ДАҒЫ ОҚЫТУДА СТУДЕНТТЕРДІҢ КӘСІБИ МОТИВАЦИЯСЫН ДАМУЫ МҮМКІНДІКТЕРІ	33
Г.А. ТЕМИРОВА, А.Е. АХАЕВА ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД ОБУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ГИСТОЛОГИЯ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ МИКРОСКОПИРОВАНИЯ	34
Г.А. ТЕМИРОВА, А.Т. КАЛДЫБАЕВА, А.У. ТУРГАНБАЕВА ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СУЩНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	34
Г.А. ТЕМИРОВА, К.Б. ТЕМИРОВ, А.У. ТУРГАНБАЕВА, А.Т. КАЛДЫБАЕВА, Н.К. ЖАЛИМБЕТОВА ВАРИАТИВНОЕ ИННОВАЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ АДАПТАЦИЮ ЛИЧНОСТИ	35
Б.М. ТОРЕНИЯЗОВА, Б.Ж. ЖАЙЛЫГУЛОВА АРНАЙЫ ПӘНДІ ОҚЫТУДА СТУДЕНТТЕРГЕ ТЕОРИЯЛЫҚ МАҒЛҰМАТТАРДЫ ТӘЖІРИБЕ ЖҮЗІНДЕ ИГЕРТУДЕ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ	35
Г.Т. ТУЛЕШОВА, Г.А. ДЕРБИСАЛИНА, Л.Ж. КАРСАКБАЕВА, В.В. КОЙКОВ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ОСНОВАННОГО НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ	36
Г.Т. ТУЛЕШОВА, Д.Н. АХМЕТОВА, Ж.Б. БЕКБЕРГЕНОВА, А.Т. УМБЕТЖАНОВА, М.Г. МАХАМЕТОВА, Н.К. НУРГАЛИЕВА, Г.А. ДЕРБИСАЛИНА ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТА AGREE ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»	36
Р.А. ТУРСЫНБАЕВА, Г.Н. БЕЙСЕГУЛОВА, Р.Т. ДЖУМАШЕВА, Д.С. БАЙГАМЫСОВА, К.Т. КАШАГАНОВА, С.Х. НАККАЖИНА, А.И. АБДЫКАЛЫКОВА, С.К. ТУСУПБЕКОВА ОҚУ – ӨНДІРІСТІК ТӘЖІРИБЕ – ДӘРІГЕРДІ ЕҢБЕК ЖОЛЫНА ДАЙЫНДАУДАҒЫ НӘТИЖЕЛІ БӨЛІГІ	37
Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ, А.К. ЖҰМАЛИНА, М.Б. ЖАРЛЫКАСИНОВА, Б.А. ЖЕКЕЕВА ҚАЗАҚ ТІЛІНДЕ ОҚЫТУДЫҢ ЖАҢА ӘДІСТЕРІ	37
Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ, А.К. ЖҰМАЛИНА, Н.Г. ИРҒАЛИЕВА, Б.Ж. ЖЫЛҚЫБАЕВА ПЕДИАТРИЯДАН ҚАЗАҚША ДӘРІС БЕРУ ДЕҢГЕЙІ	38
Б. ТУСУПКАЛИЕВ, А.К. ЖУМАЛИНА, Л.В. СИВАКОВА, Л.Д. БОЛЯКОВА ПЕДИАТРИЯ УНИВЕРСИТЕТА ЗА 55 ЛЕТ	38
С.С. УМИРЗАКОВА ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ОДИН ИЗ РЫЧАГОВ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ	39
Ш.Ш. УТАРГАЛИЕВА, М.М. САБИТБЕКОВА, Л.Н. АБДУЛЛИНА ТІЛ ҮЙРЕТУ БАРЫСЫНДА СТУДЕНТТЕРДІҢ ҚҰЗІРЕТТІЛІГІН ДАМУЫ	40
Б.А. УТЕГЕНОВ, З.А. ИДИЕВ, Б.Л. СУЛТАНГЕРЕЕВ, Б.И. КУШИМОВ О ТРУДНОСТЯХ ПЕРЕВОДА КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ НА КАЗАХСКИЙ ЯЗЫК	40
Б.А. ӨТЕГЕНОВ, З.А. ИДИЕВ, Б.И. КӨШІМОВ ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ ПӘНІН ОҚЫТУДЫ ОПТИМИЗАЦИЯЛАУДЫҢ ТИІМДІ ЖОЛДАРЫ	41
Б.А. УТЕГЕНОВ, Б.Л. СУЛТАНГЕРЕЕВ, З.А. ИДИЕВ, Б.И. КУШИМОВ ЭЛЕКТИВНЫЕ ЗАНЯТИЯ – ЗНАЧИМОЕ ПОДСПОРЬЕ В ОБУЧЕНИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	41
А.А. ХУСАЕНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	42
С.Ю. ШИКАНОВА, С.В. КИМ, Г.А. ТЮРЕЖАНОВА ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ	42
МЕДИКО-БИОЛОГИЯЛЫҚ ҒЫЛЫМНЫҢ ЗАМАНАУИ МӘСЕЛЕЛЕРІ СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ	44
Г.А. АЛДИЯРОВА, Ж.К. БУКЕЕВА, Г.А. ИЛЬЯС ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА ДИНАМИКУ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОЖИВЛЕННЫХ КРЫС С ИС- ХОДНО РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ	45
Ю.О. ВОЛКОВ, И.А. МИХАЙЛОВА, В.Л. ПЕТРЕНКО, С.Х. КИРИАКИДИ, А.А. МАТЧИН, А.А. СТАДНИКОВ ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ГИСТОГЕНЕЗОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ЧЛО) В АСПЕКТЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ	45
Р.Е. ЕГЕМБЕРДИЕВА, Р.Т. ИМАНАЛИЕВА, Ф.А. ЕРМАГАМБЕТОВА, В.В. СВИЧКАРЬ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЧЕК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ	

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ	46
Р.Е. ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.С. СУЙНАЛИЕВА, Н.А. ДИЛДАЕВА, Ш.С. ИДРИСОВА, М.М. КУДАБАЕВА	
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ	46
М.Ж. ЖАРАСОВ, Н.Т. ЕСЕНГАЛИЕВА, О.С. ТУРАРОВ	
ВЛИЯНИЕ НЕФТИ И НЕФТЕПРОДУКТОВ НА МИКРОФЛОРУ ПОЧВЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	47
А.Н. ЖЕКСЕНОВА, Ж.С. СУНДЕТОВ	
ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ОРГАНИЗМА ЖИВОТНЫХ ПРИ ВВЕДЕНИИ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ	47
А.Н. ЖУМАБАЕВА, Н.В. ЗАРИШНЯК, К.Е. ЖАРИЛКАСИНОВ	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОСТРОЙ АТРОФИИ ТИМУСА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ШЕСТИВАЛЕНТНОГО ХРОМА	48
Б.В. ЗАСОРИН, И.Н. НАСЫРОВ, К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, Д.Г. УРАЗАЛИНОВА, Ж.Б. КАРАСОВА	
ИЗМЕНЕНИЯ В ЦНС У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАВЩИХСЯ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ АТЫРАУСКОГО НПЗ	48
Е.М. ИЗТЛЕУОВ, М.К. ИЗТЛЕУОВ	
ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ СОЛОДКИ, ЛОПУХА И ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СТРЕССИРОВАННЫХ КРЫС-САМЦОВ	49
Е.М. ИЗТЛЕУОВ, М.К. ИЗТЛЕУОВ	
ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ СОЛОДКИ И КРАПИВЫ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ГОМЕОСТАЗА В ТКАНЯХ КРЫС В РАННЕМ ПЕРИОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА	49
М.К. ИЗТЛЕУОВ, Е.М. ИЗТЛЕУОВ, С.Е. АЙТАЛИЕВ	
СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ФИТОПРЕПАРАТА «СОЛОДКИ МАСЛО»	50
М.К. ИЗТЛЕУОВ, Г.Г. ЕРИМБЕТОВА	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ SAS ДЛЯ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	50
А.А. КАЛИЕВ, М.С. КЕЛИМБЕРДИЕВ, М.Б. КАПАШЕВ, С.Т. КУРАНТАЕВ, Ж. АЛМЫРЗАУЛЫ	
ВНУТРИОРГАННАЯ ТОПОГРАФИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	51
К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. СУЛТАНОВ, И.Н. НАСЫРОВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.Ж. АСКАРОВА, Ж.Ш. МАДИХАН	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ ОРГАНОВ ПРИ РАДИАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	51
К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, И.Н. НАСИРОВ, Т.А. СУЛТАНОВ, Ж.Ш. МАДИХАН	
РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ ИХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	52
К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. СУЛТАНОВ, И.Н. НАСИРОВ, Ж.Ш. МАДИХАН, М.С. КАЙРАКБАЕВА, Ж.Т. НУРГАЗИН	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАДИАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ ГАММА-ИЗЛУЧЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	52
И.Н. НАСЫРОВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, К.М. КИБАТАЕВ, Ж.Т. НУРГАЗИН	
ИЗМЕНЕНИЯ В ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ НА ФОНЕ ИНТОКСИКАЦИИ СОЕДИНЕНИЯМИ БОРА	53
И.Н. НАСЫРОВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, К.М. КИБАТАЕВ, А.А. ЖАЙЛАУБАЕВА, С.И. НАСЫРОВ	
МОРФОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СОЕДИНЕНИЯМИ БОРА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	53
И.Н. НАСЫРОВ, К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, Б.В. ЗАСОРИН, О.В. ЗАВАЛЕННАЯ	
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В РАБОЧИХ ЦЕХАХ АТЫРАУСКОГО НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА	54
И.Н. НАСЫРОВ, К.М. КИБАТАЕВ, Б.В. ЗАСОРИН, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, С.И. НАСЫРОВ	
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ ЖКТ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАВЩИХСЯ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ АТЫРАУСКОГО НПЗ	54
И.Н. НАСЫРОВ, Б.В. ЗАСОРИН, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, К.М. КИБАТАЕВ, А.Ж. АСКАРОВА, А.М. БАСПАКОВА	
ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ И ПОЧКАХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖАВЩИХСЯ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ АТЫРАУСКОГО НПЗ	55
С.Б. РАХМАНОВ, А.Д. БАЛМАГАМБЕТОВА	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА ЖЕЛУДКА И ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ ХРОМОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	55

А. Ш. САРТАЕВА	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ВЛИЯНИЯ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ КРАПИВЫ И КОРНЯ ЛОПУХА С ФЕРРОПРЕПАРАТОМ НА КОСТНЫЙ МОЗГ ЖИВОТНЫХ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	56
Л.А. УДОЧКИНА, Э.С. КАФАРОВ	
ВЕНОЗНОЕ РУСЛО ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА В ПЛОСКОСТНОЙ, СТЕРЕОПРОЕКЦИИ И ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХМЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ	56
Т.Ж. УМБЕТОВ, А.К. БЕРДАЛИНОВА, М.С. ЖАЙЛЫБАЕВ	
КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ БИХРОМАТОМ КАЛИЯ	57
Т.Ж. УМБЕТОВ, Ж.Е. КОМЕКБАЙ, Г.Д. СУЛТАНОВА, А.Р. КАЛИЕВ	
ЛИМФОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКИХ КРЫС	57
ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ МАҢЫЗДЫ СҰРАҚТАРЫ	58
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	58
К.Б. АБДРАХМАНОВ, Г.А. ТУЛЕГЕНОВА, Р.А. ТУЛЕГЕНОВА, С.Е. ШАЛЕКЕНОВА	
СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	59
К.Б. АБДРАХМАНОВ, Н.Б. БИСАЛИЕВ, Р.Н. БИСАЛИЕВА, Д.К. БЕКНИЯЗОВА	
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НЕДОНОШЕННЫХ И ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА 2010 ГОД	59
А.У. АБДУЛЛИНА, А.Н. ЖБАНОВА, Р.С. ЦАРЕВА, А.С. АЛТЫБАЕВА	
ВЛИЯНИЕ ДИСПЕПСИИ НА ТЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ	60
Ш.А. АБЕНОВА	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕТИД МУЛЬТИДИСК У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	60
З.Н. АБИЛЬХАСАНОВА	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА	61
Н.К. АБИШЕВ	
ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ВРАЩАЮЩИМИСЯ МЕХАНИЗМАМИ	61
Г.М. АДАМБАЕВА	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМБРОБЕНЕ У ДЕТЕЙ	62
К.Ш. АЙМАГАМБЕТОВА	
АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛ	62
К.Ш. АЙМАГАМБЕТОВА, Ш.Б. НАСУХИН	
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ	63
Қ.Ш. АЙМАГАМБЕТОВА	
РАЗНОВИДНОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ ЗА ПЕРИОД 2009-2011 ГГ. ПО АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	63
А.Н. АҚАТАЕВА	
АКУШЕРЛІК ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ПЕРИТОНИТТІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	64
А.Н. АҚАТАЕВА	
АКУШЕРЛІК ПЕРИТОНИТКЕ БЕЙІМДЕУШІ ФАКТОРЛАР	64
А.Н. АҚАТАЕВА	
АКУШЕРЛІК ПЕРИТОНИТКЕ БЕЙІМДЕУШІ ФАКТОРЛАР	64
Н.А. АҚАТАЕВ	
ЖАЙЫЛҒАН ІРІНДІ ПЕРИТОНИТТІҢ АУЫРЛЫҒЫН АНЫҚТАУДАҒЫ ОБЪЕКТИВТІ КРИТЕРИЙЛЕР	65
Н.А. АҚАТАЕВ, М.Н. ЖУМАБАЕВ, М.М. МУКУШЕВ, Б.М. ШАГИРОВ, М.Е. БАЛШАМБАЕВ	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	65
А.Ш. АЛИЕВА	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ГЛУБОКОГО ГИДРОЛИЗА БЕЛКА ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	66
А.В. АЛИЕВ, М.А. ЗЕЙНАЛОВ	
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННЫХ	66
Р.К. АЛИЕВА, М.А. САНАТОВА, В.А. СЕЙТБАЕВА, К.Г. ДАУКЕЕВ, А.К. ЕРИМБЕТОВ,	
Ж.К. КАРИМБАЕВА, Б.М. МУКАШЕВА	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЛОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ СИФИЛИСА	67
Р.К. АЛИЕВА	
ОШИБКА В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА	67
А.С. АЛМАГАМБЕТОВА, Р.Н. БУРАНБАЕВА	
АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЗЕРВНОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	68
К.Ж. АЛТАЕВ, Ж.С. АБДИКАЛИКОВ, Г.Ж. БАЙНИЯЗОВА, Г.А. ДЖАНОВА	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ НЕЙРОРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ У ДЕТЕЙ	68

К.Ж. АЛТАЕВ, Ж.С. АБДИКАЛИКОВ, Г.Ж. БАЙНИЯЗОВА, Г.А. ДЖАНОВА, М.Ж. АЙПЕИСОВ КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИПРИВАНА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	69
Е.Н. АЛЬФЕРОВИЧ, Т.Н. ВОЙТОВИЧ, Л.В. ГРАК, Н.В. КОКОРИНА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ФЕНИЛТИОКАРБАМИДА	69
М.Б. АМАНГАЛИ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА	70
К.М. АМАНТАЕВА, Ж.Т. ЕШИМБАЕВА, Л.К. САРСЕМБАЕВА, С.О. ТУРЕБАЕВ ЖАТЫР МИОМАСЫНЫҢ ӘРТҮРЛІ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ВАРИАНТТАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	70
Д.М. АМРЕНОВА ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО АБСЦЕССА	70
З.Ж. АННАКУЛОВА ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАРДИФЕРОН У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	71
Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, Ш.Ш. ЖУРАЕВ, Е.У. ШАЙХИЕВ, К.Э. СИМОНЬЯНЦ, Н.Е. ИМАММЫРЗАЕВ, Е.А. ЕНИН БІРІНШІЛІК ГИПОПАРАТИРЕОЗДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ	72
Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, Ш.Ш. ЖУРАЕВ, Е.У. ШАЙХИЕВ, Б.К. ОРМАНОВ, А.А. ШОКЕБАЕВ, Н.Е. ИМАММЫРЗАЕВ ДИФУЗДЫ-ТОКСИКАЛЫҚ ЗОБЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАЛҚАНША БЕЗІ АРТЕРИЯСЫНЫҢ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ ОККЛЮЗИЯСЫ	72
Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, Ш.Ш. ЖУРАЕВ, Е.У. ШАЙХИЕВ, Е.А. ЕНИН, К.Э. СИМОНЬЯНЦ, А.А. ШОКЕБАЕВ, Н.Е. ИМАММЫРЗАЕВ ЖАЙЫЛҒАН МИАСТЕНИЯНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ	73
Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, Ш.Ш. ЖУРАЕВ, Е.У. ШАЙХИЕВ, К.Э. СИМОНЬЯНЦ, Н.Е. ИМАММЫРЗАЕВ КҮЙІКТЕН КЕЙІНГІ ӨҢЕШТІҢ ТЫРТЫҚТЫ ТАРЫЛУЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ	73
Р.А. АРИНГАЗИНА, И.В. ГОРДЫШЕВА, Г.И. КУБЕНОВА ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА	74
Р.А. АРИНГАЗИНА, И.В. ГОРДЫШЕВА, Г.И. КУБЕНОВА ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА	74
Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, Е.М. МИЕРБЕКОВ, Н.А. КОСПАНОВ, Д.Т. МУСАГАЛИЕВ, Н.В. ПОЗДЕЕВ, Е.К. АБДКЕРЕЕВ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	75
Т.А. АУБАКИРОВА, Б.Ж. МАГЗУМОВА, А.Е. КУРЕКЕШЕВА, Э.Е. АНЕШОВА МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА И ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ	75
К.Ж. АХМЕТОВ, Г.А. СМАГУЛОВА, С.С. КУРМАНГАЛИЕВА, А.Ю. ТАНМАГАМБЕТОВА, Л.В. БАЕВА ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	76
А.С. АЯГАНОВА СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА	76
Д.Е. АЯГАНОВА ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТРОЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ	77
К.А. БАГИТОВ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ	77
Е.Ш. БАЗАРГАЛИЕВ, Х.И. КУДАБАЕВА, З.Г. ВАФИНА, Л.А. ЖУСИПБЕКОВА, Г.С. БЕРКИМБАЕВА, А.О. ЕСИРКЕПОВА ВЛИЯНИЕ ПАНТОПРАЗОЛА (КОНТРОЛОК) НА ЖЕЛУДОЧНОЕ КИСЛОТООБРАЗОВАНИЕ ПО ДАННЫМ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ PH-МЕТРИИ	78
Е.Ш. БАЗАРГАЛИЕВ, Р.Т. АГЗАМОВА, А.И. КАРАБАЕВА, Л.А. ЖУСИПБЕКОВА, Б.А. НАРИКОВА, Р.Ж. ЕРГАЛИЕВА ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАНТОПРАЗОЛА (ПАНТАСАН) В ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI	78
Е.Ш. БАЗАРГАЛИЕВ, С.Ф. ЗЕЛЕНЦОВА, Г.С. БЕРКИМБАЕВА, Р.Ж. ЕРГАЛИЕВА, М.Т. ШАНГЕРЕЕВА ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБЕПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	79
Е.М. БАЗАРКУЛОВ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ	79
Е.М. БАЗАРКУЛОВ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	80
М.А. БАЙГАЛИЕВА О ПОСЛЕДСТВИЯХ БЕСКОНТРОЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НАФИЗИНА	80
Г.З. БАЙДОСОВА, Г.А. ТУЛЕГЕНОВА, А.А. НАУРЫЗОВА, Б.Б. СРАЖ, А.А. ТАМЕНОВА, А.К. ЖЕТПИСБАЕВА ВЛИЯНИЕ ДИЕТО И ГЕЛИЙНЕОНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ	81

У.Е. БАЙДУЛЛАЕВА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА ИРРИГАЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ	81
Е.Б. БАЙКЕНОВ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОМАНИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ	82
Л.К. БАЙМУХАНОВА ЭКОЛОГИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	82
А.А. БАЙТУРИН, А.Т. БЕКЖАН, М.З. ГАБДЖАНОВА, Н.Н. МАНДРЫКА, Н.Н. ПУХОВИКОВА БЕЗОПАСНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ	83
С.К. БАЛМАГАМБЕТОВА ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	83
Ф.К. БАЛМАГАНБЕТОВА, А.Т. КАЛДЫБАЕВА ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ АНЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ	84
М.Б. БАСПАЕВА ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЗКГМУ ИМ. М. ОСПАНОВА ЗА 2011 ГОД	84
Б.И. БАСПАЕВ, М.Б. БАСПАЕВА, А.К. КАНАТОВА ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И ВОЗНИКАЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	85
Б.И. БАСПАЕВ, М.Б. БАСПАЕВА, А.К. КАНАТОВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ	85
Б.И. БАСПАЕВ, М.Б. БАСПАЕВА, А.К. КАНАТОВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ	86
А.М. БАСПАКОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА, Ж.Б. МУЗАТОВА АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУЫНЫҢ ЖӘНЕ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРҒА ШАЛДЫҒУ ЕРЕКШЕЛІГІ	86
Т.Ж. БАТЫРОВА, Р.Е. НУРГАЛИЕВА ПРОЯВЛЕНИЕ АДАПТАЦИИ К НАГРУЗКАМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ	87
Ж.Т. БАУБЕКОВ, А.С. УМАРОВ, А.Е. АУБАКИРОВ, М.Р. ФАРУЗДИНОВ, Н.Ж.МУСИН ТУА БІТКЕН ҰРШЫҚ БАСЫ ШЫҒУЫН ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ	87
Ж.Т. БАУБЕКОВ, А.С. УМАРОВ, А.Е. АУБАКИРОВ, М.Р. ФАРУЗДИНОВ, С.С. КОКШИБАЕВ, Б.Ш. ҚЫДЫРГАЛИЕВ, Н.Ж.МУСИН БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ЖОЛ КӨЛІК АПАТЫ ЖАРАҚАТТАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАП ЕМДЕУ	88
В.В. БЕГУНОВ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В КЛИНИКЕ ЗКГМУ ИМ. М.ОСПАНОВА	88
Т.П. БЕЙСЕНБАЕВ СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ	89
Т.П. БЕЙСЕНБАЕВ АКТУАЛЬНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА	89
Н. БЕКБАУОВА, Р. АЛИЕВА, Ж. ЖАРАСОВА, О. СТЕПАНОВА СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ	90
Н. М БЕКБАУОВА, Р. К АЛИЕВА, Ж. Н ЖАРАСОВА, А БАКЫТКЫЗЫ, Г.Е. РАБАЕВА ЭТИОЛОГИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ	90
Н. БЕКБАУОВА, Р. АЛИЕВА, Ж. ЖАРАСОВА, А. БАКЫТКЫЗЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ	91
Ж.Е. БЕКЕНОВ, Л.Б. НҰРМАҒАМБЕТОВА, Н.Ж. НҰРҒАЛИЕВА, Р.М. ДЖАНБАУОВА, А.Т. АХМЕТОВА БАТЫС ҚЫТАЙ – БАТЫС ЕВРОПА ТРАНСПОРТ ДӘЛІЗИНІҢ АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ АУМАҒЫНДАҒЫ БӨЛІГІН ЭПИЗООТОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ	91
А.С. БЕКЕТОВ, В.Г. ФЕОКТИСТОВ, Г.Ж. ЛЕПЕСОВА КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕФТРИАКСОНА В ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ	92
Б.Д. БЕКМАГАМБЕТОВА, А.М. ЯРЛЫКАПОВА ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА	92
Е.Ж. БЕКМУХАМБЕТОВ, А.К. КОЙШЫБАЕВ, П.Т. ЕРМАГАМБЕТОВ, Б.Т. БАЙЗАКОВ, К.Е. ТАЙШИЕВ НЕСТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА	93
М.А. БЕЛОВА, А.Н. ЧЕРНОВ МАРКЕРЫ РЕНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	93
С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, А.Н. ЗИНАЛИЕВА, Н.В. АБРАМОВА КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ПОСТУПЛЕНИЯ КИСЛОРОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АКТОБЕ	94
А.Е. БЕСПАГАМБЕТОВА ВЛИЯНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ	94
Л.А. БИКЕТОВА ДИАГНОСТИКА РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ) СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ И ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ	95
Х.М. БИКТАШЕВА РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ	95

Х.М. БИКТАШЕВА	
АКТУАЛЬНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ	96
Н.Б. БИСАЛИЕВ, Қ.Б. АБДИРАХМАНОВ, Р.Н. БИСАЛИЕВА, С.А. КАРАКУЛОВ	
АҚТӨБЕ ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНДА ӨЛГЕН ЖАҢА ТУҒАН	
НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУ КӨРСЕТКІШТЕРІ ЖӘНЕ НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ АРАСЫНДА	
ТЕМІР ТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯНЫҢ ТАРҚАЛУ ДЕҢГЕЙІ	96
Г.С. БИСЕНОВА	
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ	
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	97
З.Т. БОЗАХАРОВА	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕСТОРА В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ	97
С.В. БОКАЕВА	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОВАМИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ	
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	98
Ю.И. БУДЧАНОВ	
МОНТЕЛУКАСТ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА	98
А.М.БУЗИНА, И.Н.ФАТЕЕВ	
ИЗУЧЕНИЕ ПРИЖИЗНЕННОЙ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ ПЕЧЕНИ	
И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ	
ТОМОГРАФИИ	99
А.В. ВАЖЕНИН, Е.Л. ШУНЬКО, Н.А. ШАНАЗАРОВ	
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ	
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ	
ОПУХОЛИ	99
А.В. ВОВК, Н.А. ШАНАЗАРОВ, Е.Л. ШУНЬКО	
НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ	
РАКОМ ЯИЧНИКОВ III-IV СТАДИИ	100
Е. Н. ВОРОТНИКОВА	
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	100
О.А. ГАВРИЛОВА, Ю.В. ЧЕРВИНЕЦ, Ю.Е. РАТНИКОВА	
МИКРОБИОТА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДИНИТОМ	101
В. П. ГРИГОРЬЕВ	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПОСТОЯННЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ	
ТОКОМ МАЛОЙ СИЛЫ	101
С. ГУБАШЕВА	
ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ БОЛЬНЫМ С	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ	102
С. ГУБАШЕВА	
МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ГРИППОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	102
Ж.Ж.ГУМАРОВА, С.С.ЖУМАГУЛОВА, Р.С.АЛДАНГАРОВА	
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И	
АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	103
Е.Б. ДАВЛЕТЯРОВ	
ОПЫТ РАБОТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА	103
О.Б. ДАВЫДОВА, А.С. ЩЕРБАКОВ, И.О. КОСТИН	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРОТКИХ ИМПЛАНТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ	
И ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ	104
В.М. ДЕЛЯГИН, А.Ж. ДОСИМОВ, Ж.С. ЖАКУПОВА, Ж.Б. ДОСИМОВ	
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ И	
ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА	104
В.М. ДЕЛЯГИН, Ж.С. ЖАКУПОВА, А.Ж. ДОСИМОВ, Ж.Б. ДОСИМОВ	
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ	
ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАРФАНА	105
В.М. ДЕЛЯГИН, А.Ж. ДОСИМОВ, Ж.С. ЖАКУПОВА, Ж.Б. ДОСИМОВ	
СОСТОЯНИЕ МЫШЦ И НЕРВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
С СИНДРОМОМ МАРФАНА	105
А.К. ДЕМЕУОВА, А.Т. БЕКЖАН, З.К. АХМЕТОВА	
КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ	
С СИНДРОМОМ ВЕСТА	106
А.К. ДЕМЕУОВА, Г.С. ТАГЕНОВА, Г.И. НУРГАЛИЕВА	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО	
НАСЕЛЕНИЯ Г. АҚТӨБЕ	106
А.К. ДЕМЕУОВА, Б.Д. АЙДАБУЛОВА, С.Н. ХАМЗИНА.	
ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРАКСОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	
У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ	
ЦНС ГИПОКСИЧЕСКИ – ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	107
М.К. ДЖАКАНОВ, К.Р. ТАЙШИБАЕВ, С.Ш. ЖАНИЛЬСИНОВ, С.Ж. ЖАРМАГАМБЕТОВ,	
С.К. БУРИБАЕВ, Н.Б. АЙБАСОВ, С.Ж. САХИПОВ	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	107

Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, Р.А. КЕНЖАЛИНА, А.Е. ЕРГАЛИЕВ, М.Т. ИЛЪЯСОВ, Ж.Т. САТАЕВ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ У ДЕТЕЙ	108
Б.К. ДЖЕТМЕКОВА ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	108
Б.К. ДЖЕТМЕКОВА ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ	109
Д.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВ, К.Ж. ЕРМЕКБАЕВА, М.К. НАЗАРБАЕВА, Г.Н. ТАНЖАРЫКОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ С КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА	109
Д.Т. ДОСКАБУЛОВА АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АУРУШАҢДЫҒЫНА АНТРОПО-ТЕХНОГЕНДІК ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ	110
А.А. ЕКИБАЕВА, Д.С. НУРЖАНОВ, В.Г. ФЕОКТИСТОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	110
А.А. ЕКИБАЕВА, А.С. БЕКЕТОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА ПРИМЕНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКЕ ВОП	111
Д.К. ЕЛУБАЕВА, С.Б. КЕНЖЕБАЕВА, А.М. БАСПАҚОВА, Ж.Б. МУЗАТОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ	111
А.Н. ЕРГАЛИЕВА СПЕКТР ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ	111
М.К. ЕРКЕБАЕВ БАС-МИ МЕНИНГИОМАЛАРЫ РЕЦИДИВТЕРІН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ТУРАЛЫ	112
М.К. ЕРКЕБАЕВ ЖАРАҚАТТАН КЕЙІНГІ СУБАРАХНОИДАЛЬДЫ ҚАН ҚҰЙЫЛУЛАРДЫ АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ТУРАЛЫ	113
М.К. ЕРКЕБАЕВ АУЫР БАС-МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІНЕ ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР	113
М.К. ЕРКЕБАЕВ ВЕРТЕБРОГЕНДІ АУЫРСЫНУ СИНДРОМДАРЫН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛДАУ	114
П.Т. ЕРМАГАМБЕТОВ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	114
П.Т. ЕРМАГАМБЕТОВ СЛУЧАЙ МЕТАТСТАЗИРОВАНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ В ЛЕГКИЕ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ДВУХСТОРОННИМ ПНЕВМОТОРАКСОМ	115
Х.К. ЕРМЕКБАЕВА ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	115
Ф.Н. ЕРМУХАНОВА СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА	116
Л.М. ЕСБАТЫРОВА, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.Н. АРЗУОВА, Т.П. ОСТРЕЦОВА НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	116
Л.М. ЕСБАТЫРОВА, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, А.Н. АРЗУОВА, Т.П. ОСТРЕЦОВА, Л.В. ДОЛОТОВА ОШИБКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	117
С.М. ЕСЕНАМАНОВА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА	117
С.М. ЕСЕНАМАНОВА НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	118
С.М. ЕСЕНАМАНОВА, Д.М. КОЖАНОВА, Н.Р. ЗАКИРЖАНОВА РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И ПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ	118
С.М. ЕСЕНАМАНОВА, Е.Н. САМБЕТОВ, Г.М. ДЖУНЕРБАЕВА РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, ИТОГИ	119
Д.Б. ЕСЕНБАЕВ ЗОНД ДЛЯ ЭНДОГАСТРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЭТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АНАСТОМОЗИТОВ	119
А.Б. ЕСЕНЖУЛОВА ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНВАНЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	120
А.Б. ЕСЕНЖУЛОВА СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В СТАЦИОНАРЕ	120
А.Б. ЕСЕНЖУЛОВА ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	121
Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, М.М. СУНДЕТОВ, М.М. БАТЫРХАНОВ, П.П. ЛУКЪЯНЧЕНКО, Н.С. ЖАРЫЛКАПОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Н.А. ЖУНИСОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА С РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ	121
Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, Л.П. ПЮРОВА, М.М. СУНДЕТОВ, П.П. ЛУКЪЯНЧЕНКО, Н.С. ЖАРЫЛКАПОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Н.А. ЖУНИСОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ	122

Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, П.П. ЛУКЪЯНЧЕНКО, М.М. БАТЫРХАНОВ, М.М. СУНДЕТОВ, Н.С. ЖАРЫЛҚАПОВ, Н.А. ЖУНИСОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	122
Н.С. ЖАЙЛЫБАЙ	
ТОНЗИЛОГЕНДИ ИНТОКСИКАЦИЯ	123
Г.Р. ЖАКИЕВА, В.Г. ФЕОКТИСТОВ, Т.Ж. АЛДАШЕВА, Г.Н. КУРМАНГАЛИЕВА	
ВЫБОР БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	123
Б.С. ЖАКИЕВ, А.А. КАЛИЕВ, Ж.О. АБДИ, А.А. ШАРАПАТОВ, А.А. БАЗАРБАЙ	
КОМБИНИРОВАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	124
Б.С. ЖАКИЕВ, Ж.О. АБДИ, Н.Е. УТЕУЛИН	
АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПОВЕРХНОСТНОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	124
А.Т. ЖАНАЕВ	
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ	125
Б.С. ЖАНАЛИНА, Г.А. ОРАЛБАЕВА, Қ.И. АЖЕНОВА, Н.М. ЖАНҰЗАҚОВА, Н.Ж. ЖОЛДАСОВА	
ЖОҒАРҒЫ ЕРІН МЕН ТАҢДАЙДЫҒ ТУА ПАЙДА БОЛҒАН ЖЫРЫҚТАРЫ БАР БАЛАЛАРДЫҒ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ	125
Г.Г. ЖАНБУСИНОВА	
К ВОПРОСУ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ	126
М.А. ЖАНУЗАКОВ, А.А. КУБЕГЕНОВА, А.С. АЯГАНОВА, М.М. КАҒАЗБАЕВА	
ЛЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА	126
М.А. ЖАНУЗАКОВ, А.С. АЯГАНОВА, А.А. КУБЕГЕНОВА, М.М. КАҒАЗБАЕВА	
ОСТЕОАРТРОЗ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	127
М.А. ЖАНУЗАКОВ, А.С. АЯГАНОВА, А.А. КУБЕГЕНОВА, М.М. КАҒАЗБАЕВА	
НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II У БОЛЬНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ	127
Ж.Н. ЖАРАСОВА, М.Р. РАФИКОВ, Б.Б. МУСИНА, А.К. ЕРИМБЕТОВ, Ш.Д. КУНТУГАНОВА, Н.А. УТЕПОВА, М.С. КАНАЕВА	
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗДЫ ЭЛОКОМ ПРЕПАРАТЫМЕН ЕМДЕУ	128
С.Т. ЖАРКЕН	
ДИНАМИКА АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЮНОШЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ	128
Н.С. ЖАРЫЛҚАПОВ, Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, Б.Б. БАТЫРХАНОВ, М.М. СУНДЕТОВ, П.П. ЛУКЪЯНЧЕНКО, Н.А. ЖУНИСОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА	
КЕУДЕ АУРУЛАРЫ МЕН ЖАРАҚАТТАРЫНДАҒЫ ЕМ НӘТИЖЕЛЕРІ	129
В.В. ЖЕЖА, Ю.А. МАРИКОВА, М.А. БЕЛОВА, О.Б. КУЗЬМИН	
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ	129
К.Т. ЖОЛБАСКАНОВА	
ЧАСТОТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ МУЖЧИН	130
К.Т. ЖОЛБАСКАНОВА	
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ЛИЗИНОПРИЛА БОЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	130
Б.К. ЖОЛДИН, С.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА, Н.В. НИКОЛАЕНКО, И.Ж. ТАЛИПОВА, Д.Е. КУШИМОВА, Г.Л. КУРМАНАЛИНА	
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ГЛАЗАМИ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА	131
Б.К. ЖОЛДИН, Д.А. ТЕЛЕУОВ, С.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА, И.Ж. ТАЛИПОВА, Д.Е. КУШИМОВА, Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Н.В. НИКОЛАЕНКО, Ж.С. БЕКЖАНОВА	
ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	132
М.Х. ЖУБАНЫШЕВ	
ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ РАСШИРЕННЫЕ И РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ	132
М.Х. ЖУБАНЫШЕВ	
ИНТРАСАКРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	133
С.Ж. ЖУБАТКАНОВА	
ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	133
С.Ж. ЖУБАТКАНОВА	
ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	134
А.Н. ЖҰМАБАЕВА, Г.Ә. ҚАЗБЕКОВА	
ТУБЕРКУЛЕЗ ЖӘНЕ ҚОСЫМША АУРУЛАР	134
А.Н. ЖҰМАБАЕВА, А.Р. ҚАЛИЕВ	
АДАМНЫҒ ИММУНДЫ ТАПШЫЛЫҒЫ МЕН ТУБЕРКУЛЕЗІНІҒ ҚОСАРЛАНУЫНДАҒЫ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	135

Т.Н. ЖУМАБАЕВА, С.Ж. ЖУБАТКАНОВА, Б.Б. КУБЫШЕВА ГЕНДЕРНОЕ ОТЛИЧИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ	135
Т.Н. ЖУМАБАЕВА, С.Ж. ЖУБАТКАНОВА, Б.Б. КУБЫШЕВА ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	136
Т.Н. ЖУМАБАЕВА, С.Ж. ЖУБАТКАНОВА, Б.Б. КУБЫШЕВА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	136
Г.Д. ЖҰМАҒАЛИЕВА, Ж.С. УМАРОВА, С.К. ШАЛЕКЕНОВА ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛА ШАҚТАҒЫ АУРУЛАРДЫ БІРЛЕСТІРЕ ЖҰРГІЗУ (БШАИЖ) СТРАТЕГИЯСЫ ТУРАЛЫ	136
Г.Д.ЖУМАГАЛИЕВА, Т.Т.САПАРОВ, Б.П.УРАЛБАЕВА ДЕТСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ: СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РЕШЕНИЯ	137
Г.Д.ЖУМАГАЛИЕВА, О.С.ТУРАРОВ, С.Ж.АЛМАНИЯЗОВА, Н.Т.ЕСЕНГАЛИЕВА ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	137
С.С.ЖУМАГУЛОВА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГОМОЦИСТЕИНА	138
Н.А. ЖУМАНАЗАРОВ, С.А. АЖАЕВ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ	138
Н.А. ЖУМАНАЗАРОВ, А.К. МЫРЗАЛИЕВ, С.А. АЖАЕВ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЛНОЦЕННОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	139
А.К. ЖУМАШЕВА, М.К. ИЗТЛЕУОВ ДӘРІХАНАЛЫҚ АҚПАРАТТАНДЫРУ ЖҮЙЕСІН АВТОМАТТАНДЫРУ	140
Л.А.ЖУСИПБЕКОВА ДИУРЕТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ	140
Т.В. ЗАДОРЖНАЯ, Т.А. БОНДАРЕНКО, К.К. САРКУЛОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА АЛГОРИТМИЗАЦИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	140
Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ, С.Н. РЫЖКОВА, Г.К. КУРАКБАЕВА, А.А. ШАНГАРАЕВА ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ	141
Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ КАРДИОТОКОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯТРОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА	141
Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, Ю.В. ГОЛОВИНА ОПЫТ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН	142
Ю.Н. ЗАДОРЖНЫЙ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ СЛУЧАЙ ИССЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПОЗАДИМАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА	142
Е.Н. ЗЕЛЕНКО, А.В. САПОТНИЦКИЙ, М.В. АРТЮШЕВСКАЯ, С.Э. КАЧАН НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ В ПЛАЦЕНТЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	142
А.Н. ЗИНАЛИЕВА, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, А.Б. НАГМЕТОВА БЕЗОПАСНОСТЬ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ В РАМКАХ ВСТУПЛЕНИЯ РК В ВТО	143
А.Д. ИБРАШЕВА ОСНОВНЫЕ КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 1 КВАРТАЛ 2012 ГОДА В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №4 ГОРОДА АКТОБЕ	143
М.К. ИЗТЛЕУОВ, А.Б. БАХАЕВА, А.К. ЖУМАШЕВА ТЕЛЕМЕДИЦИНА – ҒАЛАМТОР ПАЙДАЛАНУЫНЫҒ БАСТЫ БАҒЫТТАРЫНЫҒ БІРІ	144
Е.Н. ИЛЬЯСОВ ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТОЗНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКИХ	144
М.Т. ИЛЬЯСОВ, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, А.Е. ЕРГАЛИЕВ, Б.Н. БИСАЛИЕВ. СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	145
К.С. ИРЗИН КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ	145
Ж.Х. ИСАНГУЖИНА, Л.С. ДУЙСЕНОВА, А.К. МУКАНОВА, Н.Н. МАНДРЫКА, М.К. САГИНДЫКОВА ФАКТОРЫ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	146
А.К. ИСЕРГУЖИНА, Б. УМБЕТОВА, Л.К. СМАЙЛОВА, И.Р. БАЙДАНОВ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЕВСТАХИИТА СУЩЕСТВУЮЩИМИ МЕТОДАМИ	147
К.К. ИСКАКОВ, Г.Т. БЕКНАЗАРОВА, А.Т. САРБАЕВА, Е.Г. БЕРНИЯЗОВА. О ВОЗМОЖНОСТЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КРИВИЗНУ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ	147
К.К. ИСКАКОВ, Г.Т. БЕКНАЗАРОВА, А.Т. САРБАЕВА, Е.Г. БЕРНИЯЗОВА ПРОФИЛАКТИКА ШКОЛЬНОЙ МИОПИИ	148
А.У. ИСМАГУЛОВА, С.А. УРАЛОВА, Д.У. ЕРГАРИНОВА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ	148

С.К.ИСМАГУЛОВА ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	149
Э.К. ИСМАГУЛОВА., Б.А. ЖАПАЛАКОВ, А.Н.ТЫШКАНБАЕВА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНОСУХИРУРГИЯ ПРИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНОСИТАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА МАЛОЙ СИЛЫ	149
Э.К. ИСМАҒҰЛОВА, С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Б.А. ЖАПАЛАҚОВ, Д.Б. МАЙЕМЕР ПОЛИПОЗДЫ РИНОСИНОСИТТИ ЕМДЕУДІ ЖЕТІЛДІРУ	150
И. В. ИСМАИЛОВА АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВПЧ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ	150
И.В. ИСМАИЛОВА, М.Ж. КАДРУШЕВ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩНОГО КОЛЬЦА НОВАРИНГ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	151
Г.Б. КАБДРАХМАНОВА, Ж.Н. САРКУЛОВА, С.Ю. СУЛЕЙМАНОВА, Г.М. САДЫКОВА, А.Т. АХАТОВА ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	151
Г.Б. КАБДРАХМАНОВА, К.С. БЕГИМБАЕВ, Г.М. САДЫКОВА, Д.Г. ТУКЕШЕВА, В.Ж. ЗИЯПАТОВА РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ...	152
А.Е. КАБДУЛОВ, Н.А. АКАТАЕВ, М.Н. ЖУМАБАЕВ, Д.Б. ЕСЕНБАЕВ, К.Ж. НУРМАНОВ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ АНАСТОМОЗИТОВ	152
А.Р. КАЛИЕВ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ	153
А.З. КАНТУРИНОВА, А.М. МАХАШЕВА, О.М. АЛИЕВ, Л. ЕСКАЛИЕВА СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИФИТОВОГО МАСЛА «ШУКУР МАЙ» И ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	153
Г.И. КАРАШОВА, Л.Д. САКЕБАЕВА, З.А. ИМАНГАЗИНА СОСТОЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВОД В БАССЕЙНЕ РЕКИ УРАЛ	154
А.К. КАРЖАУОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ, Г.А. ДАВЛЕТОВА, А.А. САРСЕКОВ, Ж.У. ТЛЕУБЕРГЕНОВ НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	154
А.К. КАРЖАУОВ, М.Х. КУЗБАКОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ	155
А.К. КАРЖАУОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧЕБНО-СЕСТРИНСКИХ БРИГАД, ФОРМИРУЕМЫМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, В УСЛОВИЯХ ЧС	155
А.К. КАРЖАУОВ, С.Ж. ЖУБАНИЯЗОВ К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ТРАССОВОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	155
Т.К. КАРИМОВ, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА ИСТОКИ И НАСТОЯЩЕЕ НАУКИ О ПИТАНИИ В КАЗАХСТАНЕ	156
Т.К. КАРИМОВ, А.М. БАСПАҚОВА, Б.Ж. ЖАЙЛЫГУЛОВА, Ж.Б. МУЗАТОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУА ЛАСТАНУЫНЫҢ ЖӘНЕ ХАЛЫҚТЫҢ АУРУҒА ШАЛДЫҒУ ДЕҢГЕЙІ	157
Б.К. КАРИМСАКОВА, С.Т. БОЗГАЛИЕВА КАРДИАЛГИЯ В КЛИМАКТЕРИИ	157
Б.К. КАРИМСАКОВА, С.Т. БОЗГАЛИЕВА ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКУРСНИКА	157
Б.К. КАРИМСАКОВА, К.Б. ДАРЖАНОВА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА	158
Б.К. КАРИМСАКОВА, Ж.Т. ТЕМИРОВА, С.Т. БОЗГАЛИЕВА ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКСА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	158
У.Г. ҚАРСАҚБАЕВ, Б.М. МУХАМЕДҒАЛИЕВА, М.С. КЕЛИМБЕРДИЕВ, Ж.О. АБДИ ОЗОНОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	159
Ғ.Е. ҚАРСАҚОВА, Қ.Қ. КҮТҚУЖИНА АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯСЫ ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА	159
Г.К. КАСЕНОВА НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	159
Б.Ж. КАСЫМОВ, Б.А. ХАМИДУЛЛИН, А.С. ДОСМАГАМБЕТОВ, А.А. ЖАНКУЛОВ, А.Н. АЯГАНОВ, М.Б. МЕДЕБАЕВ, Т.Б. ХАН, Н.В. НИКОЛАЕНКО, Л.А. РАХИМ, А.Г. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА, М.С. МОЛТУГАНОВА НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	160
Б.Ж. КАСЫМОВ, Б.А. ХАМИДУЛЛИН, А.С. ДОСМАГАМБЕТОВ, А.А. ЖАНКУЛОВ, А.Н. АЯГАНОВ, М.Б. МЕДЕБАЕВ, Т.Б. ХАН, Д.М. ИЩАНОВА, Г.Б. ТОЙГУЛОВА, Н.В. НИКОЛАЕНКО, М.С. МОЛТУГАНОВА ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ СУБАОРТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ	161
Б.Ж. КАСЫМОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	161
Н.М. КЕРЕЕВА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ И РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	162

К.М. КИБАТАЕВ	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОЗЕРА ШАЛҚАР	162
К.М. КИБАТАЕВ, Т.А. ДЖАРКЕНОВ, Ж.Т. НУРГАЗИН, Д.Г. УРАЗАЛИНОВА, А.Н. ЖИЕНГАЛИЕВА, М.С. КАЙРАКБАЕВА	
РЕЗУЛЬТАТЫ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОВОЙ ОТРАСЛИ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА	163
С.В. КИМ, Г.А. ТУЛЕГЕНОВА, А.Г. СВИРИДОВ, Н.Н. ПУХОВИКОВА	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ ТИМОМЕГАЛИИ	163
С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Г.З. БЕКЖАНОВА, А.Б. ДЕМЕГЕНОВА, Д.Б. ШЫНГАЛАЕВА	
СОЗЫЛМАЛЫ ІРІНДІ АДЕНОИДИТТИ ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ	164
С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА	
КОХЛЕАРЛЫ ИМПЛАНТАЦИЯ	164
С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Д.Ф. АКБЕРГЕНОВ, Е.С. БИСЕНОВ	
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДАҒЫ ИРРИГАЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯ	165
С.К. КОЖАНТАЕВА, А.Н. ТЫШКАНБАЕВА	
СНИЖЕНИЕ СЛУХА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТАХ	165
С.Қ. ҚОЖАНТАЕВА, Е.С. БИСЕНОВ, Г.З. БЕКЖАНОВА, А.Б. ДЕМЕГЕНОВА	
СОЗЫЛМАЛЫ ІРІНДІ ОРТАҒЫ ОТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҒЫ ОРТАҒЫ ҚҰЛАҒЫНЫҒ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ПЕЙЗАЖЫНЫҒ ЕСТУ ФУНКЦИЯСЫНЫҒ ӨЗГЕРІСІНЕ ӨСЕРІ	166
В.В. КОЙКОВ, А.К. КОСУМОВ, Ж.А. ЕРГАЛИЕВА, Б.М. СУЛТАНБЕКОВА	
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	166
А.К. КОЙШЫБАЕВ, С.Т. ДЮСЕМБЕКОВ, Б.Т. БАЙЗАКОВ, К.Е. ТАЙШИЕВ	
ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ	167
А.В. КОЛПАШКОВ, Ю.Н. КОПЫЛОВ	
НОВЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВОГО АППАРАТА ПОЧЕК ПРИ ГЛПС	167
А.А. КОНОНЕНКО, А.Ф. КОНОНЕНКО, М.К. ДЖАКАНОВ, К.Б. КУРМАНГАЛИЕВ, С.К. БУРИБАЕВ, Б.Ж. БОЗГАЛИЕВ	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	168
А.А. КОНОНЕНКО, М.К. ДЖАКАНОВ, И.И. БРАЛОВ, С.К. БУРИБАЕВ, К.Н. МАМБЕТ, Е.Н. ИЛЬЯСОВ, Б.Ж. БОЗГАЛИЕВ	
ДООПЕРАЦИОННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ	168
А.Ф. КОНОНЕНКО, Н.А. АКАТАЕВ, А.А. КОНОНЕНКО	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДОАРТЕРИИТА	169
А.Ф. КОНОНЕНКО, Н.А. АКАТАЕВ, А.А. КОНОНЕНКО	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	169
А.С. КОПТЛЕУОВА	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СОРБИФЕР ДУРУЛЕС» ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	170
Ж.А. КӨПТІЛЕУОВ	
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «ШАЛҚАР АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫ» МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫНЫНЫҒ ТҮРҒЫН ХАЛЫҚТЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУДЕН ӨТКІЗУДЕ ЖЫЛЖЫМАЛЫ ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯ ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ	170
Н.В. КОПЫЛОВА	
ОКСИДТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И ПРОАРИТМИЧЕСКАЯ НАСТРОЕННОСТЬ МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИКТОРАМИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ	171
В.Ю. КОПЫЛОВ, Н.В. КОПЫЛОВА, Р.И. САЙФУТДИНОВ, М.А. БЕЛОВА	
ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	171
Е.Н. КОРНИЕНКО	
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	172
Ю.Н. КОПЫЛОВ, Л.Н. ЕГУНЕВА	
ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	172
К.Е. КОЗБАГАРОВ	
ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В СТАЦИОНАРЕ	173
К.Е. КОЗБАГАРОВ	
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ХРОМТАУСКОМ РАЙОНЕ	173
К.Е. КОЗБАГАРОВ	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ПРОФИЛАКТИКА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	174
В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, С.А. КАМНЕВ, Б.Ж. АЛЬШЕНОВА, А.Б. ЖОЛМУРЗАЕВ, Е.В. РОСКИДАЙЛО	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОДНОПОРТОВЫХ ОПЕРАЦИЙ	174
В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, А.Е. ЕРГАЛИЕВ, С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ	
ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ	175

В.И. КОТЛОВОВСКИЙ, Н.С. ЖАКИЕВ СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ И 3D ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МУЛЬТИМИНИДОСТУПА	175
В.И. КОТЛОВОВСКИЙ, А.Е. ЕРГАЛИЕВ, Е.В. РОСКИДАЙЛО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕНАТЯЖНАЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПАХОВОЙ ГРЫЖИ (ТАРР)	176
В.И. КОТЛОВОВСКИЙ, Б.С. ЖАКИЕВ, А.А. КАЛИЕВ, А.А. ЕЛЕМЕСОВ НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛАСТИКИ ПО TOURRET	176
И.М. КРАСТЕЛЁВА, И.В. КУЛИЧКОВСКАЯ РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПЛАЦЕНТЕ	177
О.Қ. ҚУАНДЫҚОВА, А.И. ҚУАНДЫҚОВ ЖАТЫРІШІЛІК ҰРЫҚ ДАМУЫНДАҒЫ АҚАУЛАР ДИАГНОСТИКАСЫ	177
Ж.Б. КУАНЫШБАЕВА ЛЕЧЕНИЕ КАШЛЯ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ	178
Ж.Б. КУАНЫШБАЕВА ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ	178
А.А. КУБЕГЕНОВА МЕСТО β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	179
А.А. КУБЕГЕНОВА β-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	179
Б.Б. КУБЫШЕВА ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИРАТОНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	180
Б.Б. КУБЫШЕВА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА – Н У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	180
Т.К. КУДАЙБЕРГЕНОВ НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК КОМПЛЕКС ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	181
М.Х. КУЗБАКОВ, Д.П. НЕТАЛИЕВА, Б.А. АЗИМБАЕВА СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА ПРИ ДТП СМП ЗА ПЕРИОД 2009 – 2011 ГОДЫ ПО ГОРОДУ АКТОБЕ	182
М.Х. КУЗБАКОВ, Д.П. НЕТАЛИЕВА, Е.Н. ВОРОТНИКОВА ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	182
Р.С. КУЗДЕНБАЕВА, Г.Д. БЕРДИМУРАТОВА ФАРМАКОНАДЗОР И ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	183
А.С. КУЗДЕУБАЕВ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОВЕДЕНИЕ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПЛОСКОСТОПИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	183
А.С. КУЗДЕУБАЕВ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	184
К.И. КУЗЕМБАЕВА ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ	184
К.И. КУЗЕМБАЕВА, С.Б. МУСИНА, Е.Т. МОМЫНБЕКОВ, Е.С. АБДРАХМАНОВ ВНЕДРЕНИЕ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ С УЯЗВИМОЙ ГРУППОЙ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ	185
С.Ж. КУЛКАЕВА, Г.Ж. ТАЖИБАЕВА ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН) НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	185
С.С. КУЛУНТАЕВА ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	186
С.С. КУЛУНТАЕВА ЗАДЕРЖКА ФИЗИЧЕСКОГО РОСТА НА ФОНЕ АНЕМИИ	186
Г.У. ҚҰРБАНҒАЛИЕВА, С.Б. ТЛЕУОВ, С.Қ. САҚТАҒАН, Н.А. ЖҰМАҒАЛИЕВА АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДА 2008-2011 ЖЫЛДАРЫ ҚҰТЫРМА ИНДЕТІНІҢ ЭПИЗООТИЯСЫНА ЖӘНЕ ЭПИДЕМИЯҒА ҚАРСЫ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛҒАН ЖҰМЫСТАР МЕН АТҚАРЫЛҒАН ІС-ШАРАЛАР ТУРАЛЫ	187
Г.У. ҚҰРБАНҒАЛИЕВА МЕКТЕПТЕРДЕ ОҚУШЫЛАРДЫ ЫСТЫҚ ТАМАҚПЕН ҚАМТУДЫҢ НӘТИЖЕСІ	187
Т.Т. КУРҒАМБЕКОВ АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДА АКТОБЕ	188
А.Е. КУРЕКЕШЕВА, Б.Ж. МАГЗУМОВА, Т.А. АУБАКИРОВА, Э.Е. АНЕШОВА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ	188
Г.Л. КУРМАНАЛИНА ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	189

Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Г.Ж. ТАЖИБАЕВА, А.М. КЫДЫРБАЕВ, И.А. ЕРГАЛИЕВА, Д.С. ИЗТЛЕУОВА, А.А. БАКТЫГЕРЕЕВА, А.Р. АЛЬДЖАНОВА, Г.Д. ЕЛЕНБАЕВА	
ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	189
Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Г.Ж. ТАЖИБАЕВА, А.Ф. ХАГАЙ, Б.Х. ХАМИДУЛЛА, Г. ЕРКІНБАЙҚЫЗЫ, С.А. ЮСУПОВА, Г.Р. НУРГАЗИЕВА, Л.Э. ДЕНИСЕНКО	
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	189
Б.А. КУРМАНАЛИН	
ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУРФАКТАННОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ (ССЛ) У ДЕТЕЙ НЕФТЕГАЗОНОСНОГО РЕГИОНА	190
Б.А. КУРМАНАЛИН, А.К.КУШТАЕВА,З.Ж.ТАНБЕТОВА	
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГАСТРИТАМИ И ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	190
С.С. КУРМАНГАЛИЕВА	
ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ Н. PYLORI В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	191
С.С. КУРМАНГАЛИЕВА	
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА Н. PYLORI–АССОЦИИРОВАННЫЕ РЕЦИДИВЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ	191
Б.У. КУРМАШЕВА	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	192
А.А. КУСАИНОВ	
ДИАГНОСТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ГОРОДОВ АЛМАТЫ, АКТОБЕ, КУСТАНАЙ	192
Д.Е. КУШИМОВА	
СОЧЕТАНИЕ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА С ЛЯМБЛИОЗОМ	193
Б.И. КУШИМОВ	
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	193
У.И. КУШКИНБАЕВА	
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ	194
У.И. КУШКИНБАЕВА	
ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ ЛЯМБЛИОЗА	194
Р.Б. КЫЗЫЛБАЕВА	
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЭНТЕРОБИОЗА В Г. АКТОБЕ	195
ЛЕПЕСОВА Г.Ж	
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	195
Б.Ж. МАГЗУМОВА, Э.Т. ЖАНСЕЙТОВА, Т.А. АУБАКИРОВА, А.Е. КУРЕКЕШЕВА	
МОНИТОРИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ С 2008 Г. ПО 2011 Г. ПО Г. АКТОБЕ	196
А.М. МАКЕНОВА, А.А. МАМЫРБАЕВ, Ю.А. МУШОРЯПОВА	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МАНГЫСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ	196
К.Н. МАМБЕТ	
РОЛЬ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	197
А.А. МАМЫРБАЕВ	
ИСТОРИЯ И ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	197
А.А. МАТЧИН, Г.В. КЛЕВЦОВ, Р.З. ВАЛИЕВ, И.П. СЕМЕНОВА, Н.А. КЛЕВЦОВА, М.Р. КАШАПОВ, Н.А. КЛАССЕН, И.А. МИХАЙЛОВА, Т.Ф. РОГОВА	
МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА	198
С.С. МАУТОВА	
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	198
С.С. МАУТОВА	
ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	199
И.Х. МЕРГЕНОВА	
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	199
И.Х.МЕРГЕНОВА	
ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	200
Е.М. МИЕРБЕКОВ, И.Д. ИЛЯЛЕТДИНОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, А.В. НИ, Н.В. ПОЗДЕЕВ, А.А. ШИШКИН	
ВАРИАНТЫ КРОВЕСБЕРЕЖЕНИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	200
Е.М. МИЕРБЕКОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, А.Ш. КУСАИНОВ, И.А. КАМАЛОВ, С.Р. МУХАНОВА	
ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕЙ И СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	201
Е.М. МИЕРБЕКОВ, Т.Э. ТНЫМКУЛОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, А.А. ШИШКИН	
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ И ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	201

Е.М. МИЕРБЕКОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, А.Ш. КУСАИНОВ, А.В. НИ, Б.Ж. ДОСТАРБАЕВ, Е.К. АБДКЕРЕЕВ ПРИМЕНЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ	202
Е.М. МИЕРБЕКОВ, Ж.Т. АРТЫКБАЕВ, Е.Б. ЕСПЕНБЕТОВ, Б.Ж. ДОСТАРБАЕВ, С.Р. МУХАНОВА ОКСИГЕНАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	202
Л.Л. МИРОНОВ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	203
И.А. МИХАЙЛОВА, А.А. МАТЧИН ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	203
Ж.Б. МУЗАТОВА, А.М. УРАЛБАЕВА, А.М. БАСПАҚОВА, З.А. ИМАНГАЗИНА АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ МҰНАЙ ОНДІРЕТІН ІРІ МЕКЕМЕЛЕРІНІҢ ҚОРШАҒАН ОРТАҒА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ	204
Р.Н. МУКАШЕВА НЕКОТОРЫЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХО- ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	204
М.М.МУКУШЕВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ	205
П.А. МУЛДАШЕВА РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ	205
П.А. МУЛДАШЕВА, К.С. ДАРБАЕВА, У.Т. ИЛЬЯСОВА, А.С. КОПТЛЕУОВА, Ш.Ж. ШАНЕНОВА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ	206
А.Ж. МЫРЗАҒАЛИЕВА, К.Ж. ОМАРОВА, М.Г. БАЯНТАЕВА, И.А. АҒАНОВА, Ф.С. ОРЫНБАЕВА АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ ВИРУСТЫҚ «А» ГЕПАТИТ АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ	206
А.Ж. МҰРЗАҒАЛИЕВА, К.Ж. ОМАРОВА, М.Г. БАЯНТАЕВА, Е.Б. МҰРАТОВ, Ф.С. ОРЫНБАЕВА АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОТАВИРУСНЫМ ЭНТЕРИТОМ ЗА 8 МЕСЯЦЕВ 2012 ГОДА	207
Ж.К. МУСАБЕКОВА ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КЛИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ	207
Ж.К. МУСАБЕКОВА ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СМЕРТИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (КРОМЕ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА) К ОЖИДАЕМОМУ ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2011 ГОД	208
Н.А. НАГАШИБАЕВА, Г.А. КУБАЕВ, Ж.Т. КНЯЗЕВ, Р.Б. КЫЗЫЛБАЕВА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	208
Г.А. НАЗАРБАЕВА КОКАРНИТ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ	208
Г.А. НАЗАРБАЕВА ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АЗАРГА В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ	209
Г.А. НАЗАРБАЕВА КАТАРАКТЫНЫ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯЛАУ НӘТИЖЕСІНІҢ АНАЛИЗІ	210
Г.А. НАЗАРБАЕВА ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ	211
Г.А. НАЗАРБАЕВА, Л.Д. МАРДАНОВА, Г.Т. САРБАЕВА НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ	211
А.К. НАЗАРБАЕВ, А.Е. ДАУТОВА, А.К. ТУМАНОВА ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОПИВАКАИНА ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РОДОВ	212
М.К. НАЗАРБАЕВА, А.Ж. ДОСИМОВ, З.Ж. ТАНБЕТОВА, А.С. КУНАКБАЕВА, Д.У. ЕРГАРИНОВА, Г.Е. КОРОЛЕНКО ЧАСТОТА ИНФИЦИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ СРЕДИ ГРУПП РИСКА	213
М.К. НАЗАРБАЕВА, Г.Р. ЖАКИЕВА ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ НА ФЕРМЕНТАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	213
Ж.К. НАРМУХАМЕДОВ, Т.В. КРЫШКИНА, К.К. САХИПКЕРЕЕВ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТЕОХОНДРОПАТИЕЙ	214
Н.А. НУГМАНОВА ЧАСТОТА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БОЛЕЗНЕЙ ЖЕЛУДКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИОПСИЙ	214
Н.А. НУГМАНОВА, Л.Н. ВЛАСОВА, А.Б. РАМАНКУЛОВА ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИЙ ЖЕЛУДКА	215
А.З. НУРГАЗИНА, К.Ж. АЛИНА ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	215
А.З. НУРГАЗИНА, К.Ж. АЛИНА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ	216
К.Ш. НУРГАЗИН АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННОСТИ	216
Н. К. НУРГАЛИЕВА, А. Ж. ШАРБАКОВ, Г.А. ДЕРБИСАЛИНА, Т.З. СЕЙСЕМБЕКОВ АНАЛИЗ СВЯЗИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТНОСТИ И КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В Г. АСТАНА	217
З.К. НУРМАНБЕКОВА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	217

З.К. НУРМАНБЕКОВА ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	218
М.П. НУРМАНОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ДИСТОНИИ У ВЗРОСЛЫХ	218
Э.А. ОРЫНБАЕВА СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ	219
Э.А. ОРЫНБАЕВА ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	219
Г.У. ОТАРГУЛОВА ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	220
Л.Ж. РАЙХАНОВА ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПОЧКИ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	220
И.В. РАЙЦЕЛИС, И.А. ШУЛЬГА ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У РАБОЧИХ ВРЕДНОГО ПРОИЗВОДСТВА	221
А.Б. РАМАНКУЛОВА, Л.Н. ВЛАСОВА, Н.А. НУГМАНОВА МОРФОЛОГИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	221
К.Т. РАХИМОВ ДОЛЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ	222
А.Б. РАХМЕТОВА, Т.А. СТАРЧЕНКО, К.Ш. НУРГАЗИН, Р.Б. БОЗГАЛИЕВ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ	222
Г.А. САДВАКАСОВА, М.Н. САДВАКАСОВ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	223
Г.А. САДВАКАСОВА, Д.Н. БАХТИЯРОВ ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ	223
Л.Д. САКЕБАЕВА, В.М. САБЫРАХМЕТОВА, Г.И. КАРАШОВА СОСТОЯНИЕ ВОЗДУШНОГО БАССЕЙНА Г. АКСАЙ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	223
К.Ж. САКИЕВА, Ж.Т. ЕШИМБАЕВА, А.С. КУБИЕВ, В.В. ТАРАКАНОВА ЖҰҚТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ВАГИНАЛЬДЫ КАНДИДОЗДЫ ЖӘНЕ БАКТЕРИАЛДЫ ВАГИНОЗДЫ ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ	224
К.Ж. САКИЕВА, М.Б. ДОСИМБЕТОВА, А.С. КУБИЕВ, В.В. ТАРАКАНОВА БОСАНУДАН КЕЙІНГІ КОНТРАЦЕПЦИЯНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	224
Г.Т. САРБАЕВА РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКУМЕД В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ	225
Г.Т. САРБАЕВА ИРИДОДИАГНОСТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ	225
Г.Т. САРБАЕВА, Г.Е. БЕРНИЯЗОВА, Г.А. АСАНБАЕВА БЕСТОКСОЛ В ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТ	226
Г.Т. САРБАЕВА ТРАВАН В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ	226
Ж.Н. САРКУЛОВА, А.М. САРБАЕВА, Т.Б. ДАУЛЕТОВ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЭПОХУ РАСТУЩЕЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ	227
Ж.Н. САРКУЛОВА НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	227
Ж.Н. САРКУЛОВА, А.С. ТЛЕУОВА, С.М. АДІЛЬХАНОВ, А.Б. АСЫЛБЕКОВ ТАКТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ	228
М.Н. САРКУЛОВ АЗИТРОМИЦИН И АВЕЛОКС В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	228
М. Н. САРКУЛОВ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ АЛГИНСКОЙ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ	229
С.И. САРКУЛОВ, С.С. КУРМАНГАЛИЕВА, О.М. АЛИЕВ, А.А. КУЛЬНИЯЗОВА, Н.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ	229
А.А. САРСЕКОВ ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ БОЛЬНЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	230
А.А. САРСЕКОВ К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	230
Г.Е. САРСЕНБАЕВА ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	231

Г.Е. САРСЕНБАЕВА, А.М. КАМЫСБАЕВА, З.У. МУСИНА, А.Б. ШАРАФУТДИНОВА ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	231
М.К. САРСЕНОВА	
ДИСФОНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	231
У.А. САТЫБАЛДИЕВА, А.М. БАЙМАНОВА, О.И. ТРЕБУХИНА	
ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ ПРИ АССОЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ШАХТЕРОВ-УГОЛЬЩИКОВ	232
С.Д. САФИНА	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТОЗА ХОНДРОПРОТЕКТОРАМИ	232
Г.Ж. САХИПОВА	
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – ОДНА ИЗ ЗАДАЧ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	233
Г. Ж. САХИПОВА	
МЕТОДЫ БЕЗОПАСНОГО АБОРТА КАК СОВРЕМЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	233
М.А.СВИРИДОВА	
СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ	234
Н.А. СЕЙТМАГАНБЕТОВА, Г.А. СМАГУЛОВА, А.О. АШИМОВА, Э.Н. АГАЕВА, А.А. ЖАУБАТЫРОВА, Н.С. БИЯСИЛОВ	
ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	234
Н. К.СЕРБАЕВА	
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ ГОРОДА АКТОБЕ	235
А.Г. СИНЯКОВ, Н.А. ШАНАЗАРОВ, Е.Л. ШУНЬКО	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	235
Т.Н. СОКОЛОВА	
РАДОНОВОЕ КАРТИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ И РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА	236
Ю.А. СТАРЧЕНКО	
ОПЫТ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ГЕМЦИТАБИНОМ (ГЕМЗАРОМ) У БОЛЬНЫХ	
СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ	236
Ж.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, А.К. МОЛДАБАЕВА, С.А. ШАЙМЕРДЕНОВ, Н.А. МУХАМЕТОВА	
ОЦЕНКА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗА 2011 ГОД	237
У.К. СУЛЕЙМЕНОВА	
ЛЕЧЕНИЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	237
Қ.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.Ш. АБРЕШЕВА	
НЕСЕП ТАСЫ АУРУЫМЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР	238
М.М. СУНДЕТОВ, Т.Ш. ЕШМУРАТОВ, П.П. ЛУКЪЯНЧЕНКО, М.М. БАТЫРХАНОВ, Л.П. ПЮРОВА, Н.С. ЖАРЫЛКАПОВ, Н.А. ЖУНИСОВ, А.М. ЕЛЕУСИЗОВ, Б.Б. АКИМНИЯЗОВА	
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКОГО	239
К.Е. ТАЙШИЕВ	
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	239
С.И. ТОКПАНОВ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ	
ЭВОЛЮЦИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ИМИДЖЕВЫХ СИСТЕМ: ОТ ПЕРВОЙ ЭНДОВИДЕОКАМЕРЫ ДО СОВЕРШЕНСТВА 3D ФОРМАТА	240
Г.М. ТҰЙҒЫМБЕКОВА	
ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У УЧАЩИХСЯ	240
Г.А. ТУЛЕГЕНОВА, Р.А. ТУЛЕГЕНОВА, Н.И. ГЕРАСИМЕНКО, Д.К. БЕКНИЯЗОВА	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ	241
Л.М. ТУЛЕГЕНОВА, З.С. ХАЙРУЛЛИНА, А.Ж. АЛДАМЖАРОВА	
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НЕБИЛЕТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	241
Л.М. ТУЛЕГЕНОВА, З.С. ХАЙРУЛЛИНА, Р.Т. АГЗАМОВА, Л.А. ЖУСИПБЕКОВА	
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЕЖЕЛОЙ ХОБЛ	242
Р.А. ТУЛЕГЕНОВА	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. АКТОБЕ	242
К.Г. ТУМЫШЕВА	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ	243
М.Н. ТУРЕБАЕВ	
ВОПРОСЫ ИННОВАЦИОННОГО РЕФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РАЗВИТИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ (ОВП) В КАЗАХСТАНЕ	243

С.У. ТУРМАГАМБЕТОВА, М.А. АЛАШБАЙ, Л.Б. НУРМАГАМБЕТОВА, А.Ж. ЖАЙМАХОВА, Ш.Т. САРСЕНБАЕВА ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ НАПАДЕНИЯ БЛОХ PULEX IRRITANS НА ЛЮДЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПАХ ЖИЛЬЯ ЧЕЛОВЕКА	244
А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, К.К. ШАЛЕКЕНОВ, А.Н. ГАЙДАЙ, С.А. АСЕМБАЙ ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ	244
А.Б. ТУСІПҚАЛИЕВ ПЕРИТОНИТ БАЙҚАЛАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ЕМДІК ШАРАЛАРДЫҒЫ ТИІМДІЛІГІН БОЛЖАЙТЫН ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ КРИТЕРИЯЛАР	245
А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, Қ.М. АМАНТАЕВА, Ж.Т. ЕШИМБАЕВА, С.О. ТУРЕБАЕВ РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕНІҒ ГИПЕРПЛАСТИКАЛЫҚ ПРОЦЕСТЕРІ КЕЗІНДЕГІ СҮТ БЕЗДЕРІНІҒ ЖАҒДАЙЫ	246
Б. ТУСУПКАЛИЕВ, А.К. ЖУМАЛИНА, Б.А. ЖЕКЕЕВА, С.Ж.САУРОВА ИММУННАЯ ЗАЩИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ	246
Б.Т.ТУСУПКАЛИЕВ, Н.П.ГОЛОВЫРИНА, Г.Б. БЕГЕНОВА, Н.А. КОНРАД СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ	247
А.Н. ТЫШКАНБАЕВА КАНДИБИОТИК В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ И НАРУЖНЫХ ОТИТОВ	247
А.Т. УМБЕТЖАНОВА, М.Г. МАХАМЕТОВА, Д.Н. АХМЕТОВА, Ж.Б. БЕКБЕРГЕНОВА, Н.К. НУРГАЛИЕВА ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	248
Б.Ш. УМБЕТОВА, Л.М. КУСАИНОВА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА	248
Т.Ж. УМБЕТОВ, Ж.Е. КОМЕКБАЙ, Г.Д. СУЛТАНОВА ДИНАМИКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СРОКИ 28-40 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ	249
С.Т. УРАЗАЕВА, Т.Б. БЕГАЛИН, К.Ш. ТУСУПКАЛИЕВА, Г.С. ЕРМАГАМБЕТОВА ТУБЕРКУЛЕЗ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ	249
С.Т. УРАЗАЕВА, Г.Б. КУМАР, Ж.К. ТАШИМОВА, Г.С. ЕРМАГАМБЕТОВА ДЕЗИНФЕКЦИОННО-БЕЗОПАСНОСТЬ РАБОТЫ В ЛАБОРАТОРИИ	250
С.Т. УРАЗАЕВА, М.П. НУРМАНОВ К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЮДЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ	250
С. Т. УРАЗАЕВА, А. Ж. МУРЗАГАЛИЕВА, Д. С. ТАСКАЛИЕВА, Г. С. ЕРМАГАМБЕТОВА ОПИСТОРХОЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ	251
С.Н. УРАЗОВА, Н.И. ГАЛИМГОЖИНА, Р.К. КАПАРОВА, Н.Д. ИВАНОВА, Г.К. ШАКЕНОВА, К.И. СМАИЛОВА ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ	252
К. Н. УСТИНОВИЧ, А. А. УСТИНОВИЧ ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ	252
К.Н. УСТИНОВИЧ, А.А. УСТИНОВИЧ ОСОБЕННОСТИ ТИМПАНОГРАММЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	252
Ю.А. УСТИНОВИЧ, А.В. САПОТНИЦКИЙ ИЗМЕНЕНИЯ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ БРОНХОЛЕГочНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	253
Ю.А. УСТИНОВИЧ, Г.А. ШИШКО ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	253
Ю.А. УСТИНОВИЧ, С.Т. АКАЛОВИЧ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОЛИОРГАНОЙ ДИСФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	254
Б.У. УТЕГАЛИЕВ, К.К. ЕШКЕЕВ, Д.Р. ДЖУНАЕВ, Н.Т. МЕДЕУБАЕВ, К.К. ЕРМАГАМБЕТОВ ПАЛАТА ПРОБУЖДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОРГАНИЗМА	254
Б.У. УТЕГАЛИЕВ, К.К. ЕШКЕЕВ, Д.Р. ДЖУНАЕВ, Н.Т. МЕДЕУБАЕВ, К.К. ЕРМАГАМБЕТОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ	255
Б.А. ӨТЕГЕНОВ, Н.К. ӨБІШЕВ, З.А. ИДИЕВ, М.Д. ҚАЛЖАНОВ, А.А. ОМАРОВ ІРІНДІ КҮЙІК ЖАРАЛАРЫН ЕМДЕУДЕГІ БІЗДІҒ ТӘЖІРИБЕМІЗ	255
К.К. УТЕУЛИЕВ К ВОПРОСУ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ	255
К.К. УТЕУЛИЕВ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНОГЛОТКИ	256
В.Г. ФЕОКТИСТОВ, А.С. БЕКЕТОВ ЦЕФИКСИМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА	256
В.Г. ФЕОКТИСТОВ, А.С. БЕКЕТОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА ЭТОДОЛАК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ	257
В.М. ЧЕРВИНЕЦ, Е.А. БЕЛЯЕВА, Ю.В. ЧЕРВИНЕЦ, А.М. САМОУКИНА, Е.С. МИХАЙЛОВА МОНИТОРИНГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ КОЛЬПИТОМ	257
Г.Н. ЧУКАНОВА, С.С. ИСКАКОВА, Р.Е. НУРГАЛИЕВА ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ЗКГМУ имени Марата ОСПАНОВА	258

Б.А. ШАГАТАЕВА, Э.К. ИСМАГУЛОВА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ	258
Н.А. ШАНАЗАРОВ, Б.Т. БАЙЗАКОВ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМИ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	259
Н.А. ШАНАЗАРОВ, О.В. НЕКРАСОВА, Е.Л. ШУНЬКО РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО	259
Ш.Ж. ШАНЕНОВА, А.С. КОПТЛЕУОВА, К.С. ДАРБАЕВА, Г.У. ОТАРГУЛОВА., З.Т. БОЗАХАРОВА КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ХОБЛ	260
А.Ж. ШАРБАКОВ, С.Ж. МУСАБАЕВА, Г.З. БАЙДОСОВА, Ж.Б. КУРМАНОВ, С.С. АЛИМБАЕВ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	260