



ISSN 2306-6822



9 772306 682167

Оңтүстік Қазақстан
медицина академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

Южно-Казакстанской медицинской академии

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№1-2 (82), 2018

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1-2 (82), 2018

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован
Министерством информации и
коммуникаций Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в
Международном центре по регистрации
серийных изданий ISSN(ЮНЕСКО,
г.Париж,Франция), присвоен
международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в
международной базе данных Information
Service, for Physics, Electronics and
Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19

www.ukgfa.kz, ukgma.kz
E-Mail: medacadem@rambler.ru,
raihan_ukgfa@mail.ru

Тираж 50 экз. Журнал отпечатан в
типографии ОФ «Серпилис»,
г. Шымкент.

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,
асс.профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика
Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,
Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science(г.Колумбия,
США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,
Россия)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек,
Кыргызстан)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK
,Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет
LAMK,Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd.,M.Pharm (г.Гданьск,
Республика Польша)



Материалы межвузовской научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины», инициированной ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИЕЙ И ШЫМКЕНТСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ИНСТИТУТОМ МЕЖДУНАРОДНОГО КАЗАХСКО-ТУРЕЦКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ Х.А. ЯСАУИ

24мая 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан

УДК615.036.2

Е.П.Несмеянова, научный руководитель, преподаватель кафедры «Терапия»
Ахметова Ф., интерн-терапевт
Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.Шымкент,
Республика Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTERPYLORI* (Обзор литературы)

Резюме

В связи с высоким уровнем инфицирования *Helicobacterpylori*, был проведен обзор литературы последних лет и докладов рабочего совещания МаастрихтV для популяризации новых исследований в данной области. Это позволит улучшить результаты лечения больных с инфекцией *H. pylori* и снизить риск осложнений (в первую очередь, рак желудка).

Ключевые слова: *Helicobacterpylori*, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрадикационная терапия

Казахстан относится к странам с высоким уровнем инфицирования *H. pylori* - от 67,5 до 92%, поэтому решение вопросов профилактики и эрадикации НР-инфекции является для страны актуальной медико-биологической задачей. Для сравнения, в России инфицированность взрослого населения колеблется от 50 до 80%, а в некоторых регионах она приближается к 100%. Китай также относится к странам с высоким уровнем инфицирования *H. pylori* - от 87 до 100%, причем в этой стране регистрируется самая высокая инфицированность цитотоксическими штаммами, создающими высокий риск развития рака желудка. Выявлена обратная связь с социально-экономическим уровнем жизни, чем ниже материальная обеспеченность семьи, тем выше зараженность *H. pylori*: низкий уровень - 90%, средний - 79%, хороший - 69%. Для Казахстана, как и для других развивающихся стран, решение проблемы искоренения хеликобактерной инфекции предвидится не скоро и в меньшей степени зависит от таких же действий соседних государств[1,2].

15–17 сентября 2016 г. в Магдебурге (Германия) состоялось международное рабочее совещание Европейской группы по изучению инфекции *H.pylori* микробиоты для оптимизации схем эрадикационной терапии. Большое внимание было уделено значению борьбы с инфекцией в предупреждении развития рака желудка. В подготовке согласительного документа приняли участие 43 эксперта из 24 стран. Было создано 5 рабочих групп, отвечавших за его определенные разделы: показания к эрадикации и связь *H. pyloric* развитием заболеваний (1-й), диагностика инфекции (2-й), лечение (3-й), профилактика и общественное здоровье (4-й), *H. pylori* микробиота желудка (5-й)[3].

В ходе обсуждения состоялся обмен мнениями о возможной защитной роли *H. pylori* в возникновении различных заболеваний. В докладе А. Muller (Швейцария) [4] было показано, что в экспериментальных исследованиях *H. pylori* защищает мышей от развития у них бронхиальной астмы, вызванной овальбумином, а применение экстракта, содержащего данные бактерии, увеличивает выделение слизи и предохраняет от возникновения воспалительных заболеваний кишечника. В свою очередь, J. Labenz (Германия) [5], первым обративший внимание на повышение частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) после устранения инфекции *H. pylori*, предположил, что рост заболеваемости ГЭРБ в таких случаях может быть связан с повышением массы тела, поскольку *H. pylori* подавляет аппетит за счет снижения постпрандиального уровня грелина.

Согласно положениям 2-го раздела согласительного документа, посвященного диагностике инфекции *H. pylori*, ¹³C-уреазный дыхательный тест (¹³C-УДТ) является сегодня наиболее изученным и в контексте стратегии «test and treat» его следует рекомендовать к применению в первую очередь; для диагностики может быть использовано также определение моноклонального антигена *H. pylori* в кале (УД — умеренный, СР — умеренная)[6].

Если больному проводится эндоскопическое исследование и нет противопоказаний для биопсии, то диагностическим тестом первой линии становится быстрый уреазный тест (БУТ): его положительные результаты служат показанием для проведения эрадикационной терапии. Биоптаты при этом должны браться из антрального отдела и тела желудка. Применение БУТ не желательно для

контроля эрадикации [УД - умеренный, СР - умеренная]. Что касается серологических методов, то они могут применяться только после их валидации; при этом следует избегать быстрых («оффисных») серологических тестов с использованием цельной крови [УД - умеренный, СР - умеренная]. Получение культуры *H. pyloric* последующим определением чувствительности к антибиотикам рекомендуется при неэффективности проведенной эрадикации [УД - низкий, СР — сильная].

Прием ИПП должен быть прекращен по меньшей мере за 2 недели до тестирования на *H. pylori*, а антибиотики и препараты висмута отменены как минимум за 4 недели до исследования [УД - умеренный, СР - умеренная].

¹³С-УДТ - в настоящее время лучший тест для контроля эрадикации. Он должен проводиться не ранее чем через 4 недели после окончания терапии. В качестве альтернативы может рассматриваться определение антигена *H. pyloric* в кале с применением моноклональных антител (УД - высокий, СР - сильная).

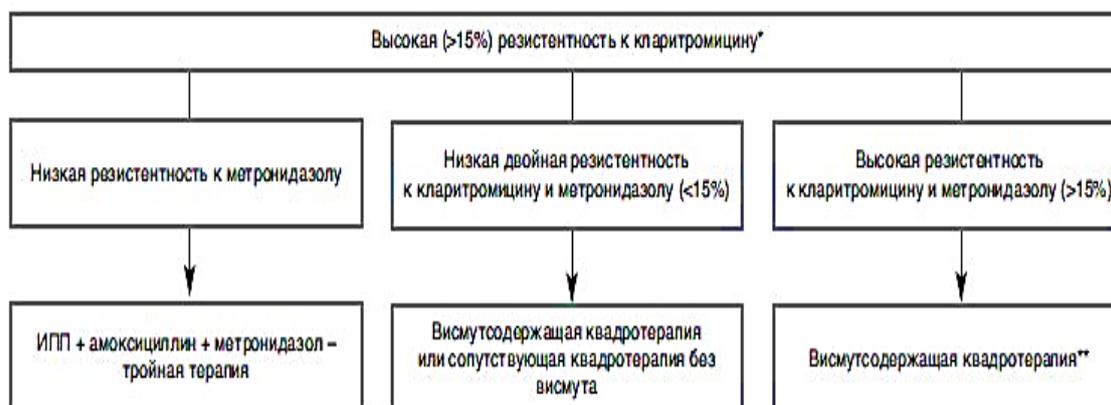
3-й раздел согласительного документа, посвященный мерам по устранению *H. pylori*, начинается с положения, констатирующего рост резистентности инфекции к антибиотикам в большинстве стран мира [УД — умеренный, СР — сильная]. Далее указывается, что стандартная тройная схема с ИПП и кларитромицином не должна назначаться без определения чувствительности к последнему, если частота устойчивости к препарату в регионе превышает 15% [УД — очень низкий, СР — слабая].

В регионах с низкой (<15%) устойчивостью к кларитромицину в качестве терапии 1-й линии рекомендуется стандартная тройная терапия (ИПП, амоксициллин, кларитромицин); при этом альтернативой может служить назначение квадротерапии с препаратами висмута [УД — высокий, СР — сильная] (рис1).

Резистентность к кларитромицину достигла примерно 30% в Италии и Японии, 40% в Турции, 50% в Китае, хотя в Швеции и на Тайване составляет около 15%.

Существует несколько объяснений снижения эффективности стандартной тройной терапии (ингибитор протонной помпы – ИПП + кларитромицин + амоксициллин или метронидазол): комплаенс, высокая кислотопродукция, высокое бактериальное обсеменение, особенности штаммов, однако самым важным фактором считается рост резистентности *H. pylori* к кларитромицину. По рекомендациям Европейского медицинского агентства по чувствительности микроорганизмов к антибиотикам различают следующие варианты: обычно чувствительную (0–10% резистентность), непостоянно чувствительную (10–50% резистентность) и обычно резистентную (>50% резистентность).

Рис. 1. Алгоритм выбора эрадикационной схемы с учетом резистентности *H. pylori* к антибактериальным препаратам.



Председательствовавший на этом симпозиуме Р. Malfertheiner (Германия) [7] в своем вступительном слове напомнил, что еще в XIX веке известный немецкий терапевт А. Куссмауль успешно применял субнитрат висмута для лечения заболеваний желудка и высоко оценил эффективность квадротерапии с солями висмута, образно назвав входящие в эту схему препараты «Д'Артаньяном и тремя мушкетерами». F. Megraud (Франция) [8] отметил, что добавление препаратов висмута к тройной терапии повышает частоту эрадикации у больных, резистентных к кларитромицину, с 38 до 84%. F. Vazzoli (Италия) [9] подчеркнул, что назначение квадротерапии с препаратами висмута особенно показано в регионах с высокой резистентностью к метронидазолу.

Наиболее популярным из висмутсодержащих препаратов в настоящее время является висмута трикалиядицитрат (Де-Нол), который образует комплекс с белками стенки бактерий и вызывает их деградацию за счет окислительного стресса, препятствует адгезии *H. pylori* к эпителиоцитам, блокирует подвижность бактерий, подавляет активность вырабатываемых ими ферментов, а также обладает цитопротективными свойствами.

4-й раздел согласительного документа «Маастрихт V» посвящен связи *H. pylori* рака желудка. Подтверждено, что наличие этой инфекции является главным этиологическим фактором развития рака желудка [УД — высокий, СР — сильная], причем не только дистального, но и (в случае надежного исключения аденокарцино-мы гастроэзофагеального перехода) проксимального отдела [УД — умеренный, СР — умеренная]. Другие факторы риска (например, курение, избыточное употребление соли) играют по отношению к *H. pylori* второстепенную роль.

Эрадикация инфекции приводит к быстрому уменьшению активности воспаления слизистой оболочки желудка, замедляет прогрессирование гастритических изменений [УД - высокий, СР - умеренная] и вызывает у части больных - при отсутствии кишечной метаплазии - обратное развитие атрофии [УД-высокий, СР-сильная][11]. При этом риск возникновения рака снижается более эффективно, если эрадикация проводится до развития выраженной атрофии и кишечной метаплазии [УД - умеренный, СР- умеренная]. Эрадикационная терапия несет и другие преимущества в виде уменьшения риска возникновения язвенной болезни, рецидивов язвенных кровотечений, а также НПВП-гастропатии.

5-й раздел согласительного документа содержит положения, касающиеся взаимоотношений *H. pylori* микробиоты желудка и кишечника. Указывается, что микробиота желудка включает в себя и другие микроорганизмы помимо *H. pylori*, в частности представителей фирмикутов, бактероидов и актинобактерий [УД-умеренный, СР-умеренная]. При этом отмечается, что состав желудочной микрофлоры у здорового человека и влияние на него *H. pylori* изучены еще недостаточно, хотя полагают, что наличие данного микроорганизма суживает спектр других бактерий в желудке, которые, в свою очередь, также могут играть определенную роль в развитии осложнений гастрита, ассоциированного с инфекцией *H. pylori* [УД- низкий, СР-слабая][12]. К развитию заболеваний желудка (гастрита, язвенной болезни, рака, MALT-лимфомы) могут быть причастны и другие виды бактерий, входящих в род *Helicobacter*, - *H. heilmannii*, *H. bizzozeronii*, *H. felisi* др. [УД - умеренный, СР-умеренная].

Выводы

1. Тактика выбора режимов эрадикации *H. pylori* должна определяться региональной (популяционной) резистентностью микроорганизма к кларитромицину, метронидазолу и фторхинолонам. Кроме того, следует учитывать индивидуальный анамнез применения этих антибактериальных препаратов.
2. В случае высокой резистентности *H. pylori* к кларитромицину в популяции использование стандартной тройной терапии не рекомендуется. Порог высокой резистентности микроорганизма к антибиотикам составляет 15%. Начинать эрадикационную терапию в таких случаях следует с висмут содержащей квадротерапии или безвисмутовой квадротерапии без кларитромицина. При неэффективности 1-й линии лечения используют протокол с левофлоксацином.
3. Стандартная тройная и висмутсодержащая квадротерапия должны иметь длительность лечения, равную 14 дням. Рекомендуется увеличить продолжительность последовательной и сопутствующей терапии до 14 дней.
4. Почти все новые варианты эрадикационных протоколов предполагают использование двойной дозы ИПП 2 раз в день, чаще применяется эзомепразол 40 мг 2 раза в день.
5. Большинство положений Маастрихт V/Флорентийский консенсуса, касающихся эрадикационной терапии, имеют низкий или очень низкий уровень доказательности и слабую степень рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаева Г.Ш. Резистентность *H. pylori* к антибактериальным препаратам и методы ее определения. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2012;
2. Корниенко Е.А., Суворов А.Н., Ткаченко Е.И. и др. Критический рост резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину и педиатрической и взрослой гастроэнтерологической практике. Справочник поликлинического врача 2014;
3. Дехнич Н. Н., Костякова Е. А., Пунин А. А. и др. Антибиотикорезистентность *H. pylori*: результаты микробиологического регионального исследования. Росжурн гастроэнтерол гепатол 2012;
4. Miiller A. Debate: *H. pylori* has protective potential. Pro. EHMSG XXIXth International Workshop. Magdeburg, 2016.- Oral presentation.

5. Labenz J. Debate: *H. pylori* has protective potential. Pro. EHMSGXXIXth International Workshop. Magdeburg, 2016.- Oral presentation.
6. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Анализ эффективности протоколов эрадикации инфекций *Helicobacter pylori*. Рецепт. 2005;
7. Megraud F. Overcoming *Helicobacter pylori* antibiotic resistance in Europe with bismuth. Satellite Symposium «What's new in *Helicobacter pylori* eradication. The renaissance of bismuth». EHMSGXXIXth International Workshop. Magdeburg, 2016. — Oral presentation.
8. Пиманов С.И., Макаренко Е.В., Овчинников В.В. и др. Эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* при использовании тройной терапии первого выбора. Мед.панорама. 2008; 88 (5): 46–8.
9. Bazzoli F. Update on management of *Helicobacter pylori* infection and the role of bismuth. Satellite Symposium «What's new in *Helicobacter pylori* eradication. The renaissance of bismuth». EHMSGXXIXth International Workshop. Magdeburg, 2016- Oral presentation.
10. Горгун Ю.В., Мараховский Ю.Х., Пиманов С.И. и др. Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения: клинический протокол. Минск: Профессиональные издания, 2016.
11. Янович О.О., Носова Е.С., Титов Л.П., Дорошко М.В. Оценка резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину методом ПЦР у больных хеликобактериозом. Здоровоохранение. 2011
12. Нижевич А. А. Клинико-морфологическая характеристика, генетические маркеры, диагностика и лечение НР-ассоциированных заболеваний, 2013

Түйін

Жетекшісі оқытушы Несмеянова Е.П., Интерн терапевт Ахметова Ф.
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Helicobacter pylori инфекциясының емдеудің заманауи тәсілдері (әдеби шолу)

Helicobacter pylori мен инфицирленуі жоғары деңгейде болуына байланысты, яғни *H. pylori*-инфекциясымен науқастардың емінің нәтижесін жақсарту үшін және олардың асқину қаупін (бірінші кезекте асқазанның қатерлі ісігі) төмендету мақсатында заманауи зерттеулердің мәліметерін жариялау үшін, соңғы жылдардағы әдибиеттер мен Маастрихт V жиналысындағы баяндамаларға шолу жүргізіледі.

Кілт сөздер: *Helicobacter pylori*, гастроэзофагеальді рефлюкс ауруы, эрадикациялық терапия.

Summary

Headteacher Nesmeyanova E.P., Ahmetova Ph.
International Kazakh-Turkish University named after Kh.A. Yassawi,
Shymkent city, the Republic of Kazakhstan

Modern approaches to the treatment of Helicobacter pylori infection (Literature review)

Due to the high level of *Helicobacter pylori* infection, a literature review of recent years and reports of the Maastricht V workshop was conducted to promote new research in this field. That will improve the results of treatment of patients with *H. pylori* infection and reduce the risk of complications (primarily, stomach cancer).

Keywords: *Helicobacter pylori*, gastroesophageal reflux disease, eradication therapy

ОӘК 616.12-008.46-039-036.12-08

Тұрсынқұлова Ж.Қ., ТҚ - 702 тобының дәрігер интерні
Ғылыми жетекшісі: аға оқытушы **Сахова Б.О.**
Қожа Ахмед Ясауи атындағы ХҚТУ, ШМИ, Шымкент қаласы

ШҚКСА РЕВМАТОЛОГИЯ БӨЛІМІНДЕ ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІМЕН ЕМДЕЛГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМПЛАЕНСІН БАҒАЛАУ

Түйін

Жүректің шамасыздығының өрістеуінде миокардтың қайта модельденуі, систолалық дисфунк-ция, лактыру фракциясының төмендеуінің де ролі бар. Комплаенттілік– дәрігердің емдік ұсыныстарын қатаң сақтау, атап айтқанда дәрілік препараттарды дер кезінде қабылдау –ауру емінің толықтылығын және болжамын айқындайды. Комплаенттілік көптеген факторлармен анықталады, олар: дәрігер мен пациент арасындағы байланыс, емдеуге ынталандыру, дәрі қабылдаудың ыңғайлылығы, науқаста психикалық бұзылулардың болуы.

Кілт сөздер: жүрек шамасыздығы, комплаенттілік, пациент, дәрі қабылдау тәртібі.

Жұмыстың мақсаты:стационарда жүрек шамасыздығымен ем қабылдайтын науқастардың қайта госпитализациялану себебін және комплаенсін анықтау.

Жұмыстың міндеттері:

- 1.Науқастар жасы мен жынысының қайта госпитализациялануға әсерін анықтау
2. Науқастардың қайта госпитализациялануына ілеспелі аурулардың әсерін анықтау
3. Жүрек шамасыздығымен сырқаттанатын науқастардың қайта госпитализациялануын және оның комплаенттілігі және жүрек шамасыздығын емдеуде жүргізілетін емнің арасындағы тәуелділікті анықтау.

Қолданылған әдістер мен тәсілдер:

Бұл жұмыс ШҚКСА – ның ревматология бөлімшесінде 2017 жылдың қыркүйек – қараша айларында ем қабылдаған науқастарды зерттеу арқылы жүргізілді.

Жүрек шамасыздығымен сырқаттанатын науқастардың комплаенсі Морски – Грин шкаласымен бағаланды: жалпы 33 науқас: 21 әйел және 12 ер науқас.орта жас (45 – 59 жас) n= 5,егде жас (60 – 74 жас) n=14, кәрілік жас (75 жас және оданда жоғары) n= 14. Жүрек шамасыздығымен сырқаттанатын науқастар – 23: әйел – 15, ер – 8 науқас.Жүрек шамасыздығымен сырқаттанбайтын науқастар – 10: әйел – 6, ер - 4 науқас.

Қорытынды және талдау:

1. Жүрек шамасыздығымен сырқаттанатын науқастардың 72% қайтагоспитализацияланады. Еңжігоспитализацияланатынжасаралығы 60 жастан - 79 жасқадейінгі ЖШ III және IV дәрежесімен сырқаттанатын науқастар.
- 2.Қайта госпитализацияланудың негізгі себебі ілеспелі аурулардың өршуі 55,1% - ды, алқайта госпита-лизацияның қалған себептері 49,1% құрайды. Оныңішінде - 82% науқастар дәрігер тағайындамаларын толық орындамайды, науқастардың 50%-ы қабылданатын дәрмектердің режимін сақтамайды, 40%-ы диета мен режимдісақтамайды, 16% АҚҚ және салмағын бақыламайды.
3. Комплаенсбұзылысыныңнегізгісебебі: 58% жағдайда науқас пен дәрігер арасындағы қарым – қатынастың төмендігі; науқастардың 54% -да қаражаттың жеткіліксіз дігінен ұсынылған емді толық қабылдамауы.

Тұжырым:

Стационарға түскен барлық науқастарда жүрек шамасыздығының дәрежесін функциялық сынама жүргізу арқылы міндетті түрде анықтау (анамнезінде жүрек шамасыздығы болмаған кезде де жүргізу керек).

Стационардан емделіп шығарылғанан кейін негізгі ауруға және жүрек шамасыздығының функциялық класына қарай емнің тиімділігін бағалау.

Жүрек шамасыздығымен сырқаттанатын науқастарға ем тағайындағанда олардың қаражат қорын ескере отырып тағайындау.

ЖШ мен сырқаттанатын науқастарға препараттарды уақтылы қабылдауды, режим сақтауды, диета сақтауды орындауы үшін түсіндірме жұмыстарын көптеп жүргізу.

Әдебиеттер

1. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Ревин-вили А.Ш. и др. Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). Журнал "Сердечная недостаточность". 2009; 10 (2): 64-103.
2. McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D., Auricchio A., Bohm M., Dickstein K. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur. Heart J. 2012; 33: 1804-13, 1838-9.
3. Ho P., Bryson C., Rumsfeld J. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation. 2009; 119: 3028-35.
4. Rasmussen J.N., Chong A. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. J.A.M.A. 2007; 297: 177-86.
5. Stromberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights and an old problem. Eur. Heart J. 2006; 27: 379-81.
6. Fortin M., Stewart M., Poitras M.E., Almirall J., Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: Toward a more uniform methodology. Ann. Family Med. 2012; 10 (2): 142-51.
7. Van Deursen V.M., Urso R., Laroche C., Damman K., Dahlström U., Tavazzi L. et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey. Eur. J. Heart Fail. 2014; 16: 103-11.
8. Van Weel C., Schellevis F.G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet. 2006; 367: 550-1.
9. Альберт М.А., Биктимиров Т.З., Шутков А.М. Приверженность к лечению и личностные особенности больных с хронической сердечной недостаточностью. Ученые записки Ульяновского государственного университета. 2008; 1 (13): 6-9.
10. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: Монография. 8-изд. Иркутск: РИОИГИУВа; 2012.

Түйін

Тұрсынқұлова Ж.Қ., ТҚ - 702 тобының дәрігер интерні
Ғылыми жетекшісі: аға оқытушы **Сахова Б.О.**
Қожа Ахмед Ясауи атындағы ХҚТУ, ШМИ, Шымкент қаласы

ШҚҚСА РЕВМАТОЛОГИЯ БӨЛІМІНДЕ ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІМЕН ЕМДЕЛГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМПЛАЕНСІН БАҒАЛАУ.

Жүректің шамасыздығының өрістеуінде миокардтың қайта модельденуі, систолалық дисфункция, лактыру фракциясының төмендеуінің де ролі бар. Комплаенттілік – дәрігердің емдік ұсыныстарын қатаң сақтау, атап айтқанда дәрілік препараттарды дер кезінде қабылдау – ауру емінің толықтылығын және болжамын айқындайды. Комплаенттілік көптеген факторлармен анықталады, олар: дәрігер мен пациент арасындағы байланыс, емдеуге ынталандыру, дәрі қабылдаудың ыңғайлылығы, науқаста психикалық бұзылулардың болуы.

Кілт сөздер: жүрек шамасыздығы, комплаенттілік, пациент, дәрі қабылдау тәртібі.

Tursinkulova G., THE doctor-Intern, group 702
Scientific supervisor: senior lecturer **Sahova B.**
MKTU named after Khoja Ahmed Yasawi, Shymkent

IN THE SECTION OF RHEUMATOLOGY OF CHRONIC COMPLAINTS EVALUATION OF TREATED PATIENTS INSUFFICIENCY.

Again modelmenushamsiddineremede heart myocardium, systolic dysfunction, reducing fractions to quit the role. Compliantly – therapeutic strict compliance with doctor's recommendations, timely medication, in particular – determines the prognosis of the disease and completeness of treatment. Complaints is determined by many factors: the relationship between doctor and patient, treatment stimulation, ease of medication, the patient has a mental disorder.

Key words: heart failure, complaints, patient, medication and procedure for admission.

ОӘК: 615.038

Джакипбекова З.К., Ғылыми жетекші, терапия кафедрасының доценті, м.ғ.к.

Осипов Е.Қ., интерн-терапевт

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ - түрік университеті, Шымкент қаласы, ҚР

АЛКОГОЛЬДІ ЕМЕС СТЕАТОГЕПАТИТТІҢ ЕМІНДЕ ГЕПТРАЛДЫ ҚОЛДАНУ

Өзектілігі: Дұрыс тамақтанбауға байланысты қазіргі таңда алкогольды емес бауырдың майлы ауруларының көптеп таралуы. Бауыр атерогенез процесінің қалыптастыратын негізгі ағза болып табылуына байланысты АЕБМА қан-тамыр жүйесінде атеросклероздың дамуына алып келетін негізгі факторлардың бірі.

Кілт сөздер: АЕСГ, эффективтілік, гептрал, урсодезоксихол қышқылы.

Мақсаты: АЕСГ симптомдарын бақылай отырып терапиясында барлық жағынан тиімді әрі қолайлы, яғни: эффективтілігі, қолдану тиімділігі, әсер ету ұзақтығы, бағасы жағынан тиімді препаратты таңдап, тағайындау арқылы қысқа уақыт аралығында нәтижеге жету[1,2]. АЕСГ – бауыр гепатоциттерінің баллонды дегенерациялық зақымдалуымен және қабыну инфильтрациясымен жүретін бауырдың генезі алкогольды емес майлы дистрофиялық ауруы. АЕСГ емінің дұрыс жүргізілмеуі бауыр фиброзы және бауыр циррозы ауруына әкеліп соқтырады. АЕСГ ауруына алып келетін негізгі факторлар семіздік, қант диабеті, гиперлипидемия.[3,4,5].

АЕСГ симптомдары:

- Жиі шағымдары жоқ немесе метаболикалық синдромға сәйкес (АГ, ҚД)
- Әлсіздік, тез шаршағыштық
- Іштің оң жақ квадрантында жайсыздық сезімі
- Түнгі апноэ синдромы
- Бауыр ауруының көріністері (тері қышыну, сарғыштық, порталды гипертензия симптомы)

[6,7].

АЕСГ емі:

Режим

Диетотерапия

Медикаментозды терапия

Клиникалық зерттеудің мақсаты

Тез уақыт аралығында алкогольды емес стеатогепатитпен ауыратын науқастарға гептралды және дезурсоленді салыстырмалы тағайындау арқылы биохимиялық және клиникалық жақсару нәтижесіне жету.[8,9,10].

Зерттеу әдісі және құралдары:

Зерттеу барысында алкогольды емес стеатогепатитпен ауыратын 30 науқасты 3 топқа бөліп, бірінші топқа- гептрал 400мг лиофилизаты көк тамырға 10күн бір рет тәулігіне, 20 күн 400мг бір рет тәулігіне 1кап; 2 топқа 450 мг дезурсолен бір рет тәулігіне 30 күн, 3-ші топқа плацебо берілді.[11,12].

АЕСГ терапиясында гептралды қолдану.

Гептрал - антидепрессанты белсенділігі бар гепатопротекторлар тобына жатады. Холеретикалық және холекинетикалық әсері бар, детоксикация, регенерациялық, антиоксиданттық, антифибринолитикалық және нейропротекторлық қасиеттері бар.[13,14]. Препарат ағзадағы адеметиониннің орнын толтырып ғана қоймай, сонымен қатар әртүрлі органдарда (ең алдымен бауыр, ми мен жұлын) өндірілуін ынталандырады.[15]

Қолдану көрсеткіштері:

-Алкогольды емес стеатогепатит

- бауырішілік холестаз (өт синтезі және ағымы бұзылған);
- Бауыр аурулары, оның ішінде созылмалы холецистит, холангит;
- Цирроздық және прецирроздық жағдайлар
- Бауырдың улы зақымдануы, соның ішінде вирустық, алкогольдік, дәрілік (антибиотиктер, химиотерапия, туберкулезге қарсы, вирусқа қарсы құралдар, контрацептивтер);
- Депрессиялық күйлер; абстиненция синдромы[17,18,19,].

Жағымсыз әсерлері:

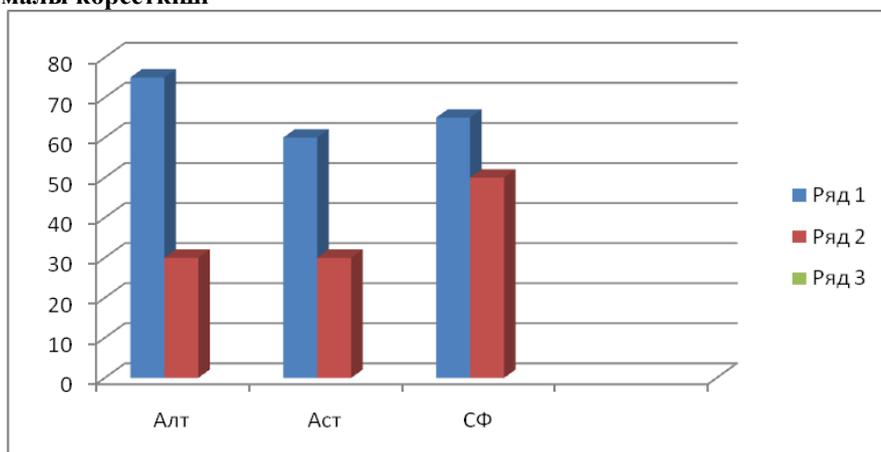
Асқазан-ішек жолдарынан: жүрек айнуы, гастралгия, диспепсия, күйдіргі;

Орталық жүйке жүйесінің жағынан: ұйқы бұзылыстары, түзету үшін түнгі уақытта седативті препараттарды пайдалануға болады; Аллергиялық реакциялар.[20,21].

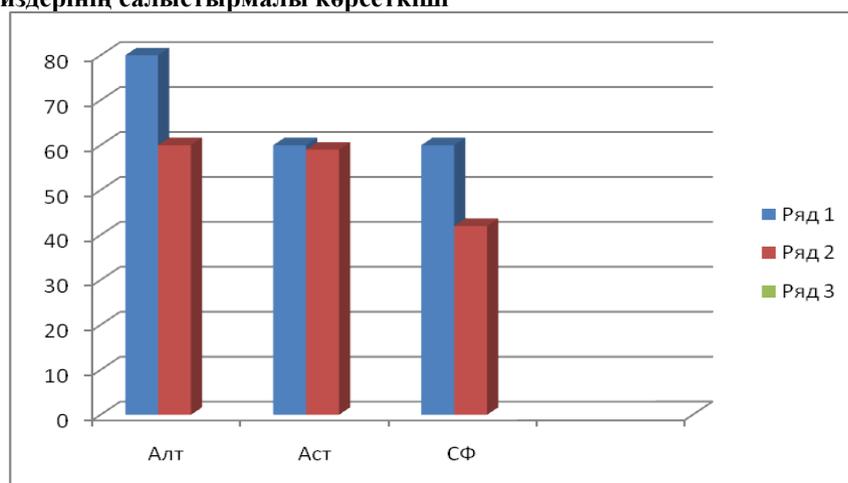
Қарсы көрсеткіштері:Препараттың компоненттеріне жоғары сезімталдық.[24,].

Урсодезоксихоль қышқылы(дезурсолен) - гепатопротектор. Бауырдағы холестерин синтезін, оның ішектегі сіңірілуін және өт қабындағы концентрациясын азайтады, билиарлы жүйеде холестериннің ерігіштігін арттырады, өттің қалыптасуын және секрециясын ынталандырады. Өттің литогенділігін төмендетеді, өт қышқылдарының құрамын арттырады; асқазан және асқазан безі сөлінің бөлінуін арттырады, липаза белсенділігін арттырады және гипогликемиялық әсерге ие.[22,23].

1 Кесте - 1-ші топ науқастарының емге дейінгі және емнен кейінгі биохимиялық анализдерінің салыстырмалы көрсеткіші



2 Кесте - 2-ші топ науқастарының емге дейінгі және емнен кейінгі биохимиялық анализдерінің салыстырмалы көрсеткіші



Қорытынды: Дұрыс тамақтанбауға байланысты қазіргі таңда алкогольды емес бауырдың майлы ауруларының көптеп таралуы. Тез уақыт аралығында алкогольды емес стеатогепатитпен ауыратын науқастарға гептралды және дезурсоленді салыстырмалы тағайындау арқылы биохимиялық және клиникалық жақсару нәтижесіне жету. Зерттеу барысында алкогольды емес стеатогепатитпен ауыратын 30 науқасты 3 топқа бөліп, бірінші топқа- гептрал 400мг лиофилизаты көк тамырға 10күн бір рет тәулігіне, 20 күн 400мг бір рет тәулігіне 1кап; 2 топқа 450 мг дезурсолен бір рет тәулігіне 30 күн, 3-ші топқа плацебо берілді.

Әдебиеттер

1. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М., 2009. 184 с.
2. Cheung P, Kapoor A, Puri P, et al. The impact of fat distribution on the severity of nonalcoholic fatty liver disease and the metabolic syndrome. *Hepatology* 2007;46:1091–100.
3. Белоусов Ю.Б. Атеросклероз. М., 1998.
4. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Мельникова Н.В. и др. Атерогенная дислипидемия и инсулинорезистентность, ассоциированные с неалкогольной жировой болезнью печени (сходства и

различия), диф-ференцированный подход к терапии//Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009-№ 3.-С.69–77.

5. Schwimmer J, Deutsch R, Behling C, Lavine J. Fatty liver as a determinant of atherosclerosis. *Hepatology* 2005;42:610.

6. Targher G, Arcaro G. Non-alcoholic fatty liver disease an increased risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 2007;191:235–40.

7. Богомолов П. О., Павлова Т. В. Неалкогольный стеатогепатит: патофизиология, патоморфология, клиника и подходы к лечению// Фарматека. – 2003. – № 10. – С. 31–39.

8. Буеверов А. О., Маевская М. В. Некоторые патогенетические и клинические вопросы неалкогольного стеатогепатита// Клин.перспективы в гастроэнтерол., гепатол. – 2003. – № 3. – С. 2–7.

9. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. – М., 1999. – С. 486–497.

10. Bellentani S., Tinbelli C. Epidemiology and risk factors for fatty liver. In: Leuschner U., James O. F. W., Dancygier H. (eds). *Steatohepatitis (NASH and ASH)*. – Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001. – P. 3–

11. Подымова С.Д. Болезни печени. М., 2005. 767 с.

12. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания печени: диагностика и лечение//РМЖ 2003. Т. 11. № 5. С. 291–96.

13. Павлов Ч., Бакулин И. Неалкогольный стеатогепатит: клинические особенности и принципы лечения // Врач. — 2007. — № 10. — С. 24-28.

14. Day C. P., Daly A. K. The genetic basis for non-alcoholic and alcoholic steatohepatitis. In: Leuschner U., James O. F. W., Dancygier H. (eds). *Steatohepatitis (NASH and ASH)*. – Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001. – P. 43–52.

15. James O. F. W. Diagnosis of non-alcoholic steatohepatitis. In: Leuschner U., James O. F. W., Dancygier H. (eds). *Steatohepatitis (NASH and ASH)*. – Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001. – P. 34–39.

16. Ивашкин В. Т., Шульпекова Ю. О. Неалкогольный стеатогепатит// Болезни органов пищеварения. – 2000. – Т. 2, №2.–С.41–45

17. Day C. P., James O. F. W. Steatohepatitis: A tale of two “hits”?// *Gastroenterology*. – 1998. – V. 114. – P. 842–845.

18. Хазанов А.И. Возможности прогрессирования алкогольного и неалкогольного стеатогепатита в цирроз печени// Рос.журн.гастроэнтерол., гепатол. и колопроктологии. -2005. -Т. 15, № 2.-С. 26-32.

19. Скрыпник І.М., Мельник Т.В.,Потяженко М.М. Клінічна гепатологія.- Полтава: Дивосвіт, 2007.- 425 с.

20. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии: Пер. с англ.-М.-СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ»: Невский диалект, 1998.-1023 с.

21. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук.: Пер. с англ./ Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина.- М: Гэотар Медицина, 2002.-864 с.

22. Маммаев С.Н., Багомедова Н.В., Богомолов П.О. и соавт. Цитокиновая система при неалкогольном стеатогепатите // Рос.журн. гастроэнтерол., гепатологии и колопроктологии.-2007.- Т.17, № 4.-С.35-39.

23. Brunt E. M., Janney C. G., Di Bisceglie A. M. et al. Nonalcoholic steatohepatitis: A proposal for grading and staging the histological lesions// *Am. J. Gastroenterol.* – 1999. – V. 94. – P. 2467–2477.

24. Itoh S., Yougel T., Kawagoe K. Comparison between nonalcoholic steatohepatitis and alcoholic hepatitis// *Am. J. Gastroenterol.* – 1987. – V. 82. – P.650–654

Аннотация

Джакипбекова З.К., научный руководитель, доцент к.м.н кафедрый терапии

Осипов Е.К., интерн-терапевт

Международный казахско-турецкий университет им. Ходжи Ахмеда Ясави, город Шымкент, РК ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПТРАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

При симптомах ИГЛНО эффективность симптомов ИГЛНО повышается эффективно и эффективно, продолжительность действия, эффективный выбор лекарств и назначение. Было проведено клиническое исследование для определения относительной эффективности гептрала и десурсолина. Гептрал показал очень высокую эффективность по сравнению с урсодезоксихолиновой кислотой. Мы рекомендуем, чтобы протокол был включен в протокол для диагностики и лечения гепатита.

Ключевые слова: ИГЛНО, эффективность, гептрал, урсодезоксихолиновая кислота

SUMMARY

Zhakupbekova Z.K., Research supervisor MD Associate Professor

Osipov E.K., Intern therapist

International Kazakh-Turkish University named after Kh.A. Yassawi. Shymkent, RK

THE USE OF HEPTROUS IN THE TREATMENT OF NON-ALCOHOL CATEATOPEPTIDE

With AESG symptoms, the effectiveness of the AESG symptoms is improved efficiently and effectively, efficiently, effectiveness, effectiveness, duration of action, effective drug selection and appointment. A clinical study was conducted to determine the relative efficacy of gepthral and desursolin. Geptral showed very high efficiency compared to urzodesocholic acid. We recommend that the protocol be included in the AECG protocol for the diagnosis and treatment of hepatitis.

Key words: AESG, Effectiveness, Geptral, acdUrsodezoksiholi..

ОӘК: 616.34-002.2

Мусахова М.О., Темірқұлова Ш.Ә., жетекшілер, терапия кафедрасының оқытушысы
Мамадалиев О., интерн –терапевт
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық казак-түрік университеті

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ӘСЕРІНЕН ДАМЫҒАН ДИАРЕЯ (Әдеби шолу)

Аңдатпа

Антибиотиктерді ретсіз және орынсыз қабылдаудың қауіптілігі және соның салдарынан пайда болатын асқынулар туралы түсінік. Антибиотикассоцирленген диарея сирек кездесетін, алайда өте қауіпті ауру болып табылады. Антибиотиктерді көп мөлшерде және де негізсіз қабылдау антибиотикассоцирленген диареяға және соның салдарынан туындайтын асқынуларға(аллергиялық және токсикалық реакция,дисбактериоз) алып келеді.

Кілт сөздер: антибиотикотерапия, диарея, колит, токсин, микрофлора.

Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея полиэтиологиялық ауру болып табылады, ол инфекциялық және инфекциялық емес себептердің әсерінен шақырылуы мүмкін. Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея этиологиялық факторларының ішінде граммтеріс спора түзетін облигатты-анаэробты бактерия Clostridium difficile ерекше орын алады. Clostridium difficile микроағзаның негізгі 4 патогендік факторы көрсетілген: Токсин А(энтеротоксин), токсин В(цитотоксин), адгезиялық фактор, спора түзушілік фактор. Антибиотиктерді көп мөлшерде және де негізсіз қабылдау антибиотикассо-цирленген диареяға және соның салдарынан туындайтын асқынуларға(аллергиялық және токсикалық реакция,дисбактериоз және т.б) алып келеді. Антибиотик қабылдау фонында диареяны шақыратын шартты-патогенді микрофлоралар: Clostridium perfringers, Staphylococcus aureus,Salmonella spp, Klebsiella oxytoca, Candida spp.,Clostridium difficile. Осы факторлардың әсері шырышты қабыққа әсер етеді және қабынулық өзгерістер мен эпителиоциттердің апоптозының жоғарылауына алып келеді [1,7].

Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диареяның симптомдары көптеген науқастарда антибиотик-термен емделу кезінде, 30% науқастарда антибиотиктерді қабылдауды тоқтатқаннан 1-10 күннен кейін пайда болады[2,8]. Препараттардың ағзаға енгізілуі үлкен маңызға ие емес, себебі парэнтеральды енгізілген кезде антибиотиктер сөл, өт және ішектік секреттермен бөлініп, ішектердің шырышты қабатына және микрофлорасына әсер етеді. Ретроспективті зерттеу кезінде Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея 200 науқас ішінде 4 науқаста анықталған, яғни зерттелушілердің 2%-да. Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея жиі антибиотиктерді қабылдауды бастағаннан 2ші күні пайда болады, ұзақтығы дефекация тәулігіне 4-6 рет болған жағдайда 8 күнге жалғасады [3,4]. Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея гериатрия, хирургия және нефрологиялық стационарларда жиі кездеседі.

Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диареяға алып келетін факторлар. Антибиотик қабылдаумен байланысты факторлар кең спектрлі антибиотиктердің әсері: амоксициллин, цефалоспорин-дердің II және III ұрпақтары, кландимицин.Антибиотикотерапия ұзақтығы: өте ұзақ уақыт қабылдау, қайта қабылдау, бірнеше антибиотиктерді бірге қабылдау. Антибиотикотерапия қабылдаған кезде антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея кездесу жиілігі: Клиндамицин қабылдаған 20-30% науқастарда, амоксициллин және клавулан қышқылын бірге қабылдаған 10-25 % науқастарда, ампициллин қабылдаған 5-10% науқастарда, макролид (эритромицин, кларитромицин) және тетрациклин препараттарын қабылдаған 2-5% науқастарда[3,11], антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея антибиотик қабылдайтын 5-30 % адамдарда дамиды [2,15].

Жіктемесі: Антибиотикассоцирленген колит, псевдомембранозды колит, сегментарлы геморрагиялы колит.

Үлкен дәретінің тәулігіне 3 және оданда көп рет келуі, ішектік түйілу типті іш аймағында ауырсыну, қызба, жалпы интоксикациялық сиптомдар. Псевдомембранозды колит жоғарыда аталған симптомдар айқын көрініс береді. Іш аймағында қатты, ұстама тәрізді ауырсынулар, үлкен дәрет тәулігіне 15-30 рет келуі, дене қызуының 40 С дейін жоғарылауы. Сегментарлы геморрагиялы колит антибиотикассоцирленген колит және псевдомембранозды колит симптомдарымен ұқсас болады, эндоскопиялық зерттеу кезінде геморрагиялық колит белгілері анықталады [5,13].

Антибиотик қабылдау фонында диареяның даму механизмі: Антибиотиктер асқазан-ішек жолдарының моторикасына әсер етеді. Құрамында клавулан қышқылы бар антибиотиктер ішек моторикасын жоғарылатады. Макролидтер (эритромицин) ішектің мотилинді рецепторларын белсендіреді. Цефтриаксон және цефеперазон билиарлы жеткілісіздікке алып келеді, мальдигестия және ішек перистальтикасына әсер етеді [16,17]. Осмосты диарея ішектегі өт қышқылдары және көмірсутек метаболизмінің бұзылысы антибиотикассоцирленген диарея – антибактериальды препараттарды қабылдау фонында соңғы екі күн ішінде кем дегенде үш рет пішінсіз нәжіс көріністері орын берген жайдайла. Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея клиникалық ағымы: жеңіл ағым-диарея тәулігіне 5-7 рет, іш аймағында ауырсыну, лейкоцитоздың болмауы, қызбаның болмауы [9,17], орташа ауыр ағым.

Антибиотикотерапия әсерінен дамыған диарея кезіндегі зерттеу. 1. Гемограммада нормохромды теміржетіспеушілік анемия, лейкоцитарлы формуланың миелоциттерге дейінгі солға ығысуы, тромбоцитоз және ЭТЖ жоғарылауы. 2. Гипонатриемия, гипоальбуминемия, темір деңгейінің төмендеуі, С-реактивті белок деңгейінің күрт жоғарылауы. 3. Нәжісті бензидинмен жасырын қанға тексеру оң нәтижелі нәжісті ИФА әдісімен тексеру- *Clostridium difficile* А және В токсиндері анықталады. Құрсақ қуысының УДЗ інде- жуан ішек қабырғасының 10 мм-ге дейін ұлғаюы. Құрсақ қуысының компьютерлік томографиясы- жуан ішек қабырғасының қалындауы, ішек саңылауының тарылуы [8,14].

Қорытынды: кең спектрлі антибиотиктерді тағайындаудан алдын мүмкін болатын асқынулар туралы ойлану керек. Антибиотикотерапия қабылдауды бастағаннан кейін диареяның, эндогенді интоксикация және лейкоцитоз пайда болуы антибиотикассоцирленген диареяға тікелей диагностикалық көрсеткіш болып табылады. Жедел іш клиникалық көріністерінің фонында антибиотикотерапия әсерінен дамыған диареяға күдік туындаған жағдайда лабораторлы тесттерді қолданып, диагнозды нақтылау қажет.

Әдебиеттер

1. Шульпекова Ю. О. Антибиотикоассоциированная диарея. РМЖ. 2013; 15 (6): 1–6.
2. Щекина М. И. Роль пробиотиков в коррекции дисбиотических нарушений. Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2014; 2: 36–42.
3. Румянцев В. Г. Пробиотики: перспективы лечебного применения при воспалительных заболеваниях кишечника. Фарматека. 2015; 13: 77–79.
4. Захаренко С. М. Антибиотики и пробиотики: конкуренты или синергисты? Эпидем. и инфекцион. бол. 2017; 5 (1): 47–53.
5. Щербаков П. Л., Нижегород А. А., Амирова В. Р. Антибиотико-ассоциированная диарея у детей — особенности коррекции микрофлоры. Вопр. практ. педиатрии. 2014; 5 (5): 24–27.
6. Бельмер С. В. Антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника. РМЖ. 2004; 12 (3): 148–151.
7. Симаненков В., Ильяшевич И., Коновалова Н. Пробиотическая терапия в комплексном лечении пневмонии. Врач. 2014; 3: 46–49.
8. Сухорукова, М. В. Тимохова, М. В. Эйдельштейн, Р. С. Козлов Чувствительность к антибиотикам штаммов бактерий, входящих в состав пробиотика «Линекс». Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2014; 14 (3): 245–251.
9. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., ред. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – М.: «Литтерра», - 2006
10. Мехтиев С.Н., Гриневич В.Б., Захаренко С.М. Дисбактериоз кишечника. Вопросы и ответы. Учебно-методическое пособие. Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗиСР РФ, 2006г.
11. Caballero-Franco C, Keller K, De Simone C, Chadee K. The VSL#3 probiotic formula induces mucin gene expression and secretion in colonic epithelial cells. // Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2006 Sep 14.
12. Camilleri M. Probiotics and irritable bowel syndrome: rationale, putative mechanisms, and evidence of clinical efficacy. // J Clin Gastroenterol. 2006 Mar;40(3):264–9.

13. Chapman TM, Plosker GL, Figgitt DP. VSL#3 probiotic mixture: a review of its use in chronic inflammatory bowel diseases.// *Drugs*. 2006;66(10):1371–87.
14. Christensen HR, Larsen CN, Kaestel P et al. Immunomodulating potential of supplementation with probiotics: a dose–response study in healthy young adults. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2006 Aug;47(3):380–90.
15. DuPont HL. Travelers’ diarrhea: antimicrobial therapy and chemoprevention.// *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2005 Apr;2(4):191–8.
16. Floch MH, Madsen KK, Jenkins DJ et al. Recommendations for probiotic use. // *J Clin Gastroenterol*. 2006 Mar;40(3):275–8.
17. Haghighi HR, Gong J, Gyles CL et al. Probiotics stimulate production of natural antibodies in chickens.// *Clin Vaccine Immunol*. 2006 Sep;13(9):975–80.
18. Kuhbacher T, Ott SJ, Helwig U et al. Bacterial and fungal microbiota in relation to probiotic therapy (VSL#3) in pouchitis.// *Gut*. 2006 Jun;55(6):833–41.

Аннотация

Мусахова М.О., Темиркулова Ш.А., руководители, преподаватели кафедры терапии.

Мамадалиев О., интерн-терапевт

Международный казахско-турецкий университет им. Ходжи Ахмеда Ясави

ДИАРЕЯ, ВЫЗВАННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЕЙ (Литературный обзор)

Понятие об опасностях и осложнениях при нерегулярном и не обоснованном применении антибиотиков. Диарея редко встречающееся, но очень опасное заболевание. Длительный и необоснованный прием антибиотиков приводит к антибиотикоассоциированной диарее, псевдомембранозному колиту, сегментарному геморрагическому колиту и таким осложнениям, как аллергической и токсической реакции, дисбактериозу. Прежде чем приступить к назначению антибактериальной терапии, необходимо провести ряд лабораторных тестов.

Ключевые слова: антибиотикотерапия, диарея, колит, токсин, микрофлора

Summary

Musahova M.O., Temirkulova Sh.A., Head teacher

Mamadaliyev O., intern therapist

International Kazakh-Turkish University named after Kh.A.Yassawi

HE ANTIBIOTICOTHERAPYA OF ASSOCIATED DIARRHEA(Literature review)

The concept of opastnosti and complications with irregular and unreasonable use of antibiotics. Diarrhea is a rare, but very dangerous disease. Prolonged and unreasonable reception of antibiotics leads to antibiotic-associated diarrhea, pseudomembranous colitis, segmental hemorrhagic colitis and such complications as allergic and toxic reaction, dysbacteriosis. Before proceeding to the appointment of antibacterial therapy, it is necessary to conduct a number of laboratory tests.

Keywords: antibiotic therapy, diarrhea, colitis, toxin, microflora

UTC-616-037,58

Annaorazov Y.A.

International Kazakh-Turkish University named after H.A. YasaviShymkent Medical Institute

Faculty of Postgraduate Education

Department of Surgery and Anesthesiology-Resuscitation

EXPERIMENTAL RESULTS OF APPLICATION OF ANTIADHESIVE GEL PRINTED BY 3D PRINTER (FROM THEORY TO PRACTICE)

Even with today's achievements of medicine and other spheres, adhesives doesn't lose its relevance [1]. Postoperative adhesions are the cause of abdominal pain in 30-33% of patients [2]. 40 to 75% of the total intestinal obstruction is associated with adhesions of the peritoneum, and the lethality with this complication remains at a high level (5-10%) and it doesn't tend to decrease [3]. From 20 to 75% of cases of infertility in women is due to the postoperative adhesive process of the small pelvis [4].

Keywords: 3d printer, membrane, adhesive disease.

Purpose of the study: Improvement of the used and development of new methods of prevention and treatment of adhesions. Conducting laboratory and experimental studies to identify the effectiveness of the anti-poppet membrane printed by a 3D printer.

Objectives of the experiment: Definitions of the occurrence of adhesive process of the abdominal cavity among patients. Simulation of the adhesive process in the abdominal cavity in laboratory rabbits. Modeling of the adhesion process of the abdominal cavity of rabbits. Preoperative and postoperative methods for assessing the condition of laboratory animals. Carrying out of preventive maintenance and treatment of an adhesive disease of an abdominal cavity.

Scientific novelty: For the first time in-depth study, the method of preventing adhesions using the intraoperative anti-poppet membrane is printed by a 3D printer and a 3D scanner for modeling the object.

Scientific and practical significance of the work: Reduction of complications of adhesive disease of the abdominal cavity and pelvic organs.

Materials and methods of the experiment: To achieve our goal and objectives, we conducted a prospective scientific work to determine the occurrence of the joint venture. The work was based on the study of statistical data of 755 patients from different health facilities of the SKR. As a result of this work, we determined 82% of the occurrence of joint ventures from the total number of patients. After determining the relevance and the occurrence of the disease, we developed a new innovative anti-adhesive 3D membrane, which includes domestic retouched collagen and a one-time working prototype of the 3D printer itself. To create a 3D model, we developed a 3D scanner. Further, in order to determine the efficiency of 3d membranes, we performed laboratory-experimental work on rabbits from 19.08.16 to 19.02.17. Till this day, we have performed 156 laparotomies.

Laparotomy for simulation of a joint venture	54
Treatment relaparotomy	50
Estimated relaparotomy	42
Autopsy	8

For the beginning, 50 median laparotomy under the anesthesia were performed. To model the adhesive process, we left 1 cm cotton balls in the left ileal region of 4, traumatized intestinal mesentery by mechanical means (compression by a straight dentate clamp of Kocher) in 15, artificial upper intestinal obstruction (catgut small intestine) in 8 and 23 rabbits are traumatized parietal and over a large length of the visceral peritoneum (with a pointed three-toothed retractor).



In 19 rabbits, after 4 days of manipulation, we observed a worsening of the condition, hypodynamia, lethargy, refusal of food. Eight rabbits were vomiting, stitch the abdomen. In the beginning, increased peristalsis. After 12 hours, there is no peristalsis. All rabbits had hyperthermia 39.6-40.6 '.

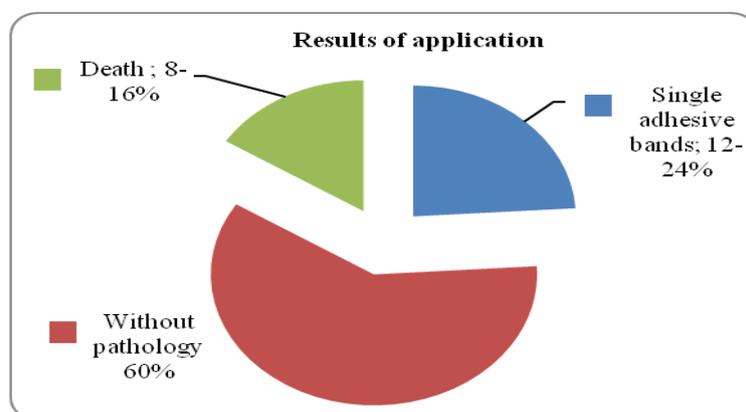
After achieving the modeling of the adhesive process, 50 relaparotomies were performed. In rabbits suffering from diffuse serous peritonitis, we did resection and ligation of the necrotic area of the mesentery of the intestine, revision and sanitation of the abdominal cavity, the creation of the 3D model, and the coating with membrane operated mesentery were performed.

In rabbits suffering from OINP, we did relaparotomy, resection of the necrotic intestinal area, end-to-end anastomosis, sanitation and revision of the abdominal cavity organs, creation 3d model and coating with membrane operated site (for anastomosis) were performed.

Symptoms of Peritonitis	19
Symptoms of acute intestinal non-patency	8
Hypodynamia	23



The remaining 42 rabbits after the operation at the end of 15 days were evaluated RALAPAROTOMY. During the operation, multiple adhesive processes of the abdominal cavity were not detected. There were isolated adhesive bands outside the operating field.



Conclusions: Adhesive disease occurs in 82% of patients. Using 3D membrane reduces the amount of adhesion and conducts good prophylaxis. It is necessary to use membrane on all surfaces of the operative field. The ability to control the amount, concentration and size of the membrane by collecting parameters of each patient makes it possible to improve effect of treatment and prevention of AD. Using domestic means to print the membrane significantly reduces the price. But most importantly, it gives a start to the development of domestic innovative medicine and the possibility of predominance in the development of prevention and treatment of AD.

Reference

1. Ivanov PA, 2004; Petrov VP, 2009.
2. Mathias D., et al., 2011
3. Dvoynikov S.Yu., 2003; Adamyan L.V. et al., 2007; Menzies D., 2008; Vrijland W.W., et al., 2012.
4. Greenblatt E.P., et al., 2014.
5. Yarema IV, 2009; Diamond M.P., 2009.
6. Vivisection FAQ, British Union for the Abolition of Vivisection; "The Ethics of research involving animals", Nuffield Council on Bioethics - 2005 - section 1.6.
7. Bolshakov OP, Neznanov NG, Babakhanyan RV Didactic and ethical aspects of research on biomodels and laboratory animals. Qualitative clinical practice 1/2002
8. Singer P. Chapter 2: Tools for Research ... Your Taxes at Work. In Animal Liberation. Singer P. New York, NY: Harper Collins-2002 - pp. 25-94
9. Philpott S. Audio-Enabled Powerpoint Lecture: The Use of Animals in Research. UGS Bioethics Program, USA, NY - 2011.
10. Tishenko P.D. Ethical problems of biotechnology development. Bioethics and humanitarian expertise. Вып.2.М.: IFRAN - 2008.
11. Bernard E. Rollin. The Regulation of Animal Ethics: A Conceptual History, In Theoretical Medicine and Bioethics, Volume 27, Number 4 - 2006 - pp. 285-304.

Ы.А. Аннаоразов

Қ.А. Ясави атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті
**ИННОВАЦИЯЛЫҚ 3Д ПРИНТЕР МЕН БАСЫЛАТЫН МЕМБРАНАНЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІК
НӘТІЖЕЛЕРІ (ТЕОРИЯДАН ТӘЖІРИБЕГЕ)**

Отадан кейінгі жабысқақтар іш ауруының 30-33% құрайды. Іштің жабысқақ аурулары 40 -75% іш өтімсіздігінің этиологиялық факторы болып табылады. Ал бұл аурумен өлім көрсеткіші (5-10%) әлі күнге дейін жоғары және бұл көрсеткіштің төмендеуі байқалмайды.

Кілт сөздер: 3д принтер, мембрана, жабысқақ ауруы.

Ы.А. Аннаоразов

Международный казахско-турецкий университет имени А.Ясави
**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО ГЕЛЯ
ПЕЧАТУЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ ИННОВАЦИОННОГО 3Д ПРИНТЕРА (ОТ ТЕОРИИ К
ПРАКТИКЕ)**

Послеоперационные спайки являются причиной болей в животе у 30-33% пациентов. Со спайками брюшины связано от 40 до 75% всей кишечной непроходимости, а летальность при данном осложнении по прежнему остается на высоком уровне (5-10%) и не имеет тенденции к снижению.

Ключевые слова: 3д принтер, мембрана, спаечная болезнь.

УДК-616-035.2

Ы.А. Аннаоразов, М. Дуйсебеков

Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави
Кафедра хирургии и анестезиологии-реанимации, Шымкент, Казахстан

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ 3D МОДЕЛИ
ОРГАНОВ ЖКТ**

Статья «Использование компьютерной томографии для создания 3D модели органов ЖКТ» посвящена одной из актуальных проблем хирургического профиля. Совершенствование информацион-ных систем дают возможности создания 3D органов и систем человеческого организма. Это облегчает работу врачей. В данной статье раскрыты методы создания 3D модели органов с помощью компьютерной томографии.

Ключевые слова: 3D модель, компьютерная томография, компьютерная томография ЖКТ.

Трехмерное моделирование позволяет увидеть предметы, которых на данный момент не существует, или существуют, но нет возможности их увидеть «вживую».

Применение 3D-принтеров в медицине позволяет осуществлять быстрые оперативные вмешательства. Также они подробно воспроизводят точную копию исходного материала, который необходим для отработки приемов, что дает гарантию на проведение успешной операции.

Цель исследования: Создание 3D модели органов брюшной полости для тщательного изучения и постановки диагностики используя данные компьютерной томографии (КТ).

Задачи исследования: Обработать данные КТ органов брюшной полости. Создание 3D модели органов и систем брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Методы и результаты данной работы основаны на исследовании статистических данных 50 пациентов, с которыми было проведено исследование КТ в ШГБСМП.

Обследование больных начиналось с выяснения жалоб, сбора анамнеза травмы и жизни, объективных и специальных методов исследования. В зависимости от тяжести состояния и предполагаемого объема повреждений пострадавшие направлялись врачом на исследование компьютерное томографией. Затрудненный в большинстве случаев контакт с пострадавшим (сочетанная травма, шок, алкогольное или наркотическое опьянение) вынуждает отводить ведущую роль в диагностике повреждений инструментальным методом.

После тщательной обработки данных исследований компьютерной томографии на начальном этапе создавались 3D модели органов в самой программе. КТ данные вводились в специальную программу для создания 3D моделей. Данная программа позволила создавать 3D модели органов

исходя из данных КТ. Эти модели дают возможность создавать точную копию органов, для дальнейшего компьютерного моделирования.

Заключение: В данный момент развития медицины все больше используется компьютерное моделирование органов для индивидуального, тщательного изучения болезней и их этиологии. А так же проводится множество исследований для создания 3D модели органов для дальнейшей трансплантации, что даст возможность отказа от доноров в будущем. Данное моделирование органов используя данные КТ намного облегчает работу врачей. Для создания моделей нет необходимости проведения новых и трудоёмких, труднопереносимых исследований пациентом. Достаточно лишь провести исследование КТ.

Самая большая польза данного метода в том, что он дает возможность отдаленной работы от пациентов.

Литература

1. Ковальчук В.И., Мотус О.Я.. Энтеротомия при острой кишечной непроходимости // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. – СПб, 1992. – С. 29-33.

2. Ковальчук В.И., Деркачева Л.В.. Гнойно-септические осложнения у больных спаечной кишечной непроходимостью и пути снижения летальности при них // Городская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гнойно-септических инфекций»: Тезисы докладов. – СПб, 1994. – С. 27-28.

3. В.И., Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Гольман Ю.Н.. Послеоперационные осложнения у больных острой кишечной непроходимостью и методы их профилактики // Вест.хир. – 1995. – № 4-6. - С.141.

4. Орешко Л.С., Абдель Халег. Спаечная кишечная непроходимость как хирургическая проблема // Городская научная конференция «Актуальные вопросы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний»: Тезисы докладов. - СПб, 1997. – С. 187-188.

5. Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Борсак И.И.. Высокочастотная инсуффляция лекарственных аэрозолей в комплексном лечении острого перитонита // Городская научная конференция «Резервы здоровья человека и эффективность лечения»: Тезисы докладов. – СПб, 1998. – С. 145.

6. Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Борсак И.И.. Профилактика и лечение осложнений при остром перитоните // Городская научная конференция «Резервы здоровья человека и эффективность лечения»: Тезисы докладов. – СПб, 1998. – С.146.

Түйін

Ы.А.Аннаоразов, М. Дуйсебеков

Қ.Ахмет Ясави Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан
**АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ 3D МОДЕЛДІН ҚҰРУ ҮШІН КОМПЬЮТЕРЛІК
ТОМОГРАФИЯНЫ ПАЙДАЛАНУ**

«Асқазан ішек жолдарының 3D моделін құру үшін компьютерлік томографияны пайдалану» мақаласы хирургия саласының ең өзекті мәселесіне арналған. Қазіргі кездегі ақпараттық жүйелерінің дамуы адам организмінің органдарының және жүйелерінің 3D моделін құруға мүмкіндік береді. Бұл дәрігерлердің жұмысын жеңілдетеді. Бұл зерттеу органдарды компьютерлік томографияның көмегі мен 3D моделін жасаудың жолдарын баяндайды.

Кілт сөздер: 3D модель, компьютерлік томография, Асқазан ішек жолдарының компьютерлік томографиясы.

Summary

Y.A. Annaorazov, M. Duisebekov

International kazakh-turkish university named after H.A.Yasavi
**COMPUTED TOMOGRAPHY FOR CREATING A 3D MODEL OF ORGANS OF THE
GASTROINTESTINAL TRACT**

The article "The use of computed tomography for creating a 3D model of organs of the gastrointestinal tract" is devoted to one of the urgent problems of the surgical profile. Perfection of information systems provides opportunities for creating 3D models and systems of the human body. This facilitates the work of doctors. On this article, methods for creating a 3D model of organs using computed tomography are disclosed.

Key words: 3D model, computed tomography, computed tomography of the gastrointestinal tract.

Дуйсембаева У. Е., магистрант 1 курса, факультета «Сестринское дело»,
г. Шымкент, Казахстан, ulzhan-91@mail.ru
Научный руководитель: Сейдахметова А. А., к.м.н. доцент, зав.кафедры «Скорой медицинской
помощи и сестринского дела», г. Шымкент, Казахстан, aizat-seidahmetova@mail.ru
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАЗНЫХ УРОВНЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ

Введение. Современные социально-экономические требования в повышении качества и доступности квалифицированной медицинской помощи необходимы для преодоления низких темпов развития сестринского дела в сравнении с уровнем и темпами развития медицинской науки, ликвидации дисбаланса в кадровой политике здравоохранения и важностью повышения качества и уровня подготовки специалистов с высшим медицинским, в том числе сестринским, образованием.

Ориентация экономики страны на развитие рынка и рыночных отношений существенно изменила роль руководящих кадров учреждений здравоохранения, обуславливая рост их самостоятельности в решении вопросов функционирования и развития управляемых объектов. Значительно повысилась степень их ответственности за достижение поставленных целей в условиях действия рыночной системы конкуренции за высокое качество лечения и получение необходимых объемов финансирования [1].

Еще большие требования предъявляются в настоящее время к руководителям сестринских служб учреждений здравоохранения. Именно от их подготовки, профессиональной компетентности зависит рациональное использование имеющихся в учреждении материальных ресурсов, организация качественной сестринской помощи, внедрение в практику новых организационных форм сестринской деятельности, развитие профилактического направления в работе с населением, осуществляемой сестринским персоналом [2].

В исторически сложившейся модели оказания медицинской помощи, рассматривающей деятельность медицинской сестры как вспомогательную для врача, назначение руководителей сестринских служб осуществлялось из числа наиболее опытных медицинских сестер, много лет проработавших в данном учреждении. Процесс управления сестринским персоналом строился с учетом имеющегося опыта, установившихся в коллективе взаимоотношений.

Подготовка медицинских сестер-менеджеров в системе высшего профессионального образования явилась одним из этапов реформирования сестринского образования, направленного на обеспечение учреждений здравоохранения высокопрофессиональными управленческими сестринскими кадрами. Опыт работы указанных специалистов показал их способность обеспечивать высокий уровень качества медицинской помощи, оказываемой населению [3].

Комплексный план развития сестринского дела в Казахстане до 2020 г. установил новые требования к модернизации и развитию сестринского дела. Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования.

Наряду с реформированием сестринского образования, предполагается внедрение новых механизмов функционирования медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами, введение регистра специалистов сестринского дела и сестринской документации, внедрение инновационных сестринских технологий, развитие современных сестринских доказательных практик, фундаментальной и прикладной сестринской науки, перераспределение и четкое разграничение функциональных обязанностей между врачами и медсестрами разных уровней [4].

Цель исследования. Установить соответствие должностных инструкций специалистов с высшим и средним сестринским образованием, обосновать необходимость ее оптимизации.

Материалы и методы. Исследование должностных инструкций медицинских сестер проводилось на базе ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» УЗ ЮКО. Временные границы проведенного исследования – январь – март 2018 г. В исследовании принимали участие 20 медицинских сестер с разным уровнем образования, 20 врачей. При анализе данных применялись теоретические, эмпирические методы и статистические. С помощью теоретических методов, таких как анализ литературных данных, анализ нормативно-правовых документов, анализ инструкций сформировалась цель исследования и основные задачи для определения соответствия должностных инструкций специалистов с высшим и средним сестринским образованием. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе использовался один из эмпирических методов – анкетирование. Анкеты

самостоятельно заполнялись респондентами. В анкетировании принимали участие 20 медицинских сестер. Средний возраст медицинских сестер 33,5 лет ±. В анкете содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям работы больницы. Анкета состояла из таких блоков как: общий (паспортная часть, общий медицинский стаж, стаж работы, уровень образования, квалификация), блок вопросов по специфике работы, степени нагрузки медицинской сестры, распределении рабочего времени, блок вопросов, связанных с оформлением документаций и правилами ухода за пациентами.

На втором этапе был произведен опрос врачей. Для каждой категории участников были разработаны свои вопросы, касающиеся качественных показателей работы среднего медицинского персонала и работы больницы.

Среди врачей был проведен опрос, в котором они оценивали профессиональные качества работы среднего медицинского персонала. В нем были выделены основные моменты работы медицинских сестер: грамотное ведение медицинской документации; умение быстро и четко действовать в экстренных ситуациях; затраты времени на основные и второстепенные задачи; владение всеми манипуляциями, необходимыми в работе; профессиональная компетентность; коммуникативная компетентность.

Для оценки личностных качеств было предложено оценить культуру речи, внешний вид и стиль поведения. Все качества оценивали по пятибалльной системе. После выставления оценок, все полученные баллы были суммированы, затем количество баллов разделено на количество полученных оценок, найдено тем самым среднее арифметическое значение.

Третий этап. Наблюдение – включал в себя целенаправленное и планомерное восприятие выполнения обязанностей медсестер, результаты которого фиксировались наблюдателями. Для сравнения должностных обязанностей медицинских сестер разного уровня образования использовалась должностная инструкция персонала. Данный этап исследования был направлен для оценки организационной структуры больницы. Экспертом по оценке являлась главная медицинская сестра больницы.

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали данные, полученные из анкет медицинских сестер; распределили все вопросы по блокам, тем самым структурируя информацию из них. Возраст ($p \geq 33,5 \text{ год} \pm 1,5$) года. По результатам анкетирования медицинских сестер было выяснено, что из 20 опрошенных медицинских сестер 3 (15%) имеют высшее сестринское образование; 8 (40%) имеют высшую категорию, 8 (40%) - медицинских сестер с 1-й категорией, 3 (15%) со 2-й категорией, рисунок 1, 2.

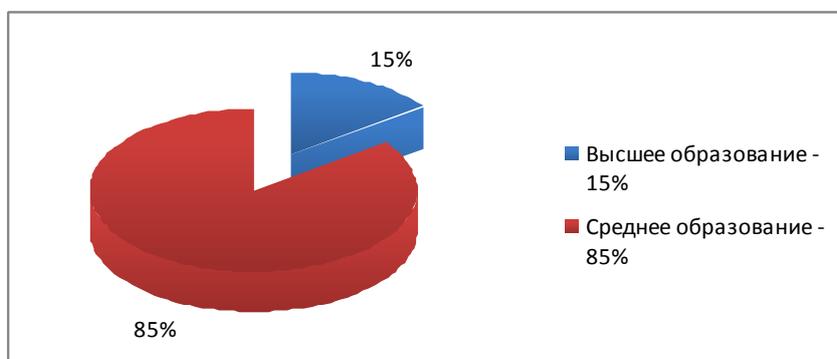


Диаграмма 1- Распределение медицинских сестер по образованию

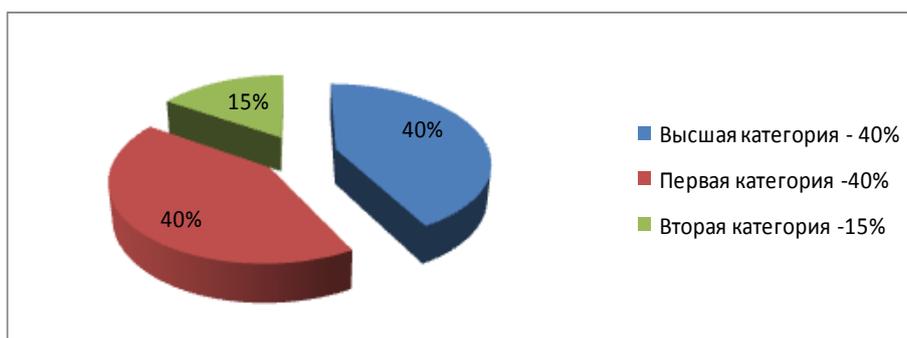


Диаграмма 2 – Распределение медицинских сестер по категориям

Из блока вопросов касающихся нагрузки и распределения рабочего времени было выявлено, что 8 (40%) считают нагрузку на рабочем месте - адекватной. Остальные 12 (60%) медицинских сестер считают, что нагрузка на рабочем месте – чрезмерная и связано это, по их мнению, с недостатком кадров – 6 (30%), неправильным распределением рабочего времени – 4 (20%), выполнением несвойственных должностных обязанностей – 2 (10%). Результаты представлены на рисунке 3.



Диаграмма 3 – Нагрузка и распределение рабочего времени медицинских сестер

На вопросы связанные с оформлением медицинской документации 20 (100%) ответили, что оформляется и ведется ежедневно. В последнем вопросе анкеты медицинским сестрам было предложено указать, является ли степень бакалавра, степень магистра или другая степень важной в области ухода за пациентом. 13 (65%) опрошенных респондентов считают, что качественные показатели работы непосредственно связаны с образованием медицинской сестры нового формата.

В результате анкетирования было выявлено что, по мнению медицинских сестер у большинства из них нагрузка на рабочем месте чрезмерная. Поэтому для повышения качественных показателей работы среднего медицинского персонала руководству больницы необходимо проанализировать штатные и занятые единицы, пересмотреть графики работы среднего медицинского персонала.

Подведение итогов второго этапа исследования, было осуществлено по следующей схеме:

1. Подсчет среднего значения баллов по каждому вопросу всех анкет.
2. Подсчет среднего обобщенного балла по всем анкетам.

Средний медицинский персонал в личном и профессиональном плане были высоко оценены врачами больницы. Максимальное количество баллов получилось при оценке профессиональных качеств среднего медицинского персонала. Средний балл составил – 5,0. Личные качества практически у всех сотрудников были оценены на - 4,5 балла. Средний обобщенный балл второго этапа опроса по профессиональным и личностным качествам составил - 4,8. По итогам этого этапа исследования профессиональные качества среднего медицинского персонала были оценены на самые высокие баллы.

Заключительный этап исследования проводился после предварительного изучения объекта исследования. Мы применили непосредственный вид наблюдения.

В квалификационных требованиях для главной медицинской сестры указано высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы или техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование и первая/высшая квалификационная категория; для старшей медицинской сестры отделения - профессиональное (среднее специальное) медицинское образование по специальности «Сестринское дело» (или «Лечебное дело») или высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» и сертификат специалиста со средним уровнем квалификации.

При изучении должностных инструкций медицинских сестер было выявлено, что главная медицинская сестра подчиняется непосредственно заместителю главного врача, не знающему концепции сестринского ухода, старшие медсестры подчиняются врачам – заведующим отделениями. Палатная медицинская сестра только по назначению врача осуществляет определение

частоты пульса, дыхания, измеряет суточный диурез и т.д., что свидетельствует о недооценке роли сестринского персонала в лечебном процессе. Медицинские сестры с высшим образованием не обладают полномочиями принятия клинических решений по сестринскому уходу. Выявленные проблемы не позволяют в полной мере использовать потенциал как сестринской, так и врачебной профессии [5].

Выводы. Исследование показало, что организационная структура больницы требует пересмотр должностных инструкций медицинских сестер разных уровней образования. Для этого необходимо внедрить систему менеджмента сестринского дела в соответствии с международными стандартами.

Список литературы

1. Алексеева В.М. Научное обоснование системы экономической подготовки медицинских кадров в условиях реформирования здравоохранения: Дис. докт. мед.наук: 14.00.33 М., 2000. - 386 с
2. Алешкина О.Ю., Тупикин Д.В. Современные подходы к системе профессиональной подготовки менеджеров здравоохранения руководителей сестринского персонала с высшим медицинским образованием// Главная медицинская сестра, 2008.-№ 6.-С.157-160.
3. Вагина Е.В., Кадникова Е.А. Проблемы управления кадровым ресурсом в системе сестринской службы // Ремедиум 2007 - № 5. - С. 44.
4. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года.
5. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-6. – С. 921-925.



Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные инфекции южных регионов Казахстана», инициированной ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИЕЙ и РОО «Общество врачей инфекционистов»

29-30 июня 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан

Алимханова К.Н., Мендигалиева А.Б.
КазНМУ, Алматы, Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Острые кишечные инфекция, несмотря на успехи медицинской науки и практического здравоохранения, остаются одной из актуальных проблем современности. Ежегодно в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения, регистрируется более 1 млрд. диарейных заболеваний, умирает около 4 млн, человек, из которых 65-70% - дети до 14 лет.

Наибольшую угрозу ОКИ представляют для детей раннего возраста, в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности среди них. По данным различных авторов кишечные инфекции занимают 2-3 место среди всех инфекционных заболеваний у детей. Кроме того, ОКИ наносят большой экономический ущерб. Наряду с бактериями значительную роль в возникновении кишечной патологии человека играют энтеротропные вирусы. Среди вирусов первое место по частоте заболеваний занимают ротавирусы, определяющие до 65-70% всех диареи у детей. Реже встречаются и другие вирусные патогены.

Несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию в южных регионах остается низким удельный все бактериологического подтверждения, до 76,3% заболеваний ОКИ остаются нерасшифрованными. Практически отсутствует вирусологическая диагностика ОКИ.

Несомненный научно-практический интерес представляет изучение контаминации объектов окружающей среды и установление их роли как факторов передачи острых кишечных инфекций бактериальной и вирусной природы.

Действующая система эпидемиологического надзора за острыми кишечными инфекциями ограничивается регистрацией случаев ОКИ и бактериологическими исследованиями материала от больных и реже - объектов окружающей среды. Вместе с тем, отсутствует вирусологическая диагностика, нет вирусологического контроля за объектами окружающей среды. Новые условия деятельности службы определяют необходимость совершенствования эпидемиологического надзора за кишечными инфекциями для оптимизации их профилактики.

Алимханова К.Н., Амиреев С.А., Габасова М.К.
КазНМУ, Алматы, Казахстан

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ВАКЦИНОЛОГИИ

Всем известно, что предупредить заболевание легче, чем потом лечить. Особенно, когда это касается таких тяжелых инфекций как гепатит, полиомиелит, туберкулез, дифтерия, столбняк и ряда других. В целях профилактики этих болезней во всем мире проводится вакцинация. Не исключение и Казахстан.

Вакцинация – это государственная политика, направленная на предупреждение, а в случае завоза извне - на локализацию и ликвидацию инфекционных заболеваний. Сроки и наименование инфекций, против которых проводятся прививки, утверждаются Правительством Республики Казахстан. Вакцинация населения проводится бесплатно, согласно Национальному календарю прививок против 21 инфекционного заболевания.

В Казахстане для иммунизации населения применяются вакцины, которые прошли процедуру государственной регистрации в Республике Казахстан. Процедура государственной регистрации - сложный многоэтапный процесс и включает в себя лабораторный контроль качества вакцин в Республиканской иммунобиологической лаборатории, оснащенной самым современным оборудованием. Проводится детальный анализ по безопасности и эффективности, дается оценка вспомогательных веществ, стабильности, специфичности, чувствительности и т.д. Для регистрируемой вакцины требуется наличие государственной регистрации в стране-производителе, а также данные по клиническому применению в стране-производителе и других странах. Причем подтверждение качества вакцин требуется и по данным эпидемиологической эффективности, т.е. по уровню снижения заболеваемости в результате применения вакцин.

За последние годы календарь вакцинации РК значительно расширился. В рамках обязательного календаря детской вакцинации, так же как и в большинстве развитых стран, используются

парентеральные вакцины против гепатита В, дифтерии, столбняка, коклюша, гемофильной инфекции типа В, полиомиелита, туберкулеза, кори, краснухи, паротита, пневмококковой инфекции. Очевидно, что введение такого числа моновакцин не рационально, в связи с чем, применяются современные комбинированные вакцины, имеющие в своем составе несколько и более компонентов. Использование комбинированных вакцин в настоящее время рекомендовано ВОЗ. Такие вакцины позволяют уменьшить затраты на иммунизацию и повысить приверженность населения к вакцинации, расширить программы иммунизации у детей первого года жизни. Одним из основных преимуществ комбинированных вакцин является сокращение числа необходимых инъекций, ассоциированное с уменьшением количества осложнений и уменьшением эпизодов боли, испытываемой детьми.

В целях обеспечения детей вакцинами гарантированного качества, в Казахстане закупаются вакцины, производство которых сертифицировано Всемирной организации здравоохранения. Необходимо отметить, что в Казахстане создан Национальный консультативный комитет по иммунизации (НККИ), который включает ученых из различных сфер здравоохранения, которые детально изучают международный опыт применения вакцин, эффективность новых и применяющихся вакцин, и на основании этого, дает предложения в государственный орган по совершенствованию Национального календаря прививок, эффективности и безопасности вакцин.

В соответствии со статьей 156 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» физические лица, находящиеся на территории Республики Казахстан, вправе получать профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Кроме того, в соответствии со статьей 29 Конституции Республики Казахстан граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья и вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. Прививки проводятся не только ради собственного здоровья, но и ради здоровья общества (заболевший может явиться источником инфекции и быть опасен для других людей). Для достижения коллективного иммунитета необходимо достижение уровня охвата прививками 95% подлежащего иммунизации населения.

Необходимо помнить, что не полный охват иммунизацией населения, особенно в течение ряда лет, ведет к накоплению числа восприимчивых лиц к инфекции, вследствие чего возникают вспышки инфекционных заболеваний.

История человечества подтвердила, что ни одно другое вмешательство в сфере здравоохранения не сокращает уровень заболеваемости и смертности также эффективно и безопасно, как иммунизация. Снижение охвата вакцинацией неминуемо приводит к утрате коллективной защиты и, как следствие, к возникновению и распространению инфекционных заболеваний.

В свое время сбой в иммунизации в Казахстане привел к накоплению восприимчивых лиц и регистрации вспышки дифтерии, когда в 1995 году в республике заболело 1105 человек, из которых 66 умерло. Благодаря иммунизации удалось взять под контроль вспышечную заболеваемость корью, в 2016 году по сравнению с 2015 годом показатель заболеваемости корью снизился в 19,5 раза (2015г. - 2341 случай, 2016г. – 122 случая).

Необходимо отметить, что ежегодно по республике увеличивается число родителей, отказывающихся прививать своих детей, в большинстве случаев не по религиозным убеждениям, а по поствакцинальным осложнениям. В связи с достигнутыми успехами стали забывать, насколько тяжело протекали инфекции. Создалось обманчивое впечатление, что инфекции навсегда исчезли. Соответственно возникли сомнения о необходимости иммунизации. Так, по данным Комитета по охране общественного здоровья МЗ РК и его территориальными органами проводится мониторинг за динамикой и причинами отказов от вакцинации. За 2016 год в Республике Казахстан зарегистрировано 9685 отказов от профилактических прививок, в сравнении с 2015 годом отмечается рост числа отказов на 13,4% (8383). Наибольшее количество отказов приходится на детей до 1 года – 3982 (41,1%), в возрастной группе 1-2 года зарегистрировано 2570 (26,5%) отказов, 2-5 лет – 2072 (21,4%), 6-15 лет -617 (6,3%), старше 16 лет – 444 (4,6%). При анализе данных регионов, установлено, что высокий удельный вес отказов зарегистрировано по Актюбинской (19,2%), Южно-Казахстанской (13,2%), Мангистауской (11,5%) областям и г. Алматы (12,9%) .

Основными причинами отказов являются личные 45% (4360) и религиозные 42,9% (4151) убеждения, на негативную информацию через средства массовой информации (далее – СМИ) (интернет ресурсы, пресса, ТВ) указали 6,2% (600) отказавшихся от вакцинации, недоверие к вакцинам выразили 6,1% (589).

Остается актуальным вопрос отказов от вакцинации по религиозным убеждениям в западном регионе республики, где данный показатель составляет выше 80%. Так в Атырауской области отказы по этой причине составили 88,9%, в Актюбинской области – 87,9%, Западно-Казахстанской области – 89,3%, в Южно-Казахстанской области -71,3%.

Необходимо отметить, что со стороны служб охраны общественного здоровья проводится активная работа с представителями религиозных обществ. При встречах с представителями, деятелями озвучиваются положительное отношение религии к вакцинации. При этом побочные сведения озвучиваются из уст представителей различных религий.

Установлено, что активными противниками вакцинации выступают представители радикальных религиозных течений, и в этой связи разъяснительная работа с этой группой населения вызывает затруднения (у них четкие позиции по запрету вакцинации, труднодоступны для общения и обсуждения данного вопроса).

Кроме того, при решении вопросов вакцинации своего ребенка, прежде всего надо руководствоваться научно-обоснованными источниками информации, публикациями ученых, специалистов в области вакцинопрофилактики, а не информацией, взятой из интернета, которые не имеют конкретных оснований, без ссылок на однозначные научные данные, размещенные зачастую случайными в этой области людьми, не имеющих медицинского образования.

Алтаева А.М., к.м.н., и.о. профессора Абуова Г.Н.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В» В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. Вирусный гепатит В – антропонозная вирусная инфекция из условной группы парентеральных гепатитов, характеризующаяся иммунологически опосредованным поражением гепатоцитов и протекающая в различных клинических формах- от латентной до хронической[1]. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи возбудителей являются важной проблемой современной медицинской науки и практических органов здравоохранения всех стран мира. Актуальность парентеральных вирусных гепатитов определяется широким распространением, высоким уровнем заболеваемости, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, многочисленностью путей и факторов передачи возбудителей, а также неблагоприятными последствиями. Вирус гепатита В в 50-100 раз контагиознее, чем ВИЧ, с чем связано его широкое распространение[2].

Цель исследования. Оценка эффективности вакцинопрофилактики против вирусного гепатита В в Южно-Казахстанской области за период 2004-2017гг.

Материалы и методы. В ходе исследования нами были проанализированы статистические данные Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан по заболеваемости и вакцинации вирусного гепатита В в Южно-Казахстанской области за период 2004-2017гг.

Результаты и обсуждение. В Республике Казахстан вакцинация против ВГВ начата в 1998 году с охватом новорожденных и детей до 1 года жизни, а также лиц «группы риска» (медицинские работники, реципиенты крови и др.). К 2013 году постепенно охвачены дети и подростки до 18 летнего возраста, а в большинство регионах за счет средств местного бюджета дополнительно прививались и лица до 40-летнего возраста. В Казахстане на сегодняшний день против ВГВ используются такие вакцины, как Эбирбиовак НВ, изготовленный Эбер Биотек АО (Куба); Эувакс В, изготовленный Эувакс В, LGLifeSciences (Южная Корея); Гепавакс- Ген, изготовленный Берия Биотек Кореа Корп. (Южная Корея); Энжерик В, изготовленный ГлаксоСмитКляйн с.а.(Бельгия). В Календаре прививок РК вакцина против ВГВ применяется как моновакцина, так и в составе комбинированной шестивалентной вакцины (АбКДС+ Хиb+ВГВ+ ИПВ). Все вакцины против ВГВ вводят в/м детям при рождении и до 1 года- в бедро, ранее не привитым детям старше 1 года и взрослым-в дельтовидную мышцу. У подростков и взрослых с избыточным весом и ожирением следует использовать иглу длиной 38 мм для надежного попадания в дельтовидную мышцу. По области общее количество населения охваченных вакцинацией против ВГВ составило 72378 детей. Поствакцинальных осложнений не зарегистрировано. Показатели заболеваемости в ЮКО в 2004-2017 гг. варьировали от 8,34 до 0,39 на 100 тыс. населения. Заболеваемость ВГВ среди населения ЮКО в целом за 13 лет снизилась в 17 раз (2004г. интенсивный показатель 8,34, в 2017г. интенсивный показатель 0,49), а заболеваемость среди детей до 14 лет за 13 лет снизилась в 24,7 раза (2004 г. интенсивный показатель 2,47, 2017г. интенсивный показатель 0,10)[3].

Выводы.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Динамика эпидемиологической ситуации по ВГВ в Южно-Казахстанской области характеризуется наивысшим уровнем в 2004 году и последующим значительным снижением.

2. Увеличение охвата вакцинацией против вирусного гепатита В в качестве плановой вакцинации способствовало стойкому снижению заболеваемости данной инфекцией среди населения Южно-Казахстанской области

Разработаны следующие практические рекомендации:

1. Проводить дальнейший мониторинг эпидемиологической ситуации по ВГВ в сопоставлении с показателями охвата населения специфической вакцинопрофилактикой.

2. В целях дальнейшего снижения заболеваемости ВГВ рекомендуется увеличение охвата вакцинацией против ВГВ среди населения Южно-Казахстанской области.

Литература

1. В. И. Покровский [и др.]. Инфекционные болезни и эпидемиология. Т.3.//.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-550с.- ISBN 978-5-9704-2578-7

2. С.Амиреев. Иммунизация на практике: национальное рук.// Издательство «Эверо», Алматы -2014.-98с, 188с.- ISBN 978-601-246-390-3

3. Статистические данные Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2004-2017 гг.

Амиреев С.А., Кусаинова А.Ж.

КазНМУ, Алматы, Казахстан

ОБНОВЛЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПЕРЕЧНЯ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ

В настоящее время ни у кого не возникает сомнения о том, что вакцинация считается одной из самых эффективных мер защиты населения от многих инфекционных заболеваний. Вакцинопрофилактику проводят в рамках Национального Календаря профилактических прививок. Календарь – это основной механизм реализации программ иммунизации, рациональная схема, определяющая число доз и сроки введения каждой вакцины, совместимость различных препаратов. В 1974 г. ВОЗ впервые сформировала принципы массового и регулярного применения вакцин для эффективного контроля, в первую очередь, детских инфекций в Расширенной программе иммунизации. Всем известна первая Международная программа ликвидации оспы, завершившаяся полной эрадикацией этой грозной инфекции в 2008 г. на земном шаре. Этот опыт в последующем ознаменовался началом резкого снижения заболеваемости корью, краснухи, коклюшем, вирусным гепатитом В, дифтерией, столбняком, туберкулезом, полиомиелитом с последующей ликвидацией в перспективе последнего, а также кори и краснухи. При этом эти цели реальны и они обязательно будут реализованы при условии охвата прививками 95% детей первых лет жизни.

Календарь профилактических прививок включают несколько позиций: плановая вакцинация детей, подростков и взрослых, экстренная (по эпидемическим показаниям) вакцинация особых групп по состоянию здоровья, путешественников, мигрантов, профессиональных групп риска.

Цель вакцинации – улучшение качества жизни, поэтому Национальные календари стран включают вакцинацию против инфекций, угрожающих жизни и здоровью, даже при высоких экономических затратах и предусматривают разные формы финансового обеспечения.

Разработки, совершенствования и рекомендации для практического применения вакцинных препаратов происходит постоянно. В этой связи периодический пересмотр и обновление Национального календаря прививок считается закономерным и динамичным процессом. При этом Национальные календари прививок разных стран имеют отличительные особенности (поэтому называются Национальными). Необходимость включения отдельных вакцин в календарь прививок, сроки и схемы вакцинации зависят от ряда факторов: 1) эпидемической ситуации в стране; 2) возрастного распределения и тяжести тех или иных инфекционных заболеваний; 3) наличия безопасных вакцинных препаратов и их экономической доступности (уровнем государственного финансирования); 4) эффективности существующих вакцин, продолжительности поствакцинального иммунитета и необходимости ревакцинаций в определенных интервалах; 5) возрастной иммунологической характеристики, т.е. способности детей определенного возраста к активной выработке антител; 6) уровня организации здравоохранения и нормативно-правового сопровождения

всего процесса иммунопрофилактики; 7) социальной и государственной политики страны в области обеспечения эпидемиологического благополучия населения.

Процесс совершенствования и обновление Национального календаря Республики Казахстан, как правило, учитывает следующие аспекты: передовые инновационные технологии, обеспечивающие надежную безопасность и высокую иммунологическую, эпидемиологическую эффективность используемых вакцин; адаптированности программ иммунизации в т.ч. коммуникационных стратегий, направленных противодействию возрастающим антивакцинальным воззрениям и создание доверия населения к новым программам иммунизации, включая схемы, методы и последовательность прививок; использование комбинированных вакцинных препаратов для уменьшения инъекционной нагрузки и повышения охвата вакцинацией (основной критерии эффективности). Все эти и другие аспекты совершенствования Национального календаря прививок Республики Казахстан базируются, прежде всего, на рекомендациях соответствующих комитетов ВОЗ по иммунизации, международному опыту применения новых вакцин и Национальной Консультативной Комиссии по Иммунизации (НККИ) Республики Казахстан, созданный Приказом МЗ РК №116 от 27.02.2012.

Национальный календарь прививок Республики Казахстан был принят в 2009 г. (с дополнениями и изменениями в 2013 г), и считается сбалансированным и адаптированным к сегодняшним реалиям официальным документом. Отличительной особенностью обновленного календаря прививок является включение комбинированной 5-ти и 6 компонентной вакцины, в составе которой имеются бесклеточный коклюшный компонент (АБКДС), инактивированная полиомиелитная вакцина (ИПВ), против гемофильной инфекции и ВГВ. В обновленном календаре отменена дополнительная (третья) ревакцинация подростков против дифтерии АД-М препаратом в 12 лет, прививки подростков в 16 лет и взрослых проводится каждые 10 лет АДС-М препаратом.

Как указывалось выше Национальный календарь прививок является динамичным процессом. В настоящее время НККИ Республики Казахстан предложены к рассмотрению следующие изменения и дополнения к Национальному календарю прививок: в рамках реализации «Глобальной программы ликвидации полиомиелита и поддержание статуса свободной территории от полиомиелита» и «Плана ВОЗ по ликвидации полиомиелита завершающего этапа в 2013-2018 годы», инициировать прекращение использования в Республике Казахстан оральной вакцины против полиомиелита (ОПВ) с 2019 года; для обеспечения высокого уровня иммунитета среди детей, в условиях полного перехода с ОПВ на ИПВ, начиная с 2019 года внедрить бустерную дозу ИПВ в дошкольном возрасте с охватом не менее 95% целевой группы; с целью обеспечения высокого охвата вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита в возрасте 6 лет, рассмотреть возможность применения комбинированных вакцин, содержащих АБКДС+ИПВ; с целью обеспечения напряженности и продолжительности иммунитета для ревакцинации детей в возрасте 6-ти лет использовать комбинированные вакцины АБКДС с высоким содержанием дифтерийного анатоксина (не менее 30 МЕ) и коклюшного токсина (не менее 25 мкг).

По мнению междисциплинарного экспертного сообщества Республики Казахстан вакцинация против пневмококковой инфекции, как наиболее эффективный и дешевый способ первичной профилактики, показана всем пациентам групп высокого риска по развитию заболеваний пневмококковой природы, к которым относятся лица: страдающие ХОБЛ; аутоиммунными заболеваниями ревматоидным артритом, сахарным диабетом, тяжелым поражением почек-гломерулонефритом, тиреодитом и др.); циррозом печени; хроническими ССЗ, респираторными и нефрологическими заболеваниями; после трансплантации органов и тканей (до трансплантации); онкологическими патологиями; ВИЧ-инфицированные; находящиеся в закрытых коллективах (детских домах, домах престарелых, интернатах, воинских частях); реконвалесценты с внебольничными осложнениями, инвазивной пневмонией, менингитом, острым средним отитом (ОСО); лиц в возрасте 65 лет и старше.

Целевой охват вакцинации в каждой из вышеуказанных групп не менее 65% (самый оптимальный - 95%) для достижения высокой эффективности вакцинации. Прививки следует начинать с пневмококковой конъюгированной вакциной (ПКВ) «Превенар13» (для стимуляции иммунной памяти и увеличения потенциальной продолжительности защиты). Для максимального покрытия серотипов необходимо ввести одну дозу пневмококковой полисахаридной вакциной (ППВ-23) с соблюдением интервала между ними не менее 8 нед., оптимальный срок 12 мес и более.

Проводить дозорный эпиднадзор за пневмококковыми инфекциями как среди детского, так и среди взрослого населения с проведением бактериологической верификации пневмококков для рационального выбора антибиотиков и мониторинга эффективности вакцинопрофилактики.

Уполномоченными органами необходимо решить вопрос официальной регистрации всех случаев пневмококковых инфекций, без чего невозможно проводить надзор за пневмонией, менингитом, ОСО.

Экспертное сообщество РК также рекомендует внедрить в практику здравоохранения всех уровней стандартные определения случаев пневмококковой пневмонии, пневмококкового менингита и ОСО для повышения чувствительности и специфичности системы эпиднадзора и принятия адекватных управленческих решений.

Также важным является целенаправленное изучение фармакоэкономических аспектов применения пневмококковых вакцин во всех регионах Республики Казахстан для внесения необходимых корректив вакцинопрофилактики указанных выше целевых группах.

С целью расширения перечня вакциноуправляемых инфекций предлагается в перспективе (до 2020 г) в плановую вакцинацию девочек-подростков 11-13 лет против вируса папилломы человека (ВПЧ), иммунизацию детей раннего возраста против ротавирусной инфекции и против вируса ветряной оспы. Необходимость включения указанных инфекций в Национальный календарь прививок особых обоснований не требуют, так как каждый из них по своему актуален. Например, ВПЧ заражаются практически женщины и данный вирус считается этиологическим агентом карциномы шейки-матки и других ангенитальных органов (каждый день в Республике Казахстан умирает двое женщин от КШМ). Что касается ротавирусной инфекции, то она также широко распространена и вызывает тяжелую диарею, особенно у детей раннего возраста и нередко приводит к летальному исходу. Ветряную оспу считают детской инфекцией. В то же время этой инфекцией чаще стали болеть взрослые и у них наблюдаются тяжелое течение в виде острого неврита, постгерпетическая невралгия. Поражение ЦНС проявляется в виде менингоэнцефалита, развивается гемиплегия с частым летальным исходом. Против указанных инфекций практически отсутствуют этиотропные лечение и поэтому на сегодняшний день нет альтернативы к вакцинопрофилактике.

Амиреев С.А., Габасова М.К., Алимханова К.Н.
КазНМУ, Алматы, Казахстан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПО ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Образовательный процесс представляет собой систему мер по организации и осуществлению деятельности педагогического и обучающегося персонала по достижению целей образования, направленных на освоение обучающимися определенных образовательных цензов, приобретение и закрепление необходимых знаний и навыков. Организация образовательного процесса должна подчиняться определенным принципам, которые можно сформулировать, основываясь на нормах образовательного законодательства. Стадии образовательного процесса включают в себя основные этапы образовательного процесса, в рамках которых последовательно достигаются определенные цели образования.

В современных условиях образовательный процесс по вакцинопрофилактике и его совершенствование является очень важным составляющим успешного проведения работ по вакцинации. В Республике Казахстан благодаря вакцинопрофилактике элиминирован полиомиелит, достигнуто резкое снижение заболеваемости корью, краснухой, эпидемическим паротитом, несколько лет не регистрируется дифтерия, ВГВ среди детей. Для достижения этих целей была проведена колоссальная работа, начиная от разработки вакцин до проведения вакцинации конкретного ребенка с учетом и регистрацией его иммунного ответа.

Для совершенствования образовательного процесса по вакцинопрофилактике решением Учено-го Совета КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова при кафедре эпидемиологии создана «Школа вакцинологии». Школа призвана задать новые подходы в подготовке медицинских кадров в области вакцинопрофилактики инфекционных болезней, заложить основы развития концепции непрерывного медицинского образования в соответствии с лучшими зарубежными образцами и оказать содействие в повышении доступа населения к качественной специфической профилактике инфекционных болезней и сохранению здоровья. Сотрудниками кафедры разработаны силлабусы по темам «Иммунопрофилактика инфекционных болезней», «Иммунизация на практике» для обучающихся в ВУЗе на бакалавриате. И как ответ на антивакционный миф среди населения для магистрантов был разработан силлабус «Вакцинация для всех: простые ответы на непростые вопросы».

Издано национальное руководство «Иммунизация на практике» на русском и казахском (2018) языках, освещены все аспекты вакцинопрофилактики, предусмотренные Национальным Календарем прививок в Республике Казахстан, а также описаны некоторые инфекции еще не включенные в плановую вакцинацию и/или по эпидемическим показаниям. Например, вакцинация

против папилломавирусной, ротавирусной инфекции и ветряной оспы. И обоснована необходимость их включения в календарь прививок.

Учитывая рост антивакцинальных воззрений среди определенной части населения, нами систематизированы часто задаваемые вопросы и ответы на них, что несомненно окажутся полезными для правильного восприятия сути и цели иммунопрофилактики.

Атаева М.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ПЛАНОВАЯ ИММУНИЗАЦИЯ - УДАР ПО ИНФЕКЦИЯМ

Иммунопрофилактика ряда инфекционных заболеваний в последние два столетия позволила сохранить миллионы человеческих жизней. Иммунизация населения, осуществляемая на всех континентах, привела к глобальному искоренению оспы, ограничению заболеваемости полиомиелитом и значительному уменьшению распространенности других болезней, поддающихся вакцинопрофилактике. Программа иммунизации населения против инфекционных заболеваний продолжает оставаться в Узбекистане одним из основных приоритетов общественного здравоохранения и частью всесторонней заботы государства о здоровье граждан, прежде всего, детей. Она основана на Конституции страны, Законах Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» (1996), «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (2015) и политики ВОЗ.

Стратегической целью в области иммунопрофилактики является обеспечение финансовой устойчивости Национальной программы иммунизации, своевременный охват качественной и безопасной плановой иммунизацией не менее 95% населения всех административных территорий, постоянное совершенствование Национального календаря прививок на основе передового мирового опыта, внедрение новых вакцин, а также достижение элиминации кори и краснухи в стране к 2018–2020 годам и обеспечение качественными, безопасными стандартными иммунобиологическими препаратами.

Плановыми и обязательными в нашей стране являются прививки против 12 инфекционных заболеваний: туберкулез, полиомиелит, дифтерия, вирусный гепатит В, коклюш, столбняк, корь, краснуха, эпидемический паротит, ХИБ, ротавирусная и пневмококковая инфекция. Охват населения профилактическими прививками - 97-99%. Благодаря проведенным комплексным мероприятиям по иммунизации в Республике Узбекистан, уже долгие годы не регистрируются такие заболевания, как полиомиелит, столбняк новорожденных, дифтерия, корь и краснуха, резко сократилась заболеваемость гепатитом В, коклюша и эпидемического паротита.

Цель работы: Изучить состояние организации и проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний на территории 3-семейной поликлиники города Бухары.

Материалы и методы: Были использованы отчетные данные по форме №6 - годовая отчетная форма по профилактическим прививкам в г. Бухаре и Бухарской области, данные по Ф. 063/у - индивидуальная карта профилактических прививок, данные по поставке и расходу вакцинных препаратов и данные об иммунизации в Республике на сайте: MINZDRAV.UZ.

Результаты исследования: По данным ЦГСЭН Бухарской области за период 2016-2017 г.г. для организации и проведения иммунопрофилактики против вышеуказанных видов инфекций, в области созданы все условия, т.е. созданы прививочные кабинеты, оснащенные современными холодильниками и морозильниками, обеспечены достаточным количеством вакцины, укомплектованы штатами прививочных медсестер, иммунологов и педиатров. Выполнение плана профилактических прививок по области, в том числе по городу Бухаре по всем видам прививок, составляет 97-100 %. Однако, анализ отчетных данных (ф. №6) по городу Бухаре показывает, что в 2017 году вакцинация против кори выполнено на 87%, ревакцинация полиомиелита 16-месячным выполнена на 81%, охват пневмококковой вакциной 2-месячных детей выполнено на 90%, вакцинация против полиомиелита у детей до 1 года составляет 82 %, выполнение плана прививок против ротавирусной инфекции составляет 91%. Основной причиной невыполнения плана прививок по вышеуказанным видам инфекций, являются временные медицинские противопоказания, миграция населения, в том числе детей и иногда перебои в обеспечении вакцинами.

Выводы. Охват населения прививками в Республике Узбекистан составляет - 97-99%, в том числе и по Бухарской области, но в отдельных административных территориях эти показатели

составляют от 81 до 91 %. Поэтому рекомендуется проведение оздоровительных мероприятий среди детей на этих территориях, усиление работы педиатров и улучшение сестринского патронажа.

Ахмеджанова З.И., Урунова Д. М.

Республиканский Научный центр иммунологии, Республиканский Центр по борьбе со СПИДом,
Бухара, Узбекистан

НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

По нынешним масштабам распространения ВИЧ-инфекции проблемы особенностей протекания данного заболевания перестают быть исключительной проблемой медицинских работников, врачей, эпидемиологов, а переходят в социально-психологическую плоскость и могут коснуться любого члена общества. В настоящее время наибольшее число заболевших лиц наблюдается среди молодежи, среди лиц трудоспособного возраста, среди женщин репродуктивного возраста, в тоже время регистрируются ВИЧ - инфицированные от младенческого до пожилого возраста (по собственным наблюдениям).

В решении задач профилактики ВИЧ-инфекции существенное место занимает система консультирования, позволяющая сочетать профилактику заболевания с оказанием психологической поддержки людям, с затронутыми проблемами, связанными с ВИЧ. Качество жизни ВИЧ - инфицированных, их поведение во многом зависит от того, насколько они ориентированы в многочисленных проблемах заболевания и от их отношения к нему. Многочисленные случаи суицидальных попыток среди узнавших о своем статусе делают актуальной совершенствование профилактики опасного внутреннего состояния инфицированных ВИЧ пациентов.

ВИЧ-носительство или СПИД оказывают очевидное влияние на психику и изменяют психологию зараженных людей в силу того, что на сегодняшний день заболевание считается неизлечимым, хроническим. Становится все более очевидным, что наряду с социальными и медицинскими вопросами требуется изучение психологических закономерностей и особенностей личности людей, инфицированных ВИЧ. В решении задач профилактики ВИЧ-инфекции существенное место занимает система консультирования, позволяющая сочетать профилактику заболевания с оказанием психологической поддержки людям с ВИЧ-инфекцией. Качество жизни ВИЧ – инфицированных пациентов, их поведение во многом зависит от того, насколько они ориентированы в многочисленных проблемах заболевания и от их отношения к нему.

Целью нашего исследования явилось изучение психологического состояния ВИЧ - инфицированной личности и необходимость коррекции эмоциональной дезадаптации.

Материалы и методы. Было обследовано 100 ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте от 20 до 54 лет. Все обследованные пациенты находились на учете в Республиканском центре по борьбе со СПИДом. У всех пациентов диагноз «ВИЧ-инфекция» был подтвержден клинически и лабораторно методами ИФА и иммуноблотинга. Контрольную группу и группу сравнения составили 20 практически здоровых лиц.

Всем обследованным была проведена консультация со сбором анамнеза, опросом и оказанием психологической поддержки при первой консультации.

Проведены исследования с помощью психологических тестов: Холмса Раге, Люшера, рисуночных тестов «Дом, дерево, человек», «несуществующее животное». Данные тесты выбраны в связи с тем, что они могут показать психологическое состояние ВИЧ-инфицированного пациента без сознательного субъективного влияния, когда пациент отвечает на опросник, стараясь ответить лучше и продумывая вариант ответа.

Результаты и обсуждение. Исследования проведенные с помощью бесед, консультирования выявили определенные изменения психологического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов. Выявлено, что в 99% случаев, человек узнавший о своем ВИЧ-статусе, испытывает шоковое состояние. У 98% повышение тревожности, низкий самоконтроль, у 95% неуверенность в себе, в 84% снижение внимания, памяти. В 98% случаев ВИЧ-инфицированные скрывают свой ВИЧ-статус от ближайшего окружения. У 99% ВИЧ-инфицированных обнаружено снижение адаптивных способностей, Психологическое состояние повлияло на клиническую картину и иммунологические параметры в 100%.

При проведении теста на стрессоустойчивость Холмса Раге выявлена низкая стрессоустойчивость у 86% обследованных.

Анализ данных по тесту Люшера. Анализ полученных результатов показал, что в 95% случаев у ВИЧ-инфицированных преобладает состояние тревожности, страха, напряжения, стрессовое состояние, стремление уйти из неблагоприятной психогенной ситуации, состояние разочарования, бессилия, неверие в свои силы. Выявлено, что у ВИЧ-инфицированных желаемое и действительное имеет общее, в котором в 98% преобладает негативное состояние, чувство неудовлетворенности, стремление уйти от сложных проблем, а не решать их, угнетенное состояние, чувство враждебности к окружающим, желание оградиться от среды, чувство беспокойства, настороженности, стремление скрыть это чувство, к которому стремится.

Исследование психологического состояния ВИЧ – инфицированных пациентов с помощью рисуночных тестов «дом-дерево-человек», «несуществующее животное».

Выявлено несоответствие наружного внутреннего состояния. Считается, что взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору. Если привести весь рисунок в действие, то вполне возможно заметить то, что действительно происходит в нашей жизни.

Особым способом интерпретации может быть порядок, в котором выполняется рисунок дома, дерева и человека. Если первым нарисовано дерево, значит основное для человека - жизненная энергия; если первым рисуется дом, то на первом месте - безопасность, успех или, наоборот, пренебрежение этими понятиями. При анализе полученных результатов у ВИЧ- инфицированных было обнаружено, что в 98% случаев, что на первом месте рисуется дом, в основном слева, что можно интерпретировать как желание безопасности, или безопасность в прошлом, часто рисуется забор.

Человек прорисовывается нечетко, в уменьшенном виде, руки нарисованы в стороны, пальцы сжаты в кулаки. Деревья с круглой кроной, круги в листве, закрытая листва, ствол оторван от земли.

Таблица - **Выявленные состояния ВИЧ-инфицированных пациентов при анализе теста «ДЧ»**

Выявленные состояния
Чувство отвергнутости
Тенденция к отчуждению
Пропасть между реальностью, и жизнью в фантазиях
Недостаток эмоциональной теплоты дома
Незащищенность
Отрешенность
Озабоченность взаимодействия с средой
Тревога, озабоченность
Депрессивное состояние
Акцентируется на прошлом
Депрессивное настроение
Зависимость, неуверенность в себе
Нехватка самоуверенности
Замкнутость
Незащищенность
Недостаток энергии
Непроявляемая агрессивность
Недостаток контроля с внешним миром
Поиск успокаивающих ощущений

В ходе проведенного исследования по изучению психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных нами был использован тест «несуществующее животное». По своему характеру тест «Несуществующее животное» относится к числу проективных и представляется в описательных формах. По составу данный тест - ориентировочный и используется с другими методами в качестве батарейного инструмента исследования.

Исследования по проведенным методикам дают возможность, проводить коррекцию состояния ВИЧ- инфицированных пациентов с учетом выявленных нарушений психоэмоционального состояния. В ходе проведенного исследования по изучению психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных - оказана психологическая поддержка с обучением определенной методике,

несомненно улучшило психологическое состояние и клиническую картину у 83% ВИЧ - инфицированных пациентов.

Таблица - **Выявленные состояния ВИЧ-инфицированных по тесту «несуществующее животное».**

Состояния	%
Тенденция к размышлениям, нерешительность	95%
Страх перед действием	92%
Не устойчивость жизненных позиций	94%
Тревога, желание защититься от окружающей среды	97%
Повышенная тревожность	97%
Неуверенность в себе	93%
Низкая самооценка	92%
Недовольство собой	86%
Агрессивность	85%

Организм человека сложная саморегулирующаяся система с психической, иммунологической, биохимической и ферментативной саморегуляцией. Психотерапия является тем способом, с помощью которого можно реально переориентировать человека на иной образ жизни, и изменить его личностные установки. Для эффективности проводимой коррекции усиливают выявленную мотивацию и в каждом конкретном случае находят дополнительные мотивы. Такими мотивами чаще всего бывает беспокойство о состоянии здоровья.

Психотерапевтическое воздействие обеспечивает стабилизацию психоэмоционального состояния, корреляция негативных эмоций, укрепление уверенности в своих силах. Врач приводит рациональ-но-рассудочную психотерапию с осознанием проблемы пациентами повышение мотивации на лечение внушением в состоянии бодрствования. Поскольку поведение человека многообразно, имеется невообра-зимое множество компонентов, формирующих его поведение. Фактически это работа с подсознанием, что делает человека более гибким и даст ему возможность применить приобретенные знания и в других жизненных ситуациях, а также предполагает проработку возможных причин, приведших к тому или иному состоянию.

Выводы: У ВИЧ инфицированных лиц обнаружено снижение адаптивных способностей, повышение тревожности, низкий самоконтроль, неуверенность в себе, снижение внимания, памяти. Обнару-женные нарушения подтверждают особенную актуальность психологической поддержки и коррекции психологического состояния ВИЧ-инфицированного и необходимость коррекции выявленной эмоцио-нальной дезадаптации. Оказание психологической поддержки, с обучением определенным методикам улучшило психологическое состояние, клиническую картину у 83% ВИЧ - инфицированных пациентов.

Ахмедова М.Д., Максудова З.С., Ниязова Т.А., Абраева Н.Н., Бобожонов Ш.Ж.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ БОТУЛИЗМА

Резюме

Проведено анкетирование среди студентов Ташкентской медицинской академии для выяснения общего представления о болезни ботулизм. Установлено, что около 44% студентов не имеют общего представления о данном заболевании. Сделаны выводы, касающиеся предупреждения ботулизма, необходимости широкого проведения санитарно-просветительской работы среди населения через средства массовой инфор-мации.

Ключевые слова: ботулизм, острое токсикоинфекционное заболевание, факторы передачи болезни

Актуальность проблемы. Ботулизм является одним из наиболее проблемных заболеваний в Республике Узбекистан, которое имеет большую экономическую и социальную значимость. Ботулизм, который входит в группу тяжело текущих заболеваний у людей, регистрируется во многих

частях мира, включая и нашу республику. За последние несколько лет заболеваемость ботулизмом в странах СНГ по сравнению с предыдущими годами увеличилась в пять раз [1,3,4], в настоящее время ботулизм часто возникает при употреблении домашних консервированных продуктов, в редких случаях - при пользовании промышленными продуктами [2]. Из-за отсутствия полноценной термической обработки консервированных огурцов, томатов и грибов, приготовленных в домашних условиях, эти продукты, будучи инфицированными, могут вызвать заболевание.

Ботулизм - острое, тяжёлое токсикоинфекционное заболевание, характеризующееся поражением нервной системы, преимущественно продолговатого и спинного мозга, протекающее с преобладанием офтальмоплегического и бульбарного синдромов. Входными воротами являются слизистые оболочки дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, повреждённая кожа и лёгкие, от человека к человеку инфекция не передаётся. Несмотря на то, что ботулизм регистрируется гораздо реже, чем другие кишечные инфекции и отравления, это заболевание продолжает оставаться актуальным и опасным для жизни [5]. В связи с этим, мы провели среди студентов Ташкентской медицинской академии анкетирование для выяснения представления о ботулизме.

Целью исследования явилось изучение представления о ботулизме среди студентов 5 курса лечебного и 4 курса медико-профилактического факультетов.

Материал и методы. Проанализированы анкеты 150 студентов, для выяснения их знаний о ботулизме. Анкетирование проводилось на кафедре инфекционных и детских инфекционных болезней до начала цикла. В анкетах были следующие вопросы (в более детализированном виде):

1. Каким заболеванием является ботулизм?
2. Какие пути передачи ботулизма существуют?
3. Какие изменения бывают в продуктах, изготовленных в домашних условиях, которые могли бы стать причиной развития ботулизма?
4. Как лечить ботулизм?
5. Какие прогнозы бывают при ботулизме?

Результаты исследования обрабатывали на персональном компьютере Pentium IV с помощью программ-много пакета Microsoft Office Excel 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты и обсуждение. В анкетировании участвовали 150 студентов 5 курса лечебного и 4 курса медико-профилактического факультетов Ташкентской медицинской академии. Анализ ответов при анкетировании указан в следующих таблицах. Общее представление студентов о болезни ботулизм приведены в таблице 1.

Таблица 1 -Общее представление студентов о болезни ботулизма(n=150)

№	Представление студентов о ботулизме	знает		частично знает		Незнает	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1.	Каким заболеванием является ботулизм	22	14,6	63	42,0	65	43,3
2.	Пути передачи ботулизма	19	12,6	73	48,7	58	38,6
3.	Продолжительность инкубационного периода	16	10,6	66	44,0	68	45,3
4.	Клинические симптомы	18	12,0	62	41,3	70	46,6

16 (10,6%) до 22 (14,6%) студентов смогли полностью правильно ответить на все вопросы. При анкетировании от 62 (41,3%) до 73 (48,7%) студентов не полностью правильно ответили на вопросы, касающиеся ботулизма. По анализу анкет, заполненных студентами, от 58 (38,6%) до 70 (46,6 %) отметили, что не имеют должного представления о ботулизме.

Следовательно, большинство студентов не имеют никаких представлений о таком грозном заболевании, как ботулизм.

Информация о факторах передачи заболевания ботулизм приведена в таблице 2. Как видно из таблицы 2, по мнению 46 (30,7%) студентов возможными факторами передачи ботулизма являются соленые огурцы, 35 (23,3%) - колбаса и 26 (17,3%) - соленые грибы.

По литературным данным [5], эти продукты в очень низком процентном отношении могут стать факторами передачи инфекции. Жареные грибы в литературе не зарегистрированы как фактор передачи ботулизма. Основные факторы передачи

Таблица 2 - Факторы передачи ботулизма(n=150)

№	Возможные факторы передачи	По мнению студентов	
		абс. число	%
1.	Продукты, консервированные в домашних условиях	17	11,3
2.	Рыбные консервы	12	8,0
3.	Соленые огурцы	46	30,7
4.	Соленые грибы	26	17,3
5.	Жареные грибы	14	9,3
6.	Колбасные изделия	35	23,3

ботулизма, консервированные в домашних условиях продукты и рыбные консервы, по мнению студентов, составляют очень низкие проценты: 11,3% (17) и 8,0% (12) соответственно.

По мнению студентов, характеристика возможных зараженных продуктов возбудителем ботулизма, приведена в таблице 3. Анализ данных таблицы 3 показывает, что мнение студентов, которые указывают на помутнение зараженных продуктов (9,3%), покрытие сверху пленкой (11,3%), на изменение запаха (16,0%), на изменение вкуса (14,7%), ошибочны. Некоторые из опрошенных студентов дали правильный ответ: зараженный возбудителями ботулизма продукт может иметь бомбажный характер 61 (41,3%) и быть неизменным на вид 11 (7,3%).

Таблица 3 - Характеристика продуктов зараженных возбудителем ботулизма (n=150)

№	Возможные изменения зараженных продуктов	По мнению студентов	
		абс. числе	%
1.	Бомбажный продукт	61	41,3
2.	Продукт мутный	16	9,3
3.	Неизмененный вид продукта	11	7,3
4.	Продукт сверху покрыт пленкой	16	11,3
5.	Продукт имеет измененный запах	24	16,0
6.	Продукт имеет измененный вкус	22	14,7

Студенты на вопрос «как лечить ботулизм?», дали приблизительно правильный ответ. Однако, несмотря на то, что больные ботулизмом в обязательном порядке должны получать ПБС, по мнению лишь 19 (12,7%) студентов этот метод лечения указывался как основной. Следует отметить, что все виды лечения ботулизма, кроме экстренной терапии - искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) и трахеостомы, должны проводиться в комплексном порядке. Эти виды лечения проводятся больным при тяжелом и крайне тяжелом течении ботулизма.

Таблица 4 - Лечение ботулизма (n=150)

№	Возможные методы лечения	По мнению студентов	
		абс. Число	%
1.	Антибиотикотерапия	35	23,0
2.	ПБС	19	12,7
3.	Трахеостомия	10	6,7
4.	ИВЛ	22	15,0
5.	Дезинтоксикационная терапия	21	14,0
6.	Очистительная клизма	26	17,3
7.	Промывание желудка	17	11,3

По наблюдению исследователей, прогноз ботулизма следующее: без применения современных методов лечения летальность может составлять 30-60%. Смерть, как правило, наступает от паралича дыхательной мускулатуры и последующей гипоксии. Современное лечение болезни снижает процент летального исхода до 10%. А в специализированных центрах – до 3-4%.

Таблица 5 - Прогноз ботулизма (n=150)

№	Возможный прогноз болезни	По мнению студентов	
		абс. число	%
1.	Полное выздоровление	76	50,7
2.	Более чем в 50% случаев наблюдается летальный исход	54	36,0
3.	Более чем в 70% случаев наблюдается инвалидность	20	13,3

При тяжелом течении ботулизма в условиях отсутствия возможности проведения ИВЛ погибает 65% заболевших. Восстановительный период длится несколько месяцев и заканчивается полным выздоровлением [5]. По данным опроса, большинство студентов о возможном прогнозе болезни имеют приблизительно правильное понятие, кроме 20 (13,3%) студентов, которые считают исходом ботулизма инвалидность более чем в 70% случаев.

Таким образом, проведенное нами анкетирование среди студентов Ташкентской медицинской академии показало, что большинство студентов не имеют должного представления о таком грозном заболевании, как ботулизм. Студенты имеют неправильное представление и о факторах передачи, характеристики зараженных возбудителем ботулизма продуктов. Также было отмечено, что у опрошенных студентов недостаточны знания о лечении и прогнозе данного заболевания.

Учитывая вышеуказанные результаты, можно сделать следующие выводы: Около 44,0% студентов не имеют должного представления о заболевании «ботулизм».

У большинства студентов нет представления о факторах передачи и характеристики зараженных продуктов возбудителями ботулизма (80,6% и 51,3% соответственно). Студенты также не полностью ответили на вопросы, касающиеся терапии и прогноза ботулизма. Необходимо широкое проведение санитарно-просветительской работы среди населения через средства массовой информации.

Литература

1. Ахмедова М.Д. и др. Ботулизм: Современные аспекты клинического течения, диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней: Метод. рекомендации Ташкент, 2011. - 26 с.
2. Мухамедов И.Б., Бектимиров А.М.-Т. Клиническая характеристика современного течения ботулизма // Вестн. врача. – 2007. – №1. – С. 83-85.
3. Никифоров В.Н., Никифоров В.В. Ботулизм. – М., 2009. – 123 с.
4. Никифоров В.В. Ботулизм: Клинические особенности и современные подходы к терапии // Тер. арх. – 2001. – №1. – С. 97-100.
5. Boud R., Graham K. Botulinum toxin A in the management of children with cerebral palsy: indications and outcome // Europ. J.Neurol. – 2011. – Vol. 4. – P. 15-22.

SUMMARY

MEASURES TO PREVENT BOTULISM

Akhmedova M.D., Maksudova Z.S., Abraeva N.N., Niyazova T.A., BobodjonovSh.Dj.

A questionnaire was conducted among the students of the Tashkent Medical Academy for clarifying the general knowledge of botulism disease. It is established that about 44% of students do not have a general idea of botulism disease. It is made a conclusion that in order to prevent botulism, it is necessary to carry out a wide-scale sanitary and educational work among the population through the mass media.

Ахмедова М.Д., Ташпулатова Ш.А., Анваров Ж.А., Имамова И.А., Гайбуллаев Ф.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Резюме

Для установления факторов риска тяжелого течения висцерального лейшманиоза проведено исследование у 26 больных. В процессе исследования установлены предикторы развития тяжелой

формы висцерального лейшманиоза в виде низкого уровня социального положения родителей данной категории больных, длительность гипертермии, степень гепато- и спленомегалии, прогрессирование анемии, появление асцита и геморрагического синдрома.

Ключевые слова: висцеральный лейшманиоз, гепатомегалия, спленомегалия, асцит, геморрагический синдром.

Актуальность проблемы. Висцеральный лейшманиоз (ВЛ) - это заболевание, вызванное паразитом, которое может привести к смерти, если не лечить. В естественных условиях лейшманиозом болеют собаки, являющиеся резервуаром (носителем) инфекции. Человек заражается путем инокуляции лейшманий при кровососании флеботомуса. Возможна передача возбудителей при гемотранфузиях. Восприимчивы к заболеванию люди всех возрастов, но чаще болеют лица, проживающие в сельской местности, особенно в низменных районах с большим количеством осадков (ЧатуракаРодриго и др., 2017).

Основным эндемическим очагом висцерального лейшманиоза являются Месопотамия, бассейн Средиземного моря, Индия и Китай. Случаи висцерального лейшманиоза встречаются также в Средней Азии, где болезнь чаще поражает детей. В Туркмении, в южной Казахстане, в Грузии, в Армении, в странах центральной Азии и Закавказье встречаются спорадические случаи болезни. Периодически возникают эпидемические вспышки, охватывающие тысячи людей. В мире более 12 млн. человек болеет этим заболеванием, каждый год регистрируется от 400 до 600 тыс. новых случаев болезни (Чарльз Абонгомера и др., 2017).

В первой половине прошлого века Узбекистан занимал лидирующее положение по числу заболевших ВЛ среди республик СССР. Однако к концу 60-х годов XX столетия заболеваемость ВЛ снизилась до спорадических, единичных случаев. Это произошло в результате уничтожения бродячих и больных ВЛ собак, начатого в Ташкенте в 1925 г. под руководством Н.И.Ходукина и в 1932 г. в Самарканде под руководством Л.М.Исаева, а также длительных и широкомасштабных противомаларийных мер по снижению численности комаров в городских и сельских местностях, приведших одновременно к снижению численности москитов. По данным официальной статистики с 1920 по 1985 гг. в республике было зарегистрировано 6112 случаев ВЛ, а с 1960 по 1987 гг. - только 108 случаев заболевания. В 1965 году в Республике уничтожено сельские очаги этой инфекции (Жиренкина Е.Н., 2013).

Спорадические случаи этой болезни выявляются в районе Поп в кишлаках Алтынкон, Янгиобод, Янгиер, Ханабод, Чодак, Чоркесар с 1987 года. С 1987 до 2012 годах в этих районах зарегистрировано 118 случаев болезни, в течение 10 месяцев 2013 года выявлено 5 случаев висцерального лейшманиоза. Эти кишлаки расположены в горских районах на высоте 900-1100 метра от уровня моря, их климат считается благоприятным для москитов *phlebotomus* (Жиренкина Е.Н., 2013).

Средиземноморский (детский) лейшманиоз является зоонозом, имеется 3 разновидности очагов инфекции: природный очаг - резервуарами инфекции являются дикие животные (шакалы, лисы, грызуны и др.), сельский очаг - резервуарами инфекции являются собаки, городской (синантроп) очаг - основными резервуарами инфекции являются собаки и синантропные грызуны (мыши, крысы). Заболеваемость носит спорадический характер, сезон заражения - лето, а сезон заболеваемости - осень того же года или весна следующего года. Висцеральный лейшманиоз характеризуется хроническим течением, волно-образной лихорадкой, спленомегалией, гепатомегалией, прогрессирующей анемией, кахексией. Болеют преимущественно дети в возрасте от 1 года до 6 лет. У детей заболевание имеет тяжелое течение и у них частота летальных случаев высокое (ГамальШайфХайтемШайф 2006; МахдиФахар и др., 2017).

Цель исследования: установить факторы риска тяжелого течения у пациентов с висцеральным лейшманиозом.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленной цели были обследованы 26(100%) больных с висцеральным лейшманиозом. Средний возраст больных составил $2,7 \pm 0,5$ лет. Все больные поступали в научно-исследовательский Институт Паразитологии им Л.М.Исаева с длительной лихорадкой. Из 26 больных у 18 (69,2%) отмечалась тяжёлая форма, у 8 (30,8%) - среднетяжёлая форма заболевания. Критериями оценки степени тяжести и течения болезни у больных служили: острота развития заболевания, выраженность и продолжительность проявлений клинических симптомов, характеризующих синдромы интоксикации и лихорадки, степенью гепато-испленомегалии, наличие осложнений заболевания.

Типичным для всех больных было начало заболевания, которое в подавляющем большинстве случаев сопровождалось интоксикацией и волнообразной лихорадкой, анемией. Синдром интоксикации оценивали по частоте и длительности проявлений таких симптомов, как повышение

температуры тела, общая слабость, вялость, понижение аппетита, обложенность языка, капризность, увеличение печени и селезенки, а также наличие анемии. Данный диагноз выставлен на основании характерного эпидемио-логическая анамнеза, постепенного начала заболевания, наличия длительной лихорадки, выраженной гепатоспленомегалии, лимфаденопатии, прогрессирующей анемии и кахексии.

Диагноз висцерального лейшманиоза был подтверждён обнаружением лейшманий в пунктате костного мозга или в лимфатических узлах. Исследования проведены в НИИ Паразитологии Л.М.Исаева. Для установления предикторов тяжёлого течения висцерального лейшманиоза рассматривались следующие факторы:

социально-демографические (возраст, пол, условия жизни, статус питания);

клиническо-лабораторные (продолжительность болезни; наличие или отсутствие слабости, асцит, периферический отек, кровотечение, желтуха, размер селезенки; уровень гемоглобина; наличие сопутствующей патологии).

Цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики. Вычисляли среднюю квадратичную ошибку (m), а также достоверность различий значений в сравниваемых группах. Различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Для решения поставленной цели рассматривались социально-демографические показатели (возраст, пол, условия жизни: статус питания). Как выше сказано, средний возраст больных составил $2,7 \pm 0,5$ лет. Детей до 1 года было трое (11,5%) и у этих детей отмечалось тяжелое течение заболевания, 23,1% (6) обследованных больных были в возрасте от 1 до 2 лет, в этой группе заболевание также носило тяжелое течение, детей от 2 до 3-х лет было 13 (50,0%), у 53,8% детей в этой возрастной категории диагностировано тяжелая форма заболевания, детей от 3-х до 4-х лет – 4 (15,4%) и в 50,0% случаях выявлено тяжелое течение. Мальчиков было 11 (42,3%), из них у 8 (72,7%) больных отмечалась тяжелая форма, у 3 (27,3%) - среднетяжелая форма заболевания. Девочек было 15 (57,7%), из них у 10 (66,7%) больных отмечалась тяжелая форма висцерального лейшманиоза, у 5 (33,3%) - среднетяжелая форма.

Таблица 1 - Демографические показатели у больных с ВЛ

Показатели	Тяжесть течение ВЛ	
	Тяжелая форма (n=18)	Среднетяжелая форма (n=8)
ПОЛ		
Мальчики (n=11)	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Девочки (n=15)	10 (66,7%)	5 (33,3%)
P	P>0,05	P>0,05
ВОЗРАСТ		
До года (n=3)	3 (100,0%)	-
1-2 лет (n=6)	6 (100%)	-
От 2-х до 3-х лет (n=13)	7 (53,8%)	6 (46,2%)
От 3-х до 4-х лет (n=4)	2 (50,0%)	2 (50,0%)
P	P>0,05	P>0,05

Все обследованные дети были из Папского района Наманганской области, 57,7% детей были из кишлака Чоркесар, 3 (15,4%) случая из кишлака Хонабод и Янгиобод, 19,2% (5) – из Янгиера.

Родители больных имели высшее образование только у 11,5% (3), а у 88,5% (23) имели среднее. Среди родителей лиц трудоспособного возраста 1/3 не имели постоянной работы.

65,4% (17) родители опрошенных больных считали свое питание достаточным, 19,2% (5) - средним, а 15,4% (4) - недоедали. Т.е. результатом недостаточного питания может являться развитие у пациентов синдрома белково-энергетической недостаточности.

На следующем этапе изучены предикторы (продолжительность болезни; наличие или отсутствие слабости, асцит, периферический отек, кровотечение, желтуха, размер селезенки; уровень гемоглобина; присутствие сопутствующих патологий) развития тяжелого течения заболевания.

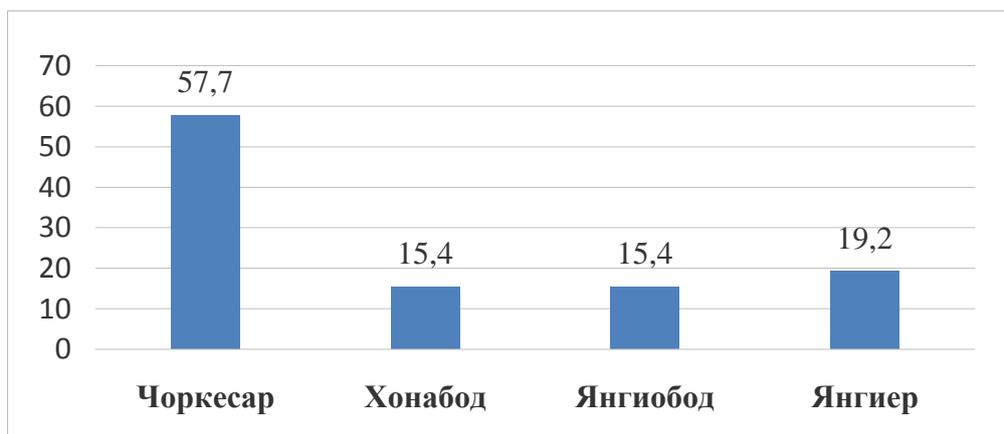


Рисунок 1 - Распределение больных по месту жительства

У большинства больных, заболевание имело постепенное начало и у 100% больных наблюдалась волнообразная длительная лихорадка, у 100% больных имело место общая слабость, вялость, снижение аппетита. У всех обследованных больных наблюдалась гепатомегалия, у 61,5% (16) больных печень выступала из правого подреберья до +3,0 см, у 42,3% (10) до +2,0 см. У всех больных отмечалась спленомегалия, у 4 (15,4%) больных размер селезенки увеличился до +7,0 см, у 6 (23,1%) до +5,0 см, у 8 (30,8%) до +4,0 см, у 8 (30,8%) до +2,0 см. При сравнительном анализе сплено- и гепатомегалии было установлено, что у больных с тяжелым течением печени выступала из правого подреберья на +2,0 см, размер селезенки от +4,0 см до +7,0 см. У 7 (26,9%) больных с тяжелым течением отмечался асцит, у 4 (15,4%) из них геморрагический синдром. Из 7 больных у 71,4% асцит и у 75,0% геморрагический синдром развивался на второй неделе лихорадки. При анализе лабораторных данных у 80,8% больных выявлена анемия различной степени. В 57,7% (15) случаев анемия III степени, в 30,8% (8) случаев II степень, у 11,5% - I степень.

При анализе полученных данных выявлено, что у больных тяжелой формы ВЛ родители которых имели низкий социальный статус и неудовлетворительные санитарно-эпидемиологические условия в месте жительства отмечалось более выраженное прогрессирование анемии, более быстрое развитие асцита и геморрагического синдрома и утяжеления состояния больного, т.е. социальный фактор и плохое условие жизни имеет большое значение в утяжелении состояния больного с ВЛ.

Заключение. Установлены предикторы развития тяжелой формы висцерального лейшманиоза в виде низкого уровня социального положения родителей данной категории больных, длительность гипертермии, степень гепато- и спленомегалии, прогрессирование анемии, появление асцита и геморрагического синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамаль Шайф Хайтем Шайф Оптимизация лечения висцерального лейшманиоза у детей в Йемене //автореферат на дисс к.м.н. – Москва. -2006. -26с
2. Жиренкина Е.Н. Особенности очага висцерального лейшманиоза в Папском районе Наманганской области Узбекистана //автореферат на дисс к.м.н. – Москва. -2013. -29с
3. Махди Фахар. Систематический обзор и метаанализ диагностической точности теста мочи для диагностики висцерального лейшманиоза. PROSPERO 2017 <http://www.crd.york.ac.uk>
4. Чатурака Родриго, Правеев Вератунга, Сенака Раджапаксе, Дипика Фернандо. Амфотерицин В для лечения висцерального лейшманиоза: систематический обзор и метаанализ перспективных сравнительных клинических исследований, включая исследования дозозависимости. PROSPERO 2017 <http://www.crd.york.ac.uk>
5. Чарльз Абонгомера, Саскиа Ван Хентен, Резика Мохаммед, Флориан Фогт, Йозефьен Буйзе, Эрмиас Диро, Коерт Ритмейер, Тине Вердонк, Йохан ванн Гривенсвен. Систематический обзор факторов риска смертности у пациентов с висцеральным лейшманиозом в Восточной Африке. PROSPERO 2016 <http://www.crd.york.ac.uk>

SUMMARY

PREDICTORS OF HEAVY DURING VISCERAL LEISHMANIOSIS

Akhmedova M.D, Tashpulatova Sh.A., Anvarov J.A., Imamova I.A., Gaibullaev F.

To determine risk factors for severe course of visceral leishmaniasis, a study was conducted in 26 patients. Predictors of development of severe visceral leishmaniasis in the form of low social status of parents of this category of patients, duration of hyperthermia, degree of hepato- and splenomegaly, progression of anemia, appearance of ascites and hemorrhagic syndrome were established during the study.

Ахмедова М.Д., Ташпулатова Ш.А., Абидов З.И., Анваров Ж.А., Имамова И.А., Гайбуллаев Ф.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Цель исследования: установить факторы риска тяжелого течения у пациентов с висцеральным лейшманиозом.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленной цели были обследованы 26(100%) больных с висцеральным лейшманиозом. Средний возраст больных составил $2,7 \pm 0,5$ лет. Из 26 больных у 18 (69,2%) отмечалась тяжёлая форма, у 8 (30,8%) – среднетяжёлая форма заболевания. Для установления предикторов тяжёлого течения висцерального лейшманиоза рассматривались следующие факторы: Социально-демографические (возраст, пол, условия жизни, статус питания); клиническо-лабораторные (продолжительность болезни; наличие или отсутствие слабости, асцит, периферический отек, кровотечение, желтуха, размер селезенки; уровень гемоглобина; наличие сопутствующей патологии).

Результаты и обсуждение. Для решения поставленной цели рассмотрены социально-демографические показатели (возраст, пол, условия жизни: статус питания). Как выше сказано, средний возраст больных составил $2,7 \pm 0,5$ лет. Детей до 1 года было трое(11,5%) и у этих детей отмечалось тяжелое течение заболевания, 23,1% (6) обследованных больных были в возрасте от 1 до 2 лет, в этой группе заболевание также носило тяжелое течение, детей от 2 до 3-х лет было 13 (50,0%), у 53,8% детей в этой возрастной категории диагностирована тяжелая форма заболевания, детей от 3-х до 4-х лет – 4 (15,4%) и в 50,0% случаях выявлено тяжелое течение. Мальчиков было 11 (42,3%), из них у 8 (72,7%) больных отмечалась тяжелая форма, у 3 (27,3%) - среднетяжелая форма заболевания. Девочек было 15 (57,7%), из них у 10 (66,7%) больных отмечалась тяжелая форма висцерального лейшманиоза, у 5 (33,3%) - среднетяжелая форма.

Все обследованные дети были из Папского района Наманганской области, 57,7% детей были из кишлака Чоркесар, 3 (15,4%) случая из кишлака Хонабод и Янгиобод, 19,2% (5) – из Янгиера.

Родители больных имели высшее образование только у 11,5% (3), а у 88,5% (23) имели среднее. Среди родителей лиц трудоспособного возраста 1/3 не имели постоянной работы. 65,4% (17) родители опрошенных больных считали свое питание достаточным, 19,2% (5) средним, а 15,4% (4) - недоедали. Т.е. результатом недостаточного питания может являться развитие у пациентов синдрома белково-энергетической недостаточности.

У большинства больных заболевание имело постепенное начало и у 100% больных наблюдалась волнообразная длительная лихорадка, у 100% больных имело место общая слабость, вялость, снижение аппетита. У всех обследованных больных наблюдалась гепатомегалия, у 61,5% (16) больных печень выступала из правого подреберья до +3,0 см, у 42,3% (10) до +2,0 см, у всех больных отмечалась спленомегалия, у 4(15,4%) больных размер селезенки увеличился до +7,0 см, у 6(23,1%) до +5,0 см, у 8(30,8%) до +4,0 см, у 8(30,8%) до +2,0 см. При сравнительном анализе сплено- и гепатомегалии было установлено, что у больных с тяжелым течением печень выступала из правого подреберья на +2,0 см, размер селезенки от +4,0 см до +7,0 см. У 7 (26,9%) больных с тяжёлым течением отмечался асцит, у 4 (15,4%) из них геморрагический синдром. Из 7 больных у 71,4% асцит и у 75,0% геморрагический синдром развивался на второй недели лихорадки.

При анализе лабораторных данных у 80,8% больных выявлена анемия различной степени. В 57,7% (15) случаев анемия III степени, в 30,8% (8) случаев II степень, у 11,5% - I степень.

При анализе полученных данных выявлено, что у больных тяжелой формы ВЛ родители которых имели низкий социальный статус и неудовлетворительные санитарно-эпидемиологические условия в месте их жительства отмечалось более выраженное прогрессирование анемии, более быстрое развитие асцита и геморрагического синдрома и утяжеления состояния больного, т.е. социальный фактор и плохое условие жизни имеет большое значение в утяжелении состояния больных с ВЛ.

Выводы. Установлены предикторы развития тяжёлой формы висцерального лейшманиоза в виде низкого уровня социального положения родителей данной категории больных, длительность гипертермии, степень гепато- и спленоmegалии, прогрессирование анемии, появление асцита и геморрагического синдрома.

Бейсекова М.М., Альшева Н.О., Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М.
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСЫМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫ

Менингококты инфекция – бас миы қабығының қабынуымен қатар жүретін және түрлі бактериялармен, вирустармен шақырылатын, әртүрлі клиникалық көріністерімен (назофарингит секілді жеңіл түрінен бастап, ауыр түрі менингит және сепсис) түрінде өтетін жедел инфекциялық ауру. Менингококты инфекция кеңінен, тез таралуымен және өлім-жітімге әкелу мүмкіншілігімен, ауыр асқинуларымен қауіпті.

Менингококты инфекциямен сырқаттанушылық маусымдылықпен сипатталады, сырқаттанушылық көбінесе қыста және көктем айларында байқалады. Бұл адамның иммунды жүйесінің жылдың осы мезгілінде белсенділігін күшейтетін көптеген вирустардың, ЖРВИ, грипп және т.б. санымен әлсірегенінен болады. Қазіргі уақытқа дейін менингококты инфекция тек Қазақстан үшін емес, бүкіл әлем үшін де маңызды мәселе болып табылады.

2004 жылдан 2017 жылға дейін Қазақстан Республикасында 14 жыл бойы менингококк инфекциясы үшін эпидемиологиялық жағдай тұрақты емес, өйткені кейбір жылдарда спорадикалық түрде инфекцияның пайда болуы байқалады. Қазақстан аумағында менингококк инфекциясының таралуын талдай отырып, бұл жағдайдың еліміздің барлық өңірлерінде тіркелгендігі туралы қорытынды жасауға болады. Аурудың ең жоғарғы көрсеткіштері 2007 жылы 100 000 адамға шаққанда 2,2 (341 оқиға), 2015 жылы - 100 мың адамға шаққанда 2,45 (424 оқиға) тіркелді.

Қазақстан Республикасындағы менингококк инфекциясымен сырқаттанушылықтың ең төменгі көрсеткіші 14 жыл ішінде 2012 жылы тіркелді және 100 000 адамға шаққанда 0,44 (74 оқиға) болды. 2004-2017 жылдар аралығындағы менингококк инфекциясына қолайлы эпидемиологиялық жағдай Қостанай қаласында байқалады, өйткені осы кезеңде сырқаттанушылық нөлге жақын немесе 100 000 адамға шаққанда (0,5 оқиғадан) аспады. Қолайсыз эпидемиологиялық жағдай Алматы қаласында 2015 жылы (31 оқиға), 2016 жылы (104 оқиға) қалыптасты, онда сырқаттанушылық жоғары деңгейді көрсетті. 2008 жылдан бастап 2012 жылға дейінгі аралықта менингококкты инфекциямен сырқаттанушылықтың төмендеу үрдісі байқалады. 2013 жылдан бастап 2015 жылға дейін сырқаттанушылықтың көтерілуі байқалады, оның үстіне 2015 жылы жоғарылау күрт айқын болды. Бұл құбылысты В. Д. Беляковпен әзірленген паразитарлық жүйелердің өзін-өзі реттеу теориясы тұрғысынан түсіндіруге болады. Бұл теорияға сәйке паразит популяциясы – менингокок, және популяция иесі – адам, генотиптік және фенотиптік өзгерістерге ұшырайды. Нәтижесінде паразит популяциясының вируленттілік дәрежесі төмендейді не жоғарылайды, ал популяция иесінің қабылдағыштық қабілеттілігі сәйкесінше жоғарылайды немесе төмендейді.

Менингококктық инфекцияның ұзақ мерзімді динамикасын талдағаннан кейін паразиттердің 2007 және 2016 жылдардағы ең биік шыңдары арасындағы паразиттердің өзін-өзі реттейтін фазаларын анықтай аламыз. Осылайша, 2008 жылдан 2011 жылға дейінгі кезеңде, 2007 жылы аурудың эпидемиялық өсуінен кейін менингококктың резервациялық қайта құру кезеңі байқалды. Бұл фаза менингококк инфекциясының вируленттілігінің төмендеуімен және адам организмнің қабылдаушылығының төмендеуімен сипатталады. 2015 жылы паразиттердің көп саны мен вируленттілігі сипатталатын эпидемиялық таралудың кезеңін байқауға болады.

Қазақстан Республикасы тұрғындарының арасында халықтың 2015 жылы 100 000 тұрғынына шаққанда 2,45 (424 жағдай) көрсеткішінің ұлғаюы байқалады. 2016 жылы сырқаттанушылық 120 оқиғасына дейін төмендеді, яғни 3,6 есе төмендеді. 2017 жылы ҚР-да менингококк инфекциясының 15 оқиғасы тіркелді, бұл өткен жылмен салыстырғанда 3,8 есе төмендегенін көрсетті. Осылайша, ҚР-дағы менингококк инфекциясының ұзақ мерзімді динамикасының деректерін талдау, 2004-2017 жж. кезеңінде 2007 және 2016 жылдардағы сырқаттанушылық көрсеткішінің арасында орташа уақытқа сәйкес келетін 8 жыл болатын уақыт аралығы бар екенін айтуға болады.

Қазақстанда менингококк инфекциясының аурулары 2015 жылмен салыстырғанда 4,7 есе азайды (100 мың адамға шаққандағы 83 жағдай - 2015 жылы, 100 мың адамға шаққанда 18 оқиға - 2016 жылы және 15 оқиға 2017 жылы). Динамика бойынша, 7% төмендеу жылдамдығымен науқастану деңгейін төмендету үрдісі байқалады, бұл эпидемияға қарсы шаралардың тиімділігін көрсетеді. Сырқаттанушылықтың көпжылдық динамикасын талдағаннан кейін 2018 жылға болжам жасауға болады, егер бірдей үрдіс жалғаса берсе, онда менингококк инфекциясының эпидемиялық көрінісі 100 000 адамға 0,29-дан 1,21 жағдайға дейін кез-келген мәнді қабылдай алады.

Осы жағдайды қорытындылай келе менингококк инфекциясы көбінесе балалар арасында кездесетіндіктен және зақымдалу жолы лас қол, дұрыс жуылмаған көкөністер арқылы, ластанған су қоймаларында шомылғанда жұғатын болғандықтан алдын алу мақсатында жеке бас гигиенасын сақтау, яғни тамақ ішер алдында және дәретханадан кейін қолды мұқият жуу, көкөністер мен жеміс – жидектерді қолданар алдында ыстық сумен жуу, су қоймаларында тек қана рұқсат етілген жерлерде шомылу міндетті түрде жүргізілу керек және ауруды дер кезінде анықтап емдеген дұрыс.

Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е., Девдариани Х.Г..
 Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра детских инфекционных болезней
 Караганда, Казахстан

ПРОФИЛАКТИКА АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ

Цель исследования: провести оценку клинической эффективности пробиотика Энтерол (*saccharomyces-boulardii*) у больных детей с кишечными инфекциями.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 120 детей с кишечными инфекциями, из них детей до 6 месяцев было 20 (16,7%); с 6 месяцев до 1 года -60 (50,0%), старше года - 40(33,3%), которые находились в Областной инфекционной больнице (ОИБ) города Караганды.

Дополнительное лабораторное обследование детей проведено с использованием следующих методов: общеклинических (общий анализ крови, мочи, копрограмма), посевы фекалий на патогенную флору, проведение иммуноферментного анализа (ИФА) для обнаружения антигена ротавируса в фекалиях.

Диагноз кишечная инфекция у всех больных детей был подтвержден бактериологически. Была выделена копрокультура *Ps. Aerogenosa* у1(0,8%), *Salmonella Enteritidis* - 2(1,7%), *Proteus Vulgaris*-3(2,5%), *Enterobac-tercloacae*-7(5,8%), *Citrobacterdiversus*-7(5,8%), *Klebsiella pneumoniae*- 8(6,7%), *Morganella Morganii* - 9(7,5%), *Proteus Mirabilis*-10(8,3%), *Citrobacter former* - 12 (10%), ОКИ неуточненной этиологии у 61(50,8%). Обнаружение антигена ротавируса в фекалиях было у 12 (10%) исследуемых больных. Данные представлены на рисунке 1.

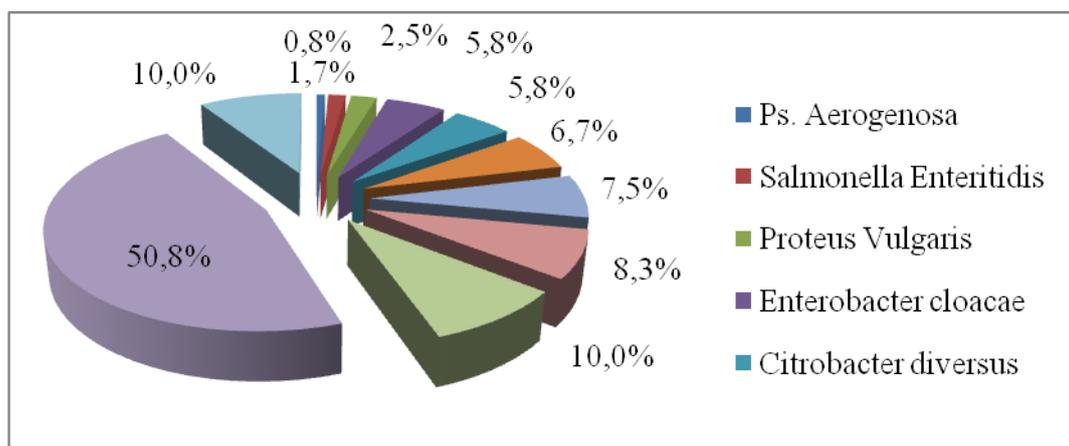


Рисунок 1. Этиологическая структура Острых кишечных инфекций (ОКИ)

Синдром гастроэнтерита был у 14 (11,6%), у 72 (60,0%) - синдром гастроэнтероколита, у 30 (25,0%) – энте-роколит. Признаки дегидратации не были выражены у 39 (32,5%) наблюдаемых детей. Эксикоз I степени был у 78(65,0%) больных, II степени у 3(2,5%).

Патогенетически обусловленная базисная терапия включала в себя инфузионную терапию глюкозо-соле-выми растворами. Жидкость назначалась с регидратационной целью и рассчитывалась в объеме физиологической потребности и патологических потерь.

С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки её клинической эффективности Энтерол (saccharomycetobouardii) назначали детям до года по 1 пакетик у 1 раз в день, а старше года по 1 пакетик у 1-2 раза в день. Курс лечения составил 5 дней.

У наблюдаемых больных в динамике оценивали выраженность и длительность основных клинических симптомов заболевания как: интоксикация, температурная реакция, рвота, диарейный синдром.

Статистическая обработка результатов исследования. Статистический анализ проводился с использованием пакета STATISTICA.

N-количество больных, р%- проценты, t- критерий Стюдента, p-level- статистическая значимость 95%ДИ – от и до проценты в пределах 95%ДИ.

Если р меньше ($\leq 0,05$) то полученные изменения статистически значимы, если больше ($\geq 0,05$) то полученные изменения статистически незначимы.

Результаты и обсуждение: При поступлении в стационар у всех исследуемых больных детей был выражен обще инфекционный синдром в виде: лихорадки, интоксикации, снижении аппетита, сонливости, вялости, гиподинамии. Диспепсический синдром выражался рвотой, метеоризмом, урчанием живота, жидким стулом. Однако частота встречаемости клинических симптомов была неоднозначна. Аппетит отсутствовал или был снижен у 116(96,7%), сохранен только у 4(3,3%), жажда была выраженная у 81(67,5%), отсутствовала у 39(32,5%), рвота повторная или после каждого приема пищи наблюдалась у 52(43,3%), рвота не наблюдалась у 68(56,7%) больных.

Одним из проявлений синдрома дегидратации были: запавшие глазные яблоки у 81(67,5%), состояние кожной складки, которая расправлялась немедленно у 39(32,5%), менее 2 секунд у 78(65,0%), более 2 секунд у 3(2,5%).

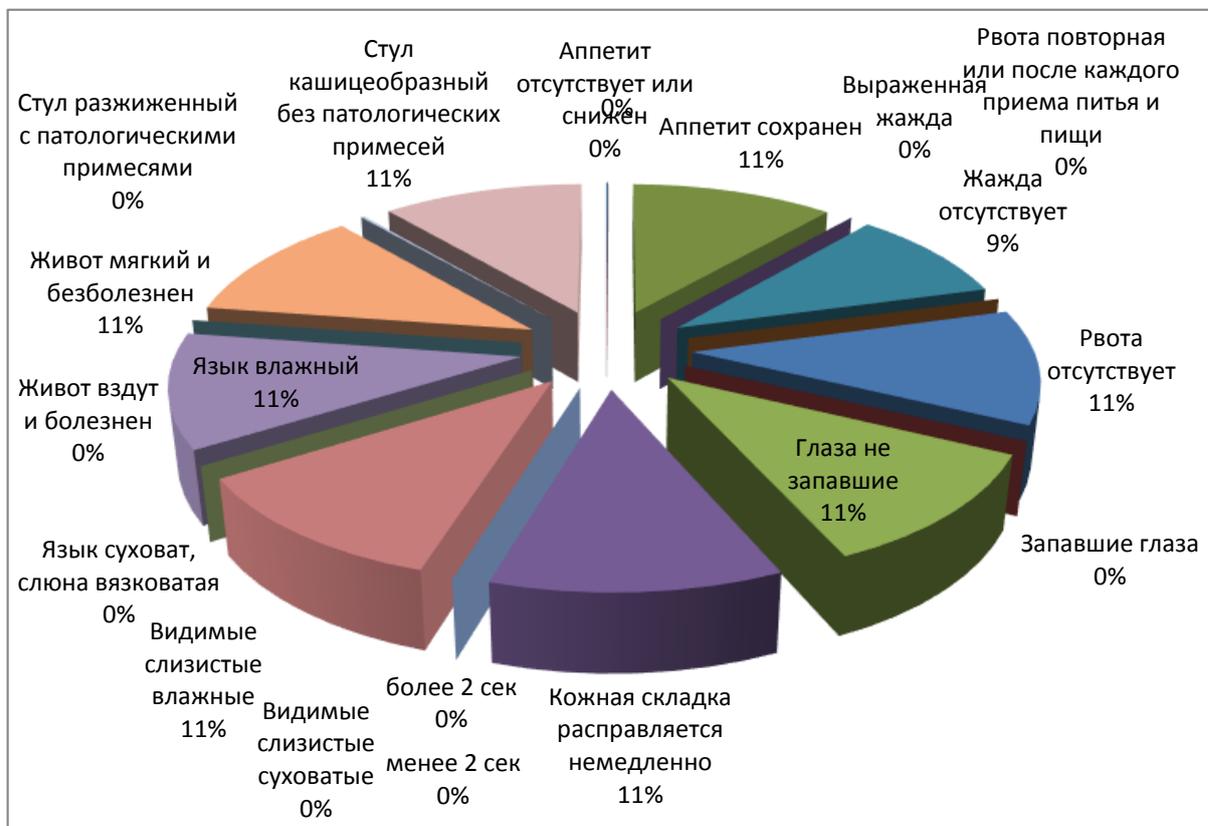


Рисунок 2 Клинические симптомы у исследуемых больных после лечения

Видимые слизистые были суховаты у 81(67.5%), влажные – у 39(32,5%), язык суховат, слюна вязкая у 81(67,5%), влажные – у 39(32,5%). Живот при пальпации вздут и болезнен у 112(93,3%), мягкий и безболезнен у 8(6,7%), разжиженный стул с патологическими примесями у 109(90.8%), кашицеобразный без патологических примесей у 11(9,2%).

Интерпретация общего анализа крови выявило воспалительные изменения у 115(95,8%) больных детей. В копроскопии слизь выявлена у 120(100%), лейкоциты до 20 в поле зрения у 56(46,7%), больше 20 у 64(53,3%), что указывает на инвазивный характер диарейного синдрома у исследуемых пациентов. На рисунке 2 представлены результаты клинических симптомов у исследуемых больных после проведенного лечения.

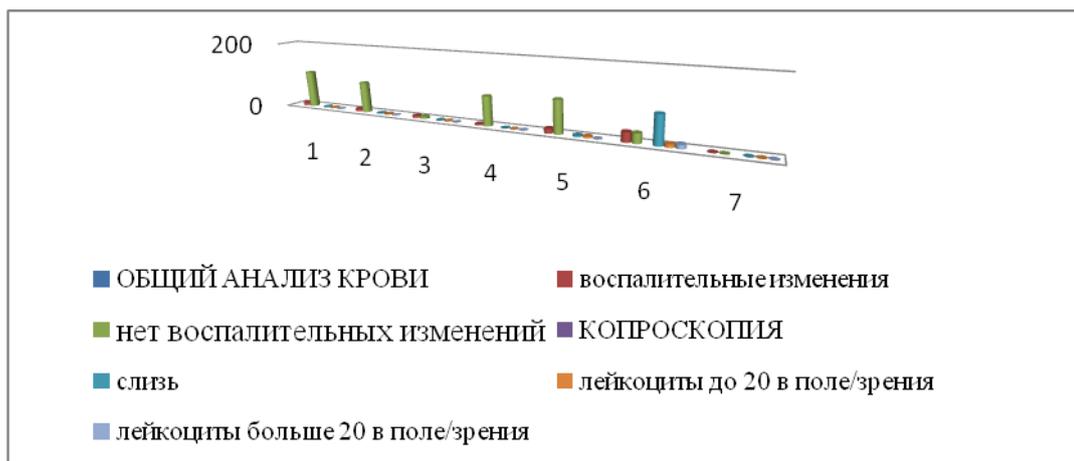


Рисунок 3.- Характеристики дополнительных лабораторных данных у обследованных пациентов после лечения

Таким образом, оценка клинического течения кишечных инфекций у исследуемых детей показал, что включение в комплексную терапию Энтерола (*saccharomycesboulardii*) способствовало сокращению продолжительности основных проявлений заболевания, улучшилось общее состояние и самочувствие, в виде уменьшения слабости, практически у всех больных улучшился аппетит, нормализовался характер стула.

Выводы. Использование Энтерола (*saccharomycesboulardii*) оказало положительное влияние на длительность основных клинических симптомов при диарейном синдроме. Использование Энтерола (*saccharomycesboulardii*) в возрастных дозировках в течение 5 дней предупреждает развитие антибиотикоассоциированной диареи у детей.

ТҮЙІН

Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е., Девдариани Х.Г.
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, балалар жұқпалы аурулар департаменті, Қарағанды, Қазақстан

БАЛАЛАРДАҒЫ АНТИБИОТИКПЕН АССОЦИАЦИЯЛАНҒАН ДИАРЕЯЛАРДЫ АЛДЫН АЛУЫ

ААД әртүрлі этиологиялық факторларының ішіндегі маңыздысы *S. Difficile*- грам оң аэробты спора түзуші, антибиотиктердің көпшілігіне тұрақты бактериялар. ААД алдын алуда пробиотиктер тиімді, оның ішінде тиімділігі бойынша ең сәтсіз Энтерол (*saccharomyces boulardii*) болып табылады, элементі пробиотиктердің ішінде №1. Ішек инфекцияларымен ауырған балалары 120 бала, олардың ішінде 6 айға дейінгі сәбилердің саны 20 (16,7%); 6 айдан 1 жасқа дейінгі -60 (50,0%), бір жасқа дейінгі балалары -40(33,3%). Гастроэнтерит синдромы 14 (11,6%) балада, 72 (60,0%) - гастроэнтероколит синдромы, ал 30 (25,0%) – энтероколит байқалған. Оптималды емдеу жоспарын таңдау және оның клиникалық тиімділігін бағалау мақсатында Энтерол (*saccharomycesboulardii*) 1 жасқа дейінгі балаларға 1 пакеттен күніне 1 рет, ал бір жасқа дейінгі балаларға 1 пакеттен күніне 1-2 рет тағайындалды. Емдеу курсы 5 күн. Использование Энтеролды (*saccharomycesboulardii*) қолдану диарея синдромында негізгі клиникалық симптомдарының ұзақтығына оң әсерін тигізді. Энтеролды (*saccharomycesboulardii*) балаларға жас шамасына қарай мөлшерлеп 5 күн бергенде антибиотикпен ассоциирленген диареялардың алдын алуға болады.

RESUME

Begaydarova R.H., Starikov Yu.G., Alshynbekova G.K., Dyusembaeva A.E., Devdariani H.G.
 Karaganda State Medical University, Department of Children's Infectious Diseases
 Karaganda, Kazakhstan

PROPHYLAXIS OF ANTIBIOTIC-ASSOCIATED DIARRHEA IN CHILDREN

C. difficile is of the greatest importance among the etiological factors of *antibiotic-associated* diarrhea (AAD). It is a gram-positive aerobic spore-forming bacteria, which resistant to most antibiotics. Probiotics have a good effect in the prevention of AAD, and Enterol (*saccharomyces boulardii*) is *probiotic No. 1 in the world because it is the most successful in the ratio of effectiveness.*

Total 120 children were examined with intestinal infections, children under 6 months of age were 20 (16,7%); from 6 months to 1 year -60 (50,0%) and over the 1 year -40(33,3%). The syndrome of gastroenteritis was in 14 children (11,6%), the gastroenterocolitis syndrome was in 72 children (60,0%), the enterocolitis was in 30 (25,0%). Enterol (*Saccharomyces boulardii*) was prescribed to children up to one year 1 packet 1 time per day, and over one year 1 packet per day 1-2 times a day in order to select the optimal treatment regimen and evaluate the clinical effectiveness. The course of treatment was 5 days. The use of Enterol (*saccharomyces boulardii*) had a positive effect on the duration of the main clinical symptoms in diarrheal syndrome. The use of Enterol (*saccharomyces boulardii*) at age dosages for 5 days prevents the development of antibiotic-associated diarrhea in children.

Бекенов Ж.Е., Уразаева С.Т., Мукаева А., Абдрахманов Е.Д.

Актюбинская противочумная станция, Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе, Қазақстан

**К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСГРАНИЧНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ АРЕАЛА
 КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ТЕРРИТОРИЮ
 АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Актуальность. Интенсивная антропогенная трансформация природных биоценологических комплексов, соседство с регионами со стойкой очаговостью, схожие ландшафтно-климатические условия обуславливают необходимость мониторинга за Конго-Крымской геморрагической лихорадкой (ККГЛ) на территории Актюбинской области. Показатели заболеваемости ККГЛ населения Республики Казахстан за 2015 - 2017 годы имеют тенденцию к повышению. Так, в 2015 году показатель составлял 0,06 на 100 тыс населения, в 2017 г.- 0,33. Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация отмечается в Жамбылской области, где показатель заболеваемости составляет 0,5-0,6 на 100 тыс. населения за последние 3 года.

Цель исследования: изучение эпизоотической ситуации по ККГЛ на территории Актюбинской области за 2013-2017 гг.

Таблица 1 - Видовой состав иксодовых клещей и показатели их пораженности вирусом ККГЛ за 2013-2017 гг. на территории Актюбинской области

Исследуемые объекты	2013		2014		2015		2016		2017	
	Кол-во	%								
<i>Hyalomma asiatica</i>	1381	97,9	1344	94,5	605	66,7	329	66,4	244	19,1
<i>Hyalomma anatolicum</i>	-	-	25	1,8	301	33,2	156	31,4	225	17,6
<i>Dermacentor marginatus</i>	4	0,3	52	3,6	-	-	-	-	545	42,7
<i>Rhipicephalus sulzei</i>	6	0,4	-	-	1	0,1	11	2,2	112	8,8
<i>Haemaphysalis umidiana</i>	20	1,4	1	0,1	-	-	-	-	151	11,8

Материалы и методы исследования: В 2013-2017гг. при обследовании территории, подконтрольной Актюбинской противочумной станции (АПЧС) проводились сборы клещей, которых в вирусологической лаборатории АПЧС методом иммуно-ферментного анализа (ИФА) исследовали на наличие вируса ККГЛ. Иксодовые клещи были собраны с попавших в орудия лова млекопитающих (грызуны и мелкие хищники) и домашних животных (верблюды, крупный рогатый скот (КРС)).

Полученные результаты и их обсуждение. За все годы наблюдений зарегистрированы 7 видов иксодовых клещей, из них на домашних животных паразитирует 4 вида. В южной пустынной части самыми массовыми видами являются клещи *Hyalomma asiatica* и *Hyalomma anatolicum*. Во всех климатических зонах наиболее заражены иксодовыми клещами крупный рогатый скот и верблюды, а в личиночной стадии клещ паразитирует на грызунах.

Таблица 2 - Показатели пораженности иксодовых клещей вирусом ККГЛ за 2013-2017гг. на территории отдельных населенных пунктов Актюбинской области

Ландшафтно-эпизоотические районы ЛЭР)	Исследуемые объекты	Исследованные клещи			
		Вид клещей	Всего	Положительные	% пораженности
Улыкүм	Верблюды-33	<i>Hyalomma asiatica</i>	128	3	
		<i>Hyalomma anatolicum</i>	64	8	12,5
		<i>Dermacentor marginatus</i>	167	5	3,0
		<i>Rhipicephalus schulzei</i>	19	2	10,5
		<i>Haemaphysalis numidiana</i>	18	15	83,3
Кишикүм	Верблюды-32	<i>Hyalomma asiatica</i>	730	141	19,1
		<i>Hyalomma anatolicum</i>	60	16	26,7
	КРС-22	<i>Hyalomma asiatica</i>	143	28	19,6
		<i>Hyalomma anatolicum</i>	27	1	3,7
		<i>Rhipicephalus schulzei</i>	10	2	20,0
		<i>Dermacentor marginatus</i>	21	-	-
	Перевязка (шұбар күзен)	<i>Hyalomma anatolicum</i>	7	2	28,6

Как видно из таблицы, от клещей, собранных с домашних животных и с отловленной средствами лова перевязки (шұбар күзен) выделены антигены возбудителя ККГЛ. Эпизоотологическое обследование территории показало наличие эпизоотии ККГЛ и распространение его от Кишикүм на восток и Улыкүм-кого ЛЭР с юга на запад. Этому способствует и увеличение количества клещей *Hyalomma anatolicum*, наблюдаемое с 2014 года на территории, обследуемой АПЧС. Таким образом, в ближайшем будущем возможно расширение ареала распространения этой грозной инфекционной болезни с приграничных южных регионов на территории Актюбинской области.

Е. Бумбуриди¹, Дафни Моффетт¹, Дж.Хэд^{2,3}, Г. Өтепбергенова⁴, Б. Ережепов⁵, Н. Бердиярова⁵,
К. Күлжанова⁵

АҚШ ауруларды бакылау және алдын алу орталықтары – Орталық Азиядағы аумақтық кеңсесі,
Алматы, Қазақстан

Қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламалары мен мектептердің қауымдастығы,
Атланта, Джорджия, АҚШ

АҚШ ауруларды бакылау және алдын алу орталықтары, Атланта, Джорджия, АҚШ

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан, Қазақстан
Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы – Оңтүстік Қазақстан облысының денсаулық сақтау басқармасы, Шымкент, Қазақстан

**2017 ЖЫЛЫ ШҚЖАА-НА ЖАТҚЫЗЫЛҒАН ӨТКІР БАСТАПҚЫ МЕНИНГИТ/ЭНЦЕФАЛИТ
ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ**

Кіріспе: Энцефалит және менингит - орталық жүйке жүйесін зақымдайтын ауыр сырқаттар. Бұл аурулар өлімнің жоғары көрсеткіштерімен сипатталады. Қазақстанның түрлі аймақтарынан алынған эпидемиоло-гиялық қадағалау деректері бойынша, 30-70% жағдайда этиология анықталмайды. Қазақстанда бактериалды менингитке, соның ішінде менингококктік менингитке бақылау бактериологиялық растау әдісін қолдана отырып жүргізіледі.

Кене энцефалитіне бақылау аймақтық зертханаларда полимеразды тізбекті реакциямен (ПТР) растау арқылы жүргізіледі. Инфекциялық аурухана деңгейінде вирустық менингит анықталмайды.

Әдіс: 2017 жылдың ақпан айынан бастап 2018 жылдың қаңтарына дейін біз Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына (ШҚЖАА) жатқызылған, стандартты анықтамаға сәйкес келетін менингит/энцефалит жағдайларын қадағаладық. Аймақ бойынша осы сырқатқа ұшырағандардың басым бөлігі осы ауруханаға келген. Науқас аудандық ауруханаға жатқызылған жағдайда оның цереброспидальді сұйықтық (ЦС) үлгісі ШҚЖАА-на жеткізілген. Зерттеуге қатысуға келіскен барлық адамдар ЦС үлгілерін тапсырды және сауалнаманы толтырды. ЦС ШҚЖАА бактериологиялық және ПТР зертханаларында зерттелген. ЦС-тацитоздар саны есептелген, лимфоцит, нейтрофил, ақуыз және глюкозаның пайызы анықталған. Қалыпты тестілеумен қатар, ЦС үлгілері Амплисенс тест жүйелері арқылы келесі патогендерге зерттелген: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enteroviruses*, *Virus Herpes Simplex 1,2*, *Virus Zoster*, *Listeria monocytogenes*. ПТР арқылы расталған энтеровирусты менингиті бар 23 ЦС үлгісі кездейсоқ таңдалып, вирустың түрін анықтау үшін республикалық вирусология зертханасында *Echo* *Coxsackie* вирусына сезімтал Her-2 RD жасуша мәдениетінде зерттелген. Деректер EpiInfo7 бағдарламасында жиналды және өңделді.

Нәтижелер: Менингит немесе энцефалит жағдайының стандартты анықтамасына сәйкес барлығы 557 жағдай тіркелген. Оның ішінде 8 (1,1%, 95% СА: 0.3-3.4%) жағдайда ЦС алынбаған. Қалған 549 жағдайдың 492-сі (89,6%, 95% СА: 81,6% - 99,3%) вирустардан, 33 (6,0%, 95% СА: 2,8% -14,6%) бактериядан және 8 (1,4%, 95% СА: 0,2% - 6,7%) екеуінен де (аралас этиология) туындаған. 12 жағдайда (2,2%, 95% СА: 1,2% -3,9%) этиология анықталған жоқ, ал төрт жағдайда құтыру клиникалық түрде тіркелді (0,7%, 95% СА: 0,2% -2,0%). Вирустық этиологиясы бар жағдайлардың 82,3% (n = 405) энтеровирустар құрды. Бактериалды және аралас этиологиямен ауыратындардың арасында *N. meningitidis* 51,2% (n = 21) анықталды. Энтеровирус менингитінің 100 мың тұрғынға шаққандағы ауру көрсеткіші 14,5 құрады, менингококктік менингиттің көрсеткіші – 0.7. Бұл көрсеткіштер қалыпты диагностика әдістерімен анықталған ресми көрсеткіштерден сәйкесінше 2.8 және 1.7 есе көп болды. Echo13 серотипі 23 энтеровирусты менингит ЦС үлгілерінің 14-де (60.9%) анықталды. Антибиотиктер вирустық этиологиясы бар жағдайлардың 97%-да (n=477) қолданылды.

Қорытынды: Ауруханаға жатқызылған және зерттелген менингит/энцефалит жағдайларының 89.6%-да (n=492) вирустық этиология болды. Оның ішінде басым бөлігі – энтеровирустар, 82.3% (n=405). ПТР әдісін менингит/энцефалитті анықтаудың қалыпты әдісі ретінде қолдану ауру көрсеткіштері бойынша нақты ақпарат алуға, ауру ошақтарының пайда болуының алдын алуға, және менингит/энцефалитті емдеу үшін қажетсіз антибиотик қолдануды болдырмауға мүмкіндік береді.

Y. Bumburidi¹, Daphne Moffett¹, J. Head^{2,3}, G. Utebergenova⁴, B. Yerezhepov⁵, N. Berdiyeva⁵, K. Kulzhanova⁵

The US Centers for Disease Control and Prevention – Central Asia Regional Office, Almaty, Kazakhstan

Association of Schools and Programs of Public Health, Atlanta, Georgia, USA

The US Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA

Khoja Akhmet Yasawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

Shymkent City Infectious Diseases Hospital –South Kazakhstan regional Health Department

Shymkent, Kazakhstan

THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF CASES OF ACUTE PRIMARY MENINGITIS/ENCEPHALITIS HOSPITALIZED IN SHYMKENT CITY INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL IN 2017

Introduction: Encephalitis and meningitis are severe diseases that damage central nervous system. They are characterized by high rates of morbidity and mortality. According to surveillance data from different regions of Kazakhstan, etiology is not deciphered in 30-70% of cases. In Kazakhstan, bacterial meningitis, including meningococcal meningitis, is monitored using a bacteriological confirmation method. Tick-borne encephalitis

is monitored using PCR confirmation in regional laboratories. Viral meningitis is not deciphered at the level of the infectious hospitals.

Method: From February 2017 to January 2018 we have established surveillance of cases of meningitis/encephalitis, corresponding to the standard case definition, hospitalized in Shymkent City Infectious Diseases Hospital(SCIDH). Most patients with meningitis/encephalitis in the region came to this hospital. When the patients were hospitalized in other hospitals in the region, their CSF samples were delivered to the SCIDH laboratory. Patients who agreed to participate in the study filled out the questionnaire and submitted CSF samples. The samples were investigated in the bacteriological and PCR laboratories of SCIDH. In the CSF, cytosis was counted, the percentages of neutrophils, lymphocytes, protein, and glucose were determined. In addition to the routine testing, CSF samples were tested in PCR using the AmpliSens test systems for: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, Enteroviruses, Virus Herpes Simplex 1,2, Virus Zoster, *Listeria monocytogenes*. 23 CSF samples with PCR-confirmed enteroviral meningitis were randomly selected and were tested in the Republican Virology Laboratory on the cell culture of RD Hep-2 sensitive to Echo Coxsackie viruses to determine the type of virus. Data was collected and processed in EpiInfo7.

Results: A total of 557 cases were recorded that met the standard definition of a case of meningitis or encephalitis. In 8 of these cases (1.1%, 95% CI 0.3-3.4%) the CSF sample was not taken. Of the remaining 549 cases, 492 (89.6%, 95% CI: 81.6% - 99.3%) were caused by viruses, 33 (6.0%, 95% CI: 2.8% -14.6%) by bacteria and 8 (1.4%, 95% CI : 0.2% - 6.7%) by both (mixed etiology). 12 cases (2.2%, 95% CI 1.2% -3.9%) had no etiology and four were clinically registered for rabies (0.7%, 95% CI: 0.2% -2.0%). Enteroviruses accounted for 82.3% (n = 405) of cases with a viral etiology. Among the cases with bacterial and mixed etiology, *N. meningitidis* was determined in 51.2% (n = 21). Disease incidence rate per 100 thousand population of enterovirus meningitis was 14.5, and for meningococcal meningitis – 0.7. Those indicators were 2.8 and 1.7 times higher than those officially recorded using routine diagnostic methods. The serotype Echo13 was determined in 14 (60.9%) of 23 samples of CSF of the enteroviral meningitis. Antibiotics were used for treatment in 97% (n = 477) cases with a viral etiology.

Conclusions: 89.6% (n = 492) of hospitalized and examined cases of meningitis / encephalitis had a viral etiology, among which enteroviruses prevailed - 82.3% (n = 405). The use of the PCR method for routine diagnosis of meningitis / encephalitis will allow to have accurate data on morbidity, timely detection of outbreaks and avoid unreasonable use of antibiotics for treatment in case of meningitis / encephalitis with a viral etiology of the disease.

Е. Бумбуриди¹, Дафни Моффетт¹, Дж.Хэд^{2,3}, Г. Утепбергенова⁴, Б. Ережепов⁵, Н. Бердиярова⁵,
К. Кульжанова⁵

Американские Центры по контролю и профилактике заболеваний – Региональный офис в
Центральной Азии, Алматы, Казахстан

Ассоциация школ и программ общественного здравоохранения, Атланта, Джорджия
Центры по контролю и профилактике заболеваний, Атланта, Джорджия, США

Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан

Шымкентская городская инфекционная больница–Управление здравоохранения Южно-
Казахстанской области, Шымкент, Казахстан

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ ПЕРВИЧНЫХ МЕНИНГИТОВ/ ЭНЦЕФАЛИТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ШГИБ В 2017г

Введение: Энцефалиты и менингиты - тяжелые заболевания с поражением центральной нервной системы, характеризующиеся высокими показателями заболеваемости и летальности. Согласно данным эпиднадзора из разных регионов Казахстана у 30-70% случаев этиология не расшифровывается. В Казахстане проводится эпиднадзор за бактериальными менингитами, включая менингококковый менингит с использованием бактериологического метода подтверждения и клещевым энцефалитом (ПЦР подтверждение в областных лабораториях). Вирусные менингиты на уровне инфекционного стационара не расшифровываются.

Методы: В период с февраля 2017г. по январь 2018г. мы установили эпиднадзор за случаями менингита /энцефалита, соответствующими стандартному определению случая, госпитализированными в инфекционный стационар г.Шымкента (ШГИБ). Куда поступало большинство случаев из области. При госпитализации в районную ЦРБ ликвор доставлялся в

лабораторию ШГИБ. У всех больных, согласных участвовать в исследовании, отбирался ликвор и заполнялась анкета. Ликвор был исследован в бактерио-логической и ПЦР лабораториях ШГИБ. В ликворе подсчитывался цитоз, определялся процент нейтрофилов и лимфоцитов, белок, глюкоза. Дополнение к рутинному тестированию, образцы ликвора были исследованы в ПЦРс использование тестсистем производства Амплисенс на: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enteroviruses*, *Virus Herpes Simplex 1,2*, *Virus Zoster*, *Listeria monocytogenes*. 23 образца СМЖ с подтвержденным в ПЦР энтеровирусным менингитом были выбраны случайным методом и были исследованы в Республиканской вирусологической лаборатории на клеточной культуре RD Her-2 чувствительных к вирусам Echo Coxsackie для определения типа вируса. Данные собирались и обрабатывались в программе EpiInfo7.

Результаты: Всего зарегистрировано согласно стандартному определению случая менингита или энцефалита 557 случаев, из них у 8 (1,1%, 95%ДИ: 0,3-3,4%) случаев ликвор не был забран. Из оставшихся 549 случаев: 492 (89,6%, 95% ДИ: 81,6% - 99,3%) были вызваны вирусами, 33 (6,0%, 95% ДИ: 2,8% -14,6%) бактериями и у 8 (1,4%, 95% ДИ: 0,2% - 6,7%) обоими (смешанная этиология). У двенадцати случаев (2,2%, 95% CI: 1,2% -3,9%) этиология была не определена и у четверых (0,7%, 95%ДИ: 0,2% -2,0%) зарегистрировано бешенство клинически. Энтеровирусы составили 82,3% (n=405) от случаев с вирусной этиологией. Среди случаев с бактериальной и смешанной этиологией, *N. meningitidis* была определена у 51,2% (n=21). Областной показатель заболеваемости на 100 тысяч населения энтеровирусным менингитом составил 14,5 и менингококковым менингитом - 0,7. Установленные показатели были в 2,8 и 1,7 раз выше официально учтенных с использованием рутинных методов диагностики. Серотип Echo13 был определен у 14 (60,9%) из 23 образцов ликвора энтеровирусного менингита. Антибиотики использовались для лечения у 97% (n=477) случаев с вирусной этиологией.

Выводы: 89,6% (n=492) госпитализированных и обследованных случаев менингитов/энцефалитов имели вирусную этиологию, среди которых преобладали энтеровирусы - 82,3% (n=405). Использование метода ПЦР для рутинной диагностики менингитов/энцефалитов позволит иметь точные данные по заболеваемости, своевременно выявлять вспышки и избегать необоснованного применения антибиотиков для лечения в случае менингитов/энцефалитов с вирусной этиологией заболевания.

Джолдасова А.А.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии
Научный руководитель: к.м.н., и.о. профессора **Абуова Г.Н.**
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ Г. ШЫМКЕНТ

Актуальность. Во всем мире менингиты продолжают оставаться одной из самых распространенных форм поражения центральной нервной системы, как у взрослых, так и у детей [1]. Частота менингитов среди всех органических заболеваний нервной системы составляет 27-29%, но она может изменяться в зависимости от эпидемической обстановки [2]. В течение последних лет в Казахстане, как и в других странах мира, наблюдается возрастание числа пациентов, в первую очередь детей, больных серозными менингитами. Несмотря на преимущественно благоприятное течение, в ряде случаев это заболевание может протекать тяжело, приводить к летальным исходам и инвалидизации детей [3].

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологических данных серозных менингитов у детей г. Шымкент.

Материалы и методы. В ходе исследования нами были проанализированы истории болезни 70 детей в возрасте от 7 мес. до 17 лет, находившихся на лечении с диагнозом «серозный менингит» в ГИБ г. Шымкент за 2017 год.

Результаты и обсуждение. Оценка распределения пациентов по возрасту позволила выявить, что среди заболевших преобладали дети дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) - 57,1% и школьного возраста (от 7 до 17 лет) - 38,6% и только 4,3% приходилось на детей младшего возраста, из них до 1 года заболел всего 1 ребенок. Рост заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста вероятнее всего обусловлен тесным контактом с окружающими, а дети младшего возраста более ограничены в контактах. По полу преобладали мальчики (55,7%).

В результате анализа заболеваемости серозным менингитом в зависимости от сезона года установлено, что большая часть детей заболела летом (24,3%) и осенью (57,1%) и незначительное количество – зимой и весной. Основная заболеваемость, приходящаяся на лето-осень, объясняется тем, что все больные были менингитом энтеровирусной этиологии. Анализ анамнестических данных позволил установить, что большинство детей (85,7%) поступило в стационар в первые двое суток от начала заболевания.

При оценке особенностей клинического течения заболевания ведущими симптомами были: головная боль (95,7%), повышение температуры тела (100%), рвота (95,7%), не приносящая облегчения, в среднем частота была 3-4 раза. Так же отмечались слабость, снижение аппетита, вялость, недомогание. Из менингеальных знаков в 100% случаев отмечалась ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и Брудзинского отмечались у 15,7% больных, в двух случаях были слабо положительными. Осложнения отмечались у двух пациентов в виде нейротоксикоза и миалгии.

При изучении лабораторных показателей выявлено, что в гемограмме в большинстве случаев отмечались слабо выраженные изменения (лейкоцитоз, увеличение СОЭ)

При проведении люмбальной пункции в 92,9% случаев ликвор был прозрачный, бесцветный, в 7,1% слегка мутный. Ликвор характеризовался двух-, трехзначным цитозом.

Средняя продолжительность госпитализации составила 9,6 дней. Почти все больные выписаны с выздоровлением.

Заключение. Исследование показало, что в возрастной структуре серозных менингитов преобладают дети дошкольного (57,1%) и школьного (38,6%) возраста. Заболевание имело сезонный характер. Классическая триада менингеальных симптомов сохраняется и в настоящее время. Ригидность затылочных мышц с триадой менингеальных симптомов является показанием для спинномозговой пункции, при отрицательных симптомах Кернига и Брудзинского. Осложнения при серозных менингитах встречаются редко. Больные выписываются с выздоровлением, это свидетельствует о том, что серозные менингиты имеют доброкачественное течение.

Литература

1. Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В., Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. – М.: Медицина, 2004. – С.254-256
2. Гузева В.И. руководство по детской неврологии – М.:МИА, 2009 –273 с.
3. Куттыкужанова Г.Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика серозных менингитов у детей г. Алматы. – Medicine, №12, 2014 – 67 с.

Дмитровский А.М.¹, Исакова Ф.А.², Аскарлов Д.², Азизханов П.²
Филиал НЦБ в ЦРЛ, Алматы¹, Казахский национальный медицинский университет
им.С.Д.Асфендиярова², Алматы, Казахстан

ОБ УЧАСТИИ КАЗАХСТАНА В МЕЖДУНАРОДНЫХ СОГЛАШЕНИЯХ ПО СОВРЕМЕННЫМ ВЫЗОВАМ В ОБЛАСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Усиление процессов глобализации, развитие производства и экспортно-импортных торговых отношений с перемещением товаров, включая продукцию животного и растительного происхождения с одной стороны. Социальная напряженность и военные конфликты в отдельных регионах мира с другой стороны приводят к разрушению существующих санитарно-эпидемиологических структур и массовой миграции населения, прежде всего из крайне неблагополучных в эпидемиологическом плане регионов. Появление быстро распространяющихся вспышек опасных инфекций, активация известных и вакциноуправляемых инфекций, а также распространение опасных эндемичных инфекций за пределы их природных очагов - это современные вызовы безопасности населения в мире. Значительный вклад в ухудшение эпидемической обстановки вносит генетическая модификация существующих опасных патогенов в эндемичных территориях экваториальной Африки и Юго-Восточной Азии и появление новых патогенов, которые в дальнейшем быстро мигрируют на новые территории, приобретая иногда эпидемическое или даже пандемическое распространение.

Новые вызовы требуют от мирового сообщества постоянного контроля за инфекционной заболеваемостью людей, животных и растений, совершенствования лабораторно-этиологической диагностики, эпидемиологического надзора и системы противоэпидемических и профилактических мероприятий. ВОЗ и другие международные сообщества, научные ассоциации и университеты

разрабатывают и внедряют международные программы, направленные на мониторинг опасных инфекций, имеющих тенденцию к эпидемическому и пандемическому распространению. Они также создают группы «быстрого реагирования» при возникновении опасных вспышек и эпидемий и всемирные «банки» (коллекции) патогенов (их генетического материала), что позволяет своевременно выявлять и источники инфекций и пути их распространения. При ухудшении эпидемиологической ситуации и возникновении новых очагов пандемии инфекций возникают условия для реального роста биологических угроз и для безопасности государства.

Биологическую угрозу представляют не только известные возбудители инфекционных болезней, но и лабораторно-модифицированные микроорганизмы, а также клеточные компоненты и генетические конструкции, созданные в лабораторных условиях. Использование патогенов особо опасных инфекций в локальных войнах известно из истории человечества, но развитие технологических возможностей для создания биологических средств на основе генной инженерии привело к появлению биологического оружия как оружия массового поражения.

Под биологической безопасностью понимают систему защиты населения и окружающей среды от биологического оружия и предотвращения биотеррористических атак, могущих вызвать массовые эпидемии среди населения в кратчайшие сроки. Понимание воздействия биологического оружия на безопасность государств привело к консолидации стран по запрещению их применения.

В 1925 году в Женеве представители 37 государств подписали протокол о запрещении применения бактериологического оружия в военных действиях (Женевский протокол). Несмотря на нарушение некоторыми государствами положений Женевского протокола усилиями большинства стран Конвенция о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсинного оружия и их уничтожении (КБТО) одобрена Генеральной Ассамблеей ООН и ратифицирована. Положения Протокола вошли в обычное международное право. Сейчас участниками конвенции являются 163 государства, депозитариями этого договора являются Соединенное Королевство, Соединенные Штаты Америки и Российская Федерация. Республика Казахстан приняла Закон о ратификации КБТО (10 апреля 1972 года от 7 мая 2007 года N 245). В рамках стратегии противодействия современным угрозам в области биологической безопасности в Казахстане построена современная референтная лаборатория, что позволит качественно улучшить лабораторную диагностику опасных инфекций людей и животных, проводить научные проекты и подготовку специалистов на уровне международных стандартов для всего региона Центральной Азии.

А.М. Дмитриевский¹, С.М. Мамадалиев¹, Ф.А. Исакова², Л.Т. Ералиева², Р.А. Егембердиева², Г.А. Утепбергенова³, К.Ж. Камытбекова³, Е.А. Пак³

Филиал НЦБ в ЦРЛ, Казахский национальный медицинский университет
им.С.Д.Асфендиярова², Алматы, Казахстан

Казахско-турецкий международный университет им. Х.Яссауи³, Шымкент, Казахстан

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ БИОБЕЗОПАСНОСТИ И БИОЗАЩИТЕ В РАМКАХ ПРОЕКТА 53 В КАЗАХСТАНЕ

Специалисты, работающие в лабораториях, должны следовать принципам лучшей международной лабораторной практики, одним из аспектов которой является биобезопасность и биозащита, позволяющая предотвратить их контакт с патогенами, с одной стороны, не допустить контаминации образцов, штаммов, биологических и генетических материалов, - с другой, а также возможности несанкционированного выноса биологических материалов из лаборатории случайного или преднамеренного, - с третьей.

Проект 53 является инициативой центров передового опыта Европейского Союза по снижению химических, биологических, радиологических и ядерных рисков (EU CBRN CoE). Целью этой инициативы является укрепление потенциала стран, не входящих в ЕС, для устранения рисков по CBRN путем реализации проектов, по повышению опыта и потенциала местных специалистов, а также поддержку долгосрочной устойчивости путем создания всемирной сети сотрудничества.

В рамках проекта 53 совместно со специалистами ЕС из Англии и Нидерландов в октябре 2017 года нами было подготовлено 15 казахстанских тренеров по биобезопасности из Алматы, Астаны, а также Караганды, Семей, Шымкента, Уральска, из 11 учреждений 3 министерств – МЗ, МОН и МСХ, и 12 тренеров из Узбекистана.

В последующем подготовленные казахстанские тренеры в течение 2017-2018 гг. уже провели подготовку по биобезопасности 46 лабораторных специалистов и 70 студентов.

В 2018 году совместно со специалистами ЕС на базе филиала НЦБ в ЦРЛ (Алматы) был проведен тренинг по работе в шкафу биобезопасности 3 класса (FFI) и проведению ПЦР исследования.

Также специалистами филиала НЦБ в ЦРЛ совместно с местными тренерами было проведено два тренинга по безопасной работе с большими ККГЛ, обращению с образцами и использованию средств индивидуальной защиты в Шымкенте и Таразе.

На 2018 год в рамках проекта 53 запланировано проведение еще 9 тренингов в различных областях Казахстана по лабораторной, клинической и полевой биобезопасности. В том числе запланирован еще один тренинг совместно со специалистами ЕС на базе филиала НЦБ в ЦРЛ (Алматы) по работе с потенциально опасными образцами в шкафу биобезопасности 3 класса (FFI) и ПЦР исследованиям, а также один тренинг в головном филиале НЦБ в Астане.

Финансовую поддержку проведению этих тренингов оказывает Европейский МНТЦ.

Совместно со специалистами Центрально-Азиатского офиса CDC нами были разработаны учебные программы для подготовки студентов по биобезопасности и биозащите, которые будут использоваться в медицинских университетах РК с будущего учебного года.

В перспективе мы видим создание на базе филиала НЦБ в ЦРЛ (Алматы) международного и регионального центра по подготовке специалистов по биобезопасности и биозащите, который будет активно сотрудничать как с соответствующими европейскими, американскими, так и с российскими, а также центрами и университетами из других регионов, и в плане биобезопасности и биозащиты, и в плане проведения совместных научных исследований.

Жумаева З.Ж., Жумаева А.А., Манасова И.С.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы: По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется до 275 млн. диарейных заболеваний детей и взрослых, что со всей очевидностью иллюстрирует важную роль кишечных заболеваний в инфекционной патологии человека, который по своей распространенности уступает лишь респираторным инфекциям. Основным этиологическим агентом ОКИ у детей является ротавирус. Доля ротавирусной инфекции в структуре ОКИ колеблется от 8 до 73%, что определяется сезонностью заболеваний.

Целью нашей работы явилось проанализировать особенности распространения респираторных инфекций у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Наблюдение детей проводилось с момента поступления и до выписки из стационара. Была разработана карта наблюдения, включающая себя данные опроса, изучения жалоб, характеристику общего состояния, клинических проявлений заболевания и результаты обследования. Диагностика ротавирусной инфекции проводилось на основании характерных клинических проявлений, метода иммуноферментного анализа. Из больных госпитализированных в ОДИБ за 2016 год по поводу ОКИ РВИ была подтверждена (обнаружением антигенов ротавируса методом ИФА в фекальных массах больных) в 118 случаях. Все полученные данные при клинических и лабораторных исследованиях были обработаны статистически. Преимущественное число заболевших составили дети в возрасте от 0 до 3-х лет - 68, старше 3 - 50. Мальчиков среди заболевших РВИ было 58, девочек - 60. Большинство случаев (88,4%) ротавирусная инфекция у детей протекала в среднетяжелой (57,2%) или тяжелой формах (31,2%) и, чаще всего (у 83,8 %) по типу гастроэнтерита. Ведущими клиническими синдромами явились лихорадка различной степени, выраженность симптомов интоксикации эксикоза, диарейный синдром. В 86% случаев заболевание начиналось остро. Лихорадка была на уровне 38,1-39,0С и продолжительностью 1-3 дня. Рвота появлялась на первые сутки заболеваний и чаще сохранялась не более двух дней. Рвота была повторной и многократной у (81%) детей. Клиническое течение ротавирусной инфекции у детей различного возраста имело некоторые особенности и находилось в прямой зависимости от характера инфекционного процесса, возраста ребенка и особенностей преморбидного фона.

Зубайдуллаева М.Т., Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Султанова Г.Ю.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Ключевые слова: СПИД, ВИЧ-инфекции, атеросклероз, миокардит

Заболевания сердечно-сосудистой системы при ВИЧ-инфекции регистрируются довольно редко, однако на аутопсии у 60% умерших от СПИДа обнаруживают различные изменения сердца. Они могут быть связаны с развитием вторичных заболеваний либо непосредственно с действием самого ВИЧ, а также с токсическим влиянием некоторых препаратов или наркотиков. По данным ряда авторов, среди ВИЧ инфицированных детей, 25% умирают от сердечной недостаточности до 10-летнего возраста, из выживших – 28% страдают от сопутствующих сердечно-сосудистых осложнений [5]. В мультицентровом исследовании 57% ВИЧ–инфицированных пациентов имели клинически бессимптомные отклонения на электрокардиограмме [2,5,6].

К типичным сердечно-сосудистым осложнениям, наблюдающимся у ВИЧ–инфицированных больных, являются дилатационная кардиомиопатия, (ДКМП), заболевания перикарда, эндокардиты, легочная гипертензия, миокардит и опухолевые поражения сердца, коронарная болезнь сердца, поражение клапанов сердца, аритмии, венозный тромбоз, легочная эмболия[9].

Перикардит - самое часто встречающееся при ВИЧ-инфекции поражение сердечно-сосудистой системы, которое на аутопсии выявляют в 37% случаев. Перикардит может протекать как с тампонадой сердца, так и без нее. Перикардальный выпот - одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых осложнений у ВИЧ-инфицированных пациентов. Ежегодно оно встречается в 21–40 % случаев, а у 9 % пациентов развивается тампонада сердца. Спонтанное выздоровление при перикардальном выпоте происходит в 42% случаев. Однако, несмотря на то, что большинство выпотов небольшие и бессимптомные, выживаемость у таких больных ниже, чем в группе без выпота [3,9].

Исследователи выделяют следующие причины возникновения перикардиальных выпотов: идиопатические (повышение проницаемости капилляров), обусловленные наличием опухолей (саркома Капоши, лимфома), бактериальные, вирусные, грибы/простейшие и наличие гипотиреоза у больных с ВИЧ инфекцией. При этом характер перикардиального выпота может быть разнообразным в зависимости от этиологического агента. Так, саркома Капоши может стать причиной кровотечения в полость перикарда и тампонады сердца с летальным исходом [7].

Возникновение клинических признаков поражения перикарда у ВИЧ-инфицированных пациентов может быть обусловлено наличием как самой инфекции, так и оппортунистических инфекционных заболеваний, злокачественных новообразований, а также других неинфекционных факторов. Основной и/или метод диагностики –эхокардиография. Для определения этиологии выпота используются следующие методы: исследование перикардиальной жидкости; перикардиоскопия; биопсия эпикарда/перикарда [4]. Клиничес-кие перикардит проявляется с болями за грудиной, одышкой, лихорадкой, усталости, сухим кашлем, шум трения перикарда, иногда отеками на нижних конечностях и передней брюшной стенки. При развитии клинических (одышка, снижение АД, набухшие шейные вены, глухие сердечные тоны, тахикардия, парадоксальный пульс) и/или эхокардиографических (парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, коллабирование сердца) признаков угрожающей тампонады единственным эффективным методом лечения может быть только перикардиоцентез. Однако, несмотря на отсутствие показаний к перикардиоцентезу, необходимо верифицировать причину выпота, поскольку от этого будет зависеть выбор медикаментозных препаратов. Прежде следует исключить перикардиты туберкулезной и опухолевой природы [8,9].

Если у пациента не отмечено признаков тампонады, возможно консервативное его ведение. Кон-сервативная терапия включает применение антибиотиков широкого спектра действия, противогрибковых препаратов и диуретиков. Использование кортикостероидов и нестероидных противовоспалительных препаратов не рекомендовано, так как это сопровождается увеличением смертности.

Легочная гипертензия - наблюдается у больных с наличием нескольких легочных инфекций, например пневмоцистной пневмонии (рецидивы) в сочетании с другими вторичными заболеваниями. На аутопсии расширение правого желудочка обнаруживают у 15% больных. По данным национальных регистров неко-торых стран Европы распространенность ВИЧ ассоциированной легочной артериальной гипертен-зии (ЛАГ), составляет 6,2% от всех больных с первичной легочной

гипертензией [1, 10]. Среди больных с ВИЧ-инфекцией распространенность ЛАГ в 6-12 раз выше, чем в общей популяции [10,11]. ЛАГ – это прогрессирующее состояние, характеризующееся повышенным легочным артериальным давлением и прогрессирующей правожелудочковой недостаточностью.

ЛАГ при ВИЧ-инфекции не достаточно изучен, вероятнее всего следует предполагать мультифакторные механизмы повышения давления в легочной артерии. У большинства пациентов при выполнении аутопсии выявляют сужение легочной артерии, ее ветвей, что может свидетельствовать о наличии артериопатии и ее связи с ВИЧ. Повреждение альвеолярных макрофагов ВИЧ приводит к увеличению содержания супероксидных анионов, ФНО- α , протеолитических ферментов, которые являются токсичными и вызывают развитие воспаления в стенке сосуда. Они также обуславливают повышение адгезии лейкоцитов и эндотелиальной пролиферации. В клинической картине преобладают одышка, усталость, головокружение, кардиалгия, сердцебиение, цианоз, синкопы, отеки нижних конечностей, увеличение живота. Основным методом диагностики ЛАГ является катетеризация сердца, но в рутинной практике проведение катетеризации бывает не доступно и для установления диагноза преимущественно используют неинвазивную доплер эхокардиографию.

Как правило, при доплеровском исследовании определяют скорость потока трикуспидальной регургитации и рассчитывают систолическое давление в легочной артерии. Помимо того находят расширение полостей правых отделов сердца, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки и признаки регургитации на трикуспидальном и клапане легочной артерии, свидетельствующее о недостаточности. Более точная диагностика ЛАГ осуществляется при катетеризации сердца, с помощью которого определяют среднее давление в легочной артерии.

Диагноз ЛАГ устанавливают при среднем легочном артериальном давлении > 25 мм рт. ст., давлении заклинивания легочных капилляров или конечного диастолического давления левого желудочка < 15 мм рт. ст. и легочного сосудистого сопротивления > 3 единиц Вуда (1 ед. Вуда = 80 дин \times с \times см $^{-5}$). Дополнительными диагностическими признаками ЛАГ являются рентгенологические (расширение тени легочной артерии и правой границы сердца) и электрокардиографические (отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия и перегрузка правого желудочка). Развитие ЛАГ при ВИЧ-инфекции ухудшает прогноз. ЛАГ чаще развивается у больных, непринимаящих антиретровирусную терапию. Подключение антиретровирусной терапии способствует снижению давления в легочной артерии. Пациенты с ВИЧ должны принимать антиретровирусную терапию также и с целью профилактики ЛАГ. Медикаментозная терапия включает вазодилататоры – антагонисты кальция (с учетом острого теста на вазодилататоры), диуретики и антикоагулянты. В исследованиях показана эффективность подкожного введения аналогов простаглицлина и эпопростенола в сочетании с антиретровирусной терапией простаглицлина – эпопростенол, простаглицлин (илопрост), антагонисты рецепторов эндотелина (бозентан).

При ВИЧ-инфекции миокардит с выраженной симптоматикой встречается редко. Очаговый миокардит регистрируется в 15-50% патологоанатомических исследований. Диффузный миокардит развивается крайне редко [4,10,11].

По данным литературы до начала антиретровирусной терапии более чем у 50% пациентов при эндомикардиальной биопсии выявлялись признаки миокардита. Кроме того, еще у 10% ВИЧ-инфицированных в биоптатах миокарда обнаруживались другие инфекционные агенты, в частности вирусы Коксаки В, Эпштейна-Барр, аденовирус, цитомегаловирус. Предполагается, что ВИЧ вызывает развитие миокардита как при прямом воздействии на кардиомиоциты, так и в результате непрямого воздействия токсинов. Поражение миокарда может быть результатом действия цитокинов, выделяемых пораженными ВИЧ моноцитами и лимфоцитами. Другим механизмом нарушения функции сердечной мышцы является аутоиммунный. В 25-30% случаев причиной миокардита могут быть токсоплазмы, грибы рода *Candida*, кокцидии, вирусы Коксаки В, Эпштейна-Барр, цитомегаловирус. Оппортунистические инфекции также приводит к повреждению миокарда и могут вызывать даже клинически выраженную сердечную недостаточность. Метаболические нарушения играют важную роль на поздних стадиях ВИЧ [4,11,15]. Недостаточность питания (калорийная, недостаток микроэлементов, например селена), карнитина, витамин В12 может быть обусловлен хронической диареей, нарушениями всасывания в желудочно-кишечном тракте. Ряд препаратов, используемых для лечения осложненной ВИЧ, ассоциируются с развитием ДКМП. К ним относят амфотерицин В, доксорубин, фоскарнет, а также токсическое действие различных препаратов. Описаны случаи развития кардиомиопатии при употреблении интерлейкина-2, α -интерферона, фоскарнета, а также алкоголя и кокаина.

Лечение ДКМП у пациентов с ВИЧ такое же, как и у больных с любой неишемической кардиомиопатией. Оно включает применение ингибиторов ангиотензин превращающего фермента

(АПФ), диуретиков, антагонистов альдостерона, дигоксина, бета-блокаторов. На сегодняшний день отсутствуют исследования, подтверждающие эффективность специфического лечения ДКМП (например, эффективность внутривенного введения иммуноглобулина). ЭхоКГ после начала терапии необходимо проводить каждые 4 мес. Прогноз у пациентов с ВИЧ и ДКМП неблагоприятный. Их смертность возрастает независимо от пола, возраста, группа риска ВИЧ и уровня CD-4 - лимфоцитов.

Инфекционный эндокардит. Большинство эндокардиальных повреждений у ВИЧ-инфицированных больных связано с небактериальным тромботическим эндокардитом. Он идентифицируется у 3-5 % пациентов с ВИЧ и у большинства больных СПИДом [7,8,11,14]. Течение ИЭ на фоне ВИЧ/СПИДа у инъекционных наркоманов в целом соответствует особенностям, характерным для ИЭ у потребителей внутривенных наркотиков без ВИЧ-инфекции. Отличительными особенностями ИЭ у этой категории пациентов являются большая тяжесть поражения легких, его диссеминированный характер, более существенное нарушение оксигенации тканей, большая выраженность легочной гипертензии и гематологических нарушений (лимфопения, анемия), а также поздняя диагностика ИЭ. Трудности диагностики ИЭ на фоне ВИЧ-инфекции обусловлены многообразием причин возникновения длительной лихорадки, что должно ориентировать врачей на своевременное выполнение трансторакальной эхокардиографии при длительной лихорадке у ВИЧ-инфицированных пациентов. Лечение инфекционного эндокардита проводят согласно рекомендациям. Введение антибиотиков, как правило, осуществляют внутривенно. Показаниями к оперативному лечению у пациентов с высокой ожидаемой продолжительностью жизни служат нестабильная гемодинамика, неэффективность антибиотикотерапии (не получена стерильная гемокультура на фоне лечения), тяжелая деструкция клапана. Несмотря на то, что клиническая картина эндокардита идентична у пациентов с ВИЧ-инфекцией и без нее, выживаемость у ВИЧ-инфицированных больных хуже. На конечных этапах развития ВИЧ встречается молниеносное течение этого осложнения. Клинические проявления ИБС у ВИЧ-инфицированных лиц отличаются от людей, которые имеют традиционные факторы риска. С демографической точки зрения пациенты с ВИЧ и острым коронарным синдромом (ОКС) в среднем более чем на 10 лет моложе, чем неинфицированные лица группы контроля. Чаще всего это курящие мужчины, которые имеют низкий уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).

Атеросклероз у лиц с ВИЧ-инфекцией, по всей видимости, отличается от аналогичного патологического процесса у лиц общей популяции. Так, по данным аутопсий пациентов молодого возраста, умерших от ВИЧ-инфекции (HIV-1), оказалось, что атеросклеротический процесс развивался ускоренно, а патологические очаги имели морфологическую структуру, промежуточную между таковыми при «обычной» ИБС и трансплантационной васкулопатии.

Считается, что ключевую роль в развитии атеросклероза при отсутствии ВИЧ-инфекции играют хроническое воспаление и активация Т-клеток. Механизм развития раннего атеросклероза при ВИЧ-инфекции не вполне понятен, но аналогичным образом может быть связан с более выраженной сосудистой воспалительной реакцией.

У ВИЧ-инфицированных лиц широко распространены и «традиционные» кардиоваскулярные факторы риска, поэтому при ведении таких пациентов их обязательно следует учитывать. Отказ от курения, изменение образа жизни, диета, упражнения, адекватная терапия гипертензии и диабета – меры, которые выполняются в обязательном порядке, приводит к снижению риска развития ИБС у больных с ВИЧ инфекцией. Таким образом, в настоящее время ВИЧ-инфекция представляет собой серьезную проблему как для инфекционистов, так и для врачей других специальностей. Благодаря внедрению в клиническую практику антиретровирусной терапии выживаемость ВИЧ инфицированных увеличивается, но при этом возрастают факторы риска кардиоваскулярных заболеваний таких как: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС. С другой стороны, недостаточное использование специфической терапии ВИЧ приводит к повышению частоты развития таких осложнений, как ДКМП, перикардиальные выпоты, легочная гипертензия, эндокардиты, что свидетельствует о необходимости более широкого назначения антиретровирусной терапии и проведения регулярного обследования пациентов для раннего выявления у них сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция / Изд. 2-е, перераб., доп. - СПб.: Питер.- 2003. 368 с.
2. Бартлетт Дж., Галлант Д.//Клинические аспекты ВИЧ-инфекции, Москва. 2007. Демин А.А., Дробищева В.П. Бактериальные эндокардиты у ВИЧ инфицированных ПИН. 2003.

3. Особенности течения инфекционного эндокардита на фоне ВИЧ/СПИДа у инъекционных наркоманов. Пономарева Е.Ю., Рощина А.А., Ребров А.Р. // Клиницист. Научно-практический журнал 2011, №3.- стр.19-22.
4. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы ВИЧ-инфицированных пациентов на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии. Черноусова Анна Рустемовна. Автореферат дисс. канд. мед. наук 2007г. Г.Москва.
5. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции. М. 2010. - 276с.
6. Особенности течения инфекционного эндокардита на фоне ВИЧ/СПИДа у инъекционных наркоманов. Пономарева Е.Ю., Рощина А.А., Ребров А.Р. // Клиницист. Научно-практический журнал 2011, №3.- стр.19-22.
7. ЮНЭЙДС, Отчет о глобальной эпидемии ВИЧ, 2013. www.unaids.org.
8. Якушин С.С., Филиппов Е.В. ВИЧ-инфекция и сердечно-сосудистые осложнения. Клиницист. Научно-практический журнал 2011, №2.- стр.6-11.
9. Barbaro G. Heart and HAART: Two sides of the coin for HIV-associated cardiology issues // World J. Cardiol. – 2010. - v. 2 (3).-P.53-57.
10. Barbara G. Cardiovascular manifestations of HIV infection // J. R. Soc Med. - 2001 August.- v.94(8) - P.384-390.
11. Bozzette S., Ake C.F., Tam H.K., et al. Cardiovascular and cerebrovascular events in patients treated for human immunodeficiency virus infection // N. Engl. J. Med. -2003.- v. 348. - P. 702-710.
12. Currie P.F., Jacob A.J., Foreman A.R., et.al. Heart muscle disease related to HIV infection: prognostic implications // BMJ.-1994. v. 309 - P. 1605 – 1607.
13. Currie P.F., Boon N.A. Immunopathogenesis of HIV-related muscle disease: current respective. AIDS.- 2003. v. 17 (Suppl 1). P. 21 –28.
14. Global HIV/AIDS Medicine. Volberding P.A., Sande M.A., Lange J., et al. eds. Philadelphia, PA^ WB Saunders.-2008.
15. Kaul S., Fishbein M.C., Siegel R.J. Cardiac manifestations of acquired immunodeficiency syndrome: f1991 update // Am. Heart. J.- 1991.-v.122.-P.535-544.
16. Lipshultz S.E., Fisher S.D., Lai W.W., Miller T.L. Cardiovascular risk factors, monitoring and therapy for HIV-infected patients // AIDS.- 2003.v.7 (Suppl 1). -P. 96 –122.
17. Rerkpattanapit P., Wongpraparut N., Jacobs L.E., Kotler M.N. Cardiac manifestations of acquired immunodeficiency syndrome // Arch. Intern/ Med. – 2000.-v. 160. P. 602 – 608.

Реферат

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Зубайдуллаева М.Т., Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Султанова Г.Ю.

В обзоре представлены современные данные о ВИЧ-ассоциированных оппортунистических заболеваниях и поражениях со стороны сердечно-сосудистой системы. Предоставлен обзор рекомендаций по выявлению, терапии и профилактике этих осложнений.

Referat

CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN HIV-INFECTED PATIENTS

Zubaydullayeva M.T., Karimova M.T., Niyazova T.A., Mirzajonova D.B., Sulstonova G.Y.

The review presents current data on HIV-associated opportunistic diseases and cardiovascular lesions. The review of recommendations for the detection, therapy and prevention of these complications is provided.

Ирсимбетова Н.А., Тулендиева К.А.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

ОҚО бойынша қоғамдық денсаулық сақтау департаменті, Шымкент, Қазақстан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ (ОҚО) БОЙЫНША ВАКЦИНАМЕН БАСҚАРЫЛАТЫН ИНФЕКЦИЯЛАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН ІС-ШАРАЛАР

Дифтерия ауруына қарсы профилактикалық егу жұмыстары №2295 30.12.2009ж. «Алдын алу үшін егу жүргізілетін аурулар тізімін, жоспар бойынша егілетін халық топтарының арасында егу жүргізу ережелерін бекіту туралы» ҚР Үкіметінің қаулысымен қадағалануда. Облыс бойынша 2017 жылы дифтерия ауруына қарсы мақсатты топтарды егумен қамту төмендегідей: АҚДС₃ – 74024

(99,3%), АКДС₄ – 70447 (95,9%), АБКДС₅ 6 жас – 71471 (99,5%), АДС-М₁₆ жас – 46132 (99,0%), АДС-М ересектер – 122308.

Оралмандар, көшіп-қонып жүрген, жаңадан салынған елді мекендердегі тұрғындар, Өзбекстаннан келген жұмысшылар дер кезінде есепке алынып, дифтерияға қарсы жоспар бойынша және жоспардан тыс егулер жүргізіледі. Дифтериямен күресу іс-шараларын жетілдіру мақсатында лор дәрігерінде есепте тұрған және ауырып көрінген 3626 адамның барлық 3626 тексерілді (100,0%), оң нәтижелі қорытындымен анықталғаны жоқ, дифтерияның алдын алу мақсатында тексерілуге тиісті 18179 контингенттің барлық 18179-ы тексерілді, оң нәтижемен анықталмады.

2017 жылы қызылша аурушандығына күдікті диагнозбен 6 наукас тіркеліп, зертханалық жағдайда расталмады. 2016 жылдың осы мезгілінде 3 жағдай тіркеліп, 0,11 көрсеткішін құраған. Ауру ошақтарынан қызылшаға күдікті наукастармен қарым-қатынаста болған 236 адам тіркелген, оның 18 адамы үй ошағында, 18 адам оқу орны бойынша, 200 адам жұмыс орны бойынша тіркелгендер. Барлық тіркелген ошақтарға эпидемиологиялық тексерулер жүргізіліп, қарым-қатынастағылар медициналық бақылауға алынды. 2017 жылы қызылшаға қарсы барлығы: қызылша, қызамық, эпидпаротитпен (ККП) 1070 адам егілді, оның ішінде 14 жасқа дейінгі довакцинация алғандар-360, ошақтағы қатынаста болғандар-1, басқа жақтан келгендер- 14, қосымша егу алғандар саны – 1055. Облыс бойынша 2017 жылы қызылша ауруына қарсы мақсатты топтарды егумен қамту төмендегідей. ККП -1жас – 73048 (99,5%), ККП-6 жас – 71431 (99,5%).

Барлығы 2 жағдай эпидемиологиялық паротит аурушандығы тіркеліп, 100 мың тұрғынға 0,07 көрсеткішін құрады (2016ж.-2ж. көрсеткіші-0,07), яғни аурушандық бір деңгейде сақталған. Ауырғандардың барлығы 14 жасқа дейінгі балалар, 100 мың тұрғынға көрсеткіші 0,65. Ауырғандарды жасына қарай талдағанда: 14 жасқа дейін-2 жағдай. Ауырғандардың ішінде 2 реттік егілгендер-1жағдай, 1 реттік егілгендер -1 жағдай. Ауру ошағынан қарым-қатынаста болған 9 адам тіркелген.

Облыс бойынша 2017 жылы 12 жағдай менингококкты жұқпасы тіркеліп, 100 мың тұрғынға 0,42 көрсеткішін құрады. 2016 жылы 13 жағдай тіркеліп, 0,46 көрсеткішін құраған, өткен жылдың осы мезгілімен салыстырғанда аурушандықтың 1 жағдайға төмендеген. Ауырғандарды тіркелген айына қарай талдағанда бір-бірімен жасырын кезең аралығында және тұрғылықты жері бойынша байланыс жоқ. Ауырғандарды жасына қарай талдасак:

1 жасқа дейін – 0 жағдай, 1 жас – 2 жағдай, 2-6 жас – 6 жағдай, 7-9 жас – 0 жағдай, 10-14 жас – 2 жағдай, 15-19 жас – 0 жағдай, 20 жастан жоғары – 2 жағдай. Ауырғандардың кәсіптік құрамы: ұйымдастырылмаған – 3 жағдай, ұйымдастырылған – 4 жағдай, оқушылар – 3 жағдай, жұмыссыз – 2 жағдай. Наукастардың 9 жағдайында (75,0%) зертханалық тексеру қорытындысы бойынша оң нәтижемен (*Neisseria meningitidis*) дәлелденген, оның ішінде 4 жағдайында серогруппа А, 1 жағдайында серогруппа В, басқа менингиттер 3, типі анықталмаған 1, ал 3 жағдайында (25,0%) диагнозы клиникалық көрсеткішіне қарай қойылған. Клиникалық формасына қарай: менингит – 6 жағдай, менингококкемия – 2 жағдай, аралас түрі – 4 жағдай.

Аудандық, қалалық Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының (ҚДСБ) мәліметі бойынша барлығы менингококкты инфекция, серозды менингит және іріңді менингит ошақтарынан 943 қатынаста болғандар тексерілген, оның ішінде менингококкты инфекция ошағынан 446 қарым-қатынаста болғандар тіркеліп, 439 адам тексеруден өткен, 7-уі басқа жаққа жұмысқа немесе оқуға кетуіне байланысты тексерілмеген. Қатынастағылар арасынан 7 менингококк тасымалдаушысы анықталып, 3 жағдайында серотип А, 4 жағдайында серотип Y, барлығына санация жасалып, қайта тексеру жүргізілген, қорытындысы теріс болған. Менингококкты инфекциямен ауырғандардың ішінде 1 өлім жағдайы тіркеліп, талапқа сай мәлімет берілді. Эпидемиологиялық тексерулер жүргізіліп, эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізілді.

Сонымен қатар, 2017 жылдың иммундау апталығын өткізуге дайындық туралы, вакцинациядан бастартушылар мен халықтың қиындықпен қол жеткізілетін топтарын иммундау туралы аудандық және қалалық семинарлар өткізілді. Вакциналардың тиімділігі мен қауіпсіздігін насихаттау үшін облыс тұрғындарымен санитарлық-ағарту және түсіндіру жұмыстары жүргізілді.

Ирсимбетова Н.А., Медетов Б.Ж., Тулендиева Қ.Н.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан
ОҚО бойынша қоғамдық денсаулық сақтау департаменті, Шымкент, Қазақстан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША (ОҚО) ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ «А» (ВГА) СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ ВАКЦИНАМЕНАЛДЫН АЛУ НӘТИЖЕСІ

Түйін

Вирустық гепатит «А» сырқаттанушылығына жүргізілген талдау бойынша, сырқаттанушылықтың 90 пайызы 14 жасқа дейінгі балалар арасында тіркелінеді. 2 жастан 14 жас аралығындағы балаларға вакцинацияны қолдану 14 жасқа дейінгі балалар арасында А вирустық гепатит сырқаттанушылық деңгейінің айтарлықтай төмендеуіне ықпал етті.

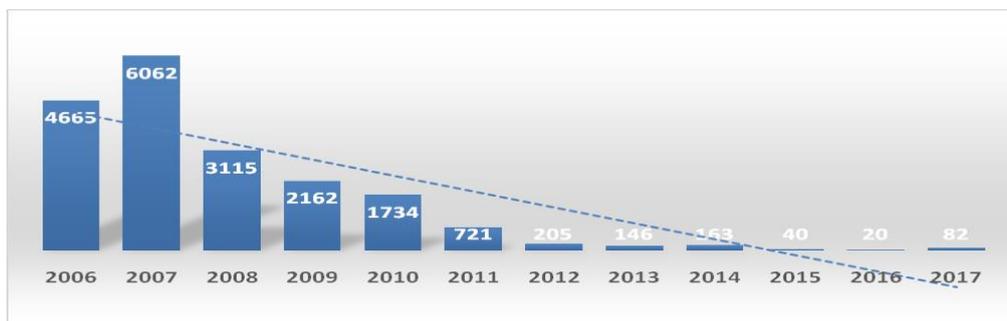
Өзекті сөздер: вирусты гепатит «А», сырқаттанушылық, аурушандық, вакцинация.

Бүгінге жіті вирусты гепатит ауруының арасынан кеңінен таралғаны «А» вирусты гепатит және ресми статистикалық деректерге сәйкес, оның үлес салмағы 80-85% құрайды. Қазақстан Республикасы әр бір 5-7 жылда аурудың шарықтау кезеңін бастан кешіреді және онда 50-60 мың адамның сырқаттануы орын алады.

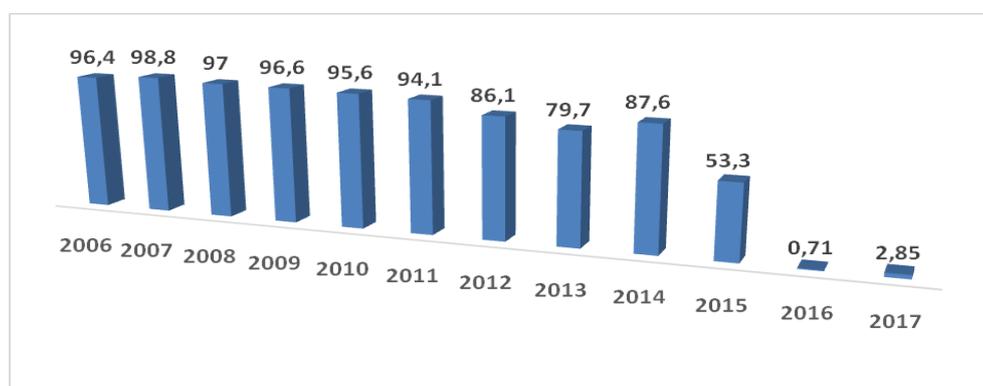
Зерттеу мақсаты: «А» вирусты гепатитпен сырқаттанушылығының орын алу жағдайы мен вакцинамен алдын алу шараларын зерттеу.

Зерттеу әдістері: 2006-2017 жылдар аралығындағы Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша балаларға «А» вирусты гепатитіне қарсы жүргізілген вакцинамен алдын алу шараларын талдау.

Зерттеу нәтижелерін талдау: Халықтың жіті вирусты гепатитпен сырқаттанушылығының арасында, «А» вирусты гепатит ауруының үлесі 96,2% құрайды және зерттеуге жылдарында аурудың төмендеу деңгейі байқалады. Вакцина жүргізгенге дейін жыл сайын Оңтүстік Қазақстан облысында барлығы 6062 вирусты гепатитке шалдыққан болса, оның 4665 вирусты гепатит «А»-ға тән.



Сурет 1 - 2006 – 2017 жылдар аралығындағы ОҚО бойынша ВГА сырқаттанушылығының көрсеткіші

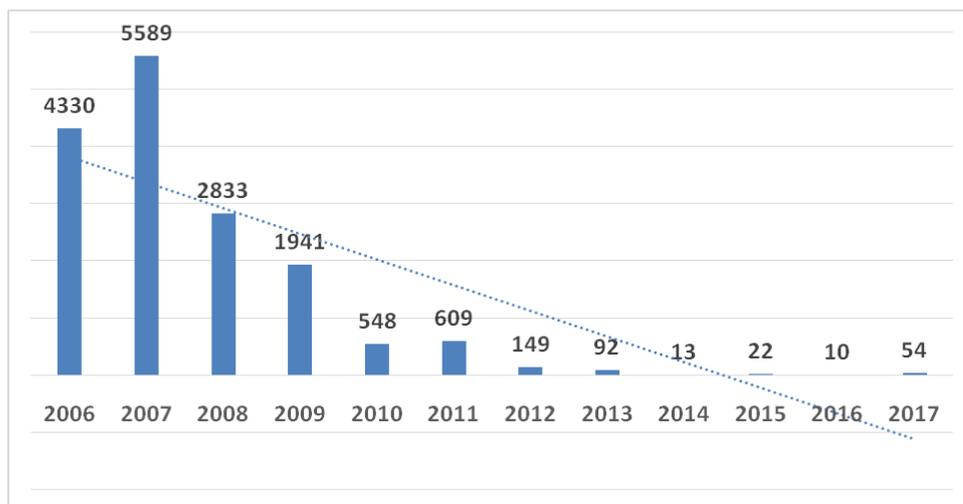


Сурет 2 - 2006-2017 жылдар аралығындағы ОҚО ВГА сырқаттанушылығының үлес салмағы (%)

Оңтүстік Қазақстан облысында 2006-2017 жылдар аралығында жіті вирусты гепатитпен шалдыққандар арасында жүргізілген зерттеу жылдарында «А» вирусты гепатиттің үлес деңгейі 95,6%-тен 96,2%-ке дейін төмендеу деңгейі байқалады. 10 жыл төңірегінде халық арасындағы

вирусты гепатитпен шалдыққандардың саны 144,5 есе азайған байқауымызға болады. Халықтың сырқаттануын талдай келе, балалар үлесі 2011 жылдан бастап есепке алғандағы көрсеткіші 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 84,4% құраса, 2015 жылы 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 55,0% құрады. Зерттеу жылдарында сырқаттанудың тұрақты төмендеуінің орын алуы, республикамызда «Таза су» және «Ақ бұлақ» жалпы мемлекеттік бағдарламаларының ойдағыдай атқарылуымен ұштасады.

Зерттеу ВГА-мен шалдыққан топтардың арасында 50% үлесі мектеп жасындағы балалар. Алғаш рет 2006 жылдан бастап Оңтүстік Қазақстан облысында 10 жыл бойы халыққа вакцинация жүргізілді. 2015 жылдың екінші жартысында 2 жастағы балаларға жоспарлы түрдегі иммунизация «Аваксим – 80» вакцинасы арқылы жүзеге асқан.



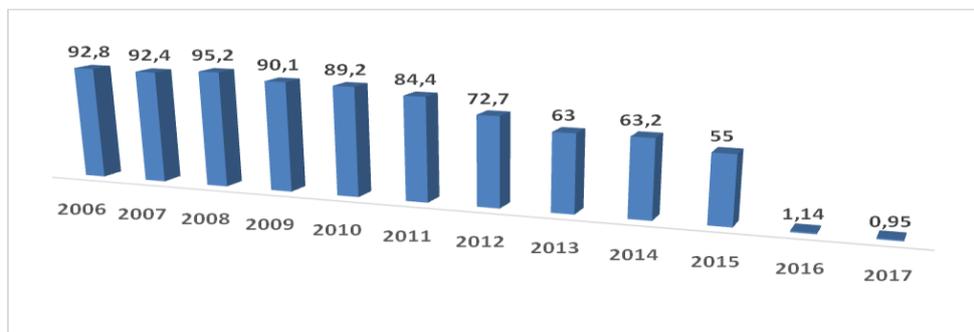
Сурет 3 - 2006-2017 жылдар аралығындағы ОҚО бойынша 14 жасқа дейінгі балалардың ВГА сырқаттанушылық көрсеткіші

2015 жылдың қорытындысы бойынша 2 жасқа толған балаларды бір реттік вакцинациямен қамту – 89,7% орындалған (оптимальды қамту -95% кем болмауы тиіс).

2016 жылдың 1 қаңтарына қалған 18846 доза «А» вирусты гепатитіне қарсы (Аваксим - 80) вакцинаның қоры бірінші тоқсандағы жоспарлы егуге толық жетпеген.

2016 жылға жоспар бойынша 2 жасқа толған балаларды бір реттік вакцинациямен қамту 84,9%, екі реттік вакцинациямен қамту – 76,5% орындалған.

2017 жылдың «А» вирусты гепатит аурушандығын 2016 жылмен салыстырғанда 6,4 есеге, ал 14 жасқа дейінгі балалар арасында да 3 есеге көбейген (2016 жылы 20 жағдай, оның 10-ы 14 жасқа дейінгі балалар арасында, 2017 жылы 82 жағдай, 14 жасқа дейінгі балалар арасында 54 жағдай). Балалар арасында аурушандықтың көтерілуінің негізгі себебі, 2015-2017 жылдарда «А» вирусты гепатитіне қарсы вакцинаның тапшылығынан 2 жасқа толған балаларды екі реттік егумен қамту, облыс деңгейінде оптимальдық көрсеткіштен біршама төмен орындалуда.



Сурет 4 - 2006-2017 жылдар аралығындағы ОҚО бойынша 14 жасқа дейінгі балалар арасындағы ВГА үлесі салмағы (%)

2015 жылдың екінші жартысында 2 жастағы 1551 балалар арасында екі реттен қайта жоспарлы түрде егу «Аваксим – 80» вакцинасымен толық жүргізілген.

**Қажетті мөлшері:
133000**

**Жеткізілген мөлшері:
85000**

Сурет 5 - 2015 жылғы вакцинациялау мөлшері:

2016 жылдың 1 қаңтарына қалған 18846 доза «А» вирусты гепатитіне қарсы (Аваксим - 80) вакцинаның қоры бірінші тоқсандағы жоспарлы егу толық жетпеген.

2016-2017 жылғы жоспар бойынша 2 жасқа толған балаларды бір реттік вакцинациямен қамту – 84,9%, екі реттік вакцинациямен қамту – 76,5% орындалған.

Қорытынды: ВГА қарсы егу жүргізу өте тиімді тәсіл екенін көрсете аламыз, бұл вакцинация Оңтүстік Қазақстан облысында халық арасында сырқаттанушылықтың төмендеуіне алып келді. Вирустық гепатит «А» аурушандығына жүргізілген талдау бойынша, аурушандықтың 90 пайызы 14 жасқа дейінгі балалар арасында тіркелінеді. 2 жастан 14 жас аралығындағы балаларға вакцинацияны қолдану 14 жасқа дейінгі балалар арасында А вирустық гепатит аурушандық деңгейінің айтарлықтай төмендеуіне ықпал етті.

Әдебиеттер

1. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. «Жұқпалы аурулар шараларының стандарттары мен алгоритмдері». 2 том, Алматы; 2014. Баспа «Эверо», 613 бет.
2. Ирсимбетова Н.А., Абуова Г.Н., Тулепова З.Т. Эпидемиология. Шымкент. 2013ж. Баспа «Кітап», 530 бет.
3. Алматы қ. ғылыми-тәжірибелік санитарлық-эпидемиологиялық сараптама және мониторинг орталығының статистикалық мәліметтері.
4. ОҚО қоғамдық денсаулық сақтау департаментінің статистикалық мәліметтері.

Резюме

Проведенный анализ заболеваемости вирусным гепатитом А показывает, что на долю детского населения до 14 лет приходится 90% заболевших. Проведение вакцинации детям с 2-х по 14 лет способствует снижению заболеваемости ВГА среди детского населения в возрасте до 14 лет.

Resume

Conducted analysis of morbidity by viral hepatitis and showsthat on the stake of child's population 14 to there is90. Realization of vaccination to the children from2th for 14 assists the decline of morbidity of VHA among child's population under age 14.

Ибрагимова Н.У., Имамова И.А., Мирзаева У.Н., Ташпулатова Ш.А.
Ташкент, Узбекистан

**ТЕРАПИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ
АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

Атопический дерматит является многофакторным заболеванием, имеющим в основе генетическую предрасположенность со сложным иммунопатологическим механизмом развития (Мага.,2010). Установлено, что у детей с АтД регистрируются нейроэндокринные нарушения, расстройство обмена веществ, дисфункции органов пищеварения, которые поддерживают хроническое течение заболевания (Усенко Д.В.,2013).

Наличие такого интеркуррентного заболевания, как лямблиоз кишечника приводит не только к дисфункции органов пищеварения, но и провоцирует или утяжеляет атопический дерматит. Лямблиоз является антропонозной паразитарной инфекцией, чаще протекающая как бессимптомное паразитоносительство, в тяжёлых случаях развивается дисфункция кишечника, развивается астено-вегетативный синдром и аллергизация организма.

Цель исследования: характеристика сочетанного клинического течения атопического дерматита с лямблиозом кишечника.

Материал и методы исследования: обследованы 40(100%) больных атопическим дерматитом в возрасте 18-43 лет за 2014-2017 гг.

Все больные проходили стандартное клинико-лабораторное обследование. У всех больных сочетанный диагноз лямблиоз кишечника выставлен обнаружением цист лямблий в каловых массах. У всех больных данной категории в крови отмечалась эозинофилия и повышение уровня общего сывороточного Ig E 141 ± 12 МЕ/мл (у здоровых лиц Ig E составил 75 ± 5 МЕ/мл).

20(50%) больным первой группы наряду с десенсибилизирующей и местной терапией атопического дерматита такролимусом (протопик), назначен 7 дневный курс лечения лямблиоза кишечника метранидазолом по 0,25 г 3 раза в день, 20(50%) больным из второй группы назначен 7 дневный курс лечения лямблиоза кишечника нифурателом по 400 мг x 3 раза в день.

Установлено, что в группе больных, получивших нифурател, у 100% контрольное исследование обнаружения цист лямблий в каловых массах было отрицательным. А, явления атопического дерматита исчезали на 7 день лечения.

При лечении метранидазолом такой эффект был у 16 больных. При этом 5 больных жаловались на тошноту, отмечаемую после приёма препарата в первые дни терапии. Явления атопического дерматита исчезали на 7 день лечения.

Следовательно, при атопическом дерматите лечение лямблиоза кишечника предпочтительно осуществлять применением нифуратела.

Ключевые слова: лямблиоз кишечника, атопический дерматит.

Г.А. Кобилова, А.А. Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Проблема заболеваемости госпитальными инфекциями остается наиболее актуальной и трудноразрешимой в современной медицине как в мире, так и в нашей стране. Актуальность их определяется глобальным характером распространения, негативными последствиями для здоровья пациентов и экономики государства. Около 49% населения нашей Республики составляют женщины и они ответственны за будущее нашего общества. Процесс реформирования системы здравоохранения в сочетании с интенсивным развитием новых медицинских технологий оказали значительное влияние на эволюцию эпидемического процесса, что определило необходимость изучения закономерностей на новом уровне развития науки и общества, поиска новых концептуальных подходов к управлению. Весьма существенным является факт наличия у пациента сочетанных форм внутрибольничных инфекций. Так у одного и того же больного одновременно хирургическая раневая инфекция (в той или иной форме) и эндометрит или мастит. Причем этиологически эти осложнения могут быть вызваны как идентичной, так и разной видовым и внутривидовым характеристикам микрофлорой.

Цель исследования: Выявление факторов риска развития внутрибольничной инфекции в родовспомогательных стационарах Бухарской области. Точность и обоснованность получаемых данных и их результаты ссылаются на доказательную медицину и на достаточность количества проводимых исследований.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена на родовспомогательных стационарах Бухарской области. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ историй болезни ($n=167$) и проспективное наблюдение пациентов фертильного возраста от 18 до 45 лет от момента поступления и до определения исхода ($n=24$), рассчитывали показатель заболеваемости по формуле: $\text{заболеваемость} = (\text{количество случаев заболевания} / \text{средняя численность пациентов в наблюдаемый плексапериод}) \times 100$ поступивших пациентов.

Результаты и обсуждение: В период проведения исследований в перинатальном центре и в родильных комплексах при изучении лечебно-диагностического процесса выявлено широкое использование профилактической санации вагинальной микрофлоры беременных и родильниц, в родильных комплексах – только при наличии клинических проявлений гнойно-септических инфекций. В период родов $54,0 \pm 3,8\%$ женщин 1 группы проводилась ранняя амниотомия, $37,0 \pm 4,0$ активное родовозбуждение против $15,0 \pm 4,2\%$ и $32,0 \pm 5,7\%$ во второй, так как в родильных залах широко использовалась практика естественного родоразрешения независимо от сроков безводного периода. Послеродовое наложение швов зарегистрировано у $64,0 \pm 5,8\%$ женщин 1 группы и

56,0±5,9%-второй. Послеоперационная и родовая антибиотикопро-филактика при наличии показаний, выявленных у 31 женщины 1 группы, была назначена 7,0±3,3% рожениц, во второй группе из 21 женщин-25,0±5,6%. В родильных комплексах имели место строгие ограничения для родильниц, персонала и родственников в передвижении по родильному дому. В родильном зале медицинский персонал свободно перемещался по всему учреждению, включая родовой блок, широко практиковалось привлечение родственников к участию в родах (80,0± 4,2% случаев). Обработка новорожденных 1 группы проводилась медицинской сестрой с использованием функционального стола-каталки. В родильных залах в качестве дезинфектантов применяли хлорсодержащие препараты АБК-хлорактив, жавелион, перекись водорода. Таким образом, акушерские стационары, в которых проводились наблюдение, существенно отличались по организации лечебно-диагностического процесса и состоянию противозидемического режима. Внутрибольничные инфекции возникли у 17,5% прооперированных и в показателях заболеваемости составили 64,4 на 1000 пациентов. Из числа зарегистрированных внутрибольничных инфекций на гнойно-воспалительные заболевания приходилось 90,4%, как правило, они формировались в области операционных манипуляций -при операциях на матке, особенно при экстирпации матки с придатками, реже после резекции яичников, удаления придатков, абдоминального кесарева сечения при малых сроках беременности по медицинским показаниям. Среди внутрибольничных нозологических форм, зарегистрированных у оперированных боль-ных, преобладали инфильтраты с различными локализациями (76,8%), значительно реже наблюдались расхождение (14,2) и нагноение швов (2%).

Послеоперационные гнойные воспаления развивались как правило с 1-2го дня по 30-й день, но в основном на 7-10дни ($P \leq 2$). В 60,5% случаев они обнаруживались у оперированных в возрасте 25-49 лет ($P \leq 2$). Поэтому оперированных женщин гинекологических отделений в возрасте 25-49 лет, необходимо считать группой риска.

Выводы: Таким образом, ретроспективный анализ показал, что для установления основных причин возникновения внутрибольничных инфекций условий развития и конкретных его проявлений необходимо внедрить в практику эпидемиологическую диагностику. Последняя, как известно, начинается с правильно налаженной регистрации и учета на основании своевременного выявления больных и аккуратного заполнения первичных документов. Такой подход дает возможность своевременно наметить комплекс профилактических и противозидемических мероприятий и снизить частоту внутрибольничных инфекций, в частности, стафилококковой этиологии среди больных гинекологического профиля.

А.Р. Кузьмина – главный специалист Туркестанского управления охраны общественного здоровья, преподаватель кафедры профилактической медицины МКТУ им. Х.А. Яссави

О.С. Бегимбаев - преподаватель кафедры гигиены и эпидемиологии Южно-Казахстанской медицинской академии, Шымкент, Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНТОМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В СЕЗОН АКТИВНОСТИ ПЕРЕНОСЧИКОВ – ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ключевые слова: ККГЛ (Конго-Крымская геморрагическая лихорадка), вирус ККГЛ, переносчики - иксодовые клещи, природные очаги, индекс доминирования клещей, индекс зараженности клещей, показатель инфицированности клещей, распространения иксодовых клещей, крупный рогатый скот (КРС), мелкий рогатый скот (МРС).

Введение: Туркестанский регион ЮКО Республики Казахстан является неблагополучным по природной очаговости ККГЛ по причине циркуляции клещей в природе зараженных вирусом ККГЛ и благоприятных климатических условий, особенностей географического ландшафта. Туркестанский регион состоит из 36 населенных пунктов. За период с 2006 по 2015годы в Туркестанском регионе было зарегистрировано 22 случая ККГЛ, подтвержденных клиническими и лабораторными методами.

Методы и материалы: эпидемиологический мониторинг и учеты сезонной динамики за переносчиками, применение полученных лабораторных анализов исследований, многолетние энтомологические наблюдения за переносчиками трансмиссивных инфекций, полевые обследования

и эпидемиологические разведки территорий природных очагов ККГЛ для разработки методов борьбы с переносчиками.

Результаты и обсуждения: Анализ эпидемиологического и энтомологического мониторинга за период с 2006 по 2014 годы показал активизацию иксодовых клещей и их высокую зараженность вирусом ККГЛ в сезонный период на контролируемых населенных пунктах. За период 2006-2014гг собрано на исследование по обнаружению вируса ККГЛ 21131 особь иксодовых клещей с 36 населенных пунктов Туркестанского региона. В 18 населенных пунктах выявлены 460 клещей с положительными результатами по обнаружению вируса ККГЛ при лабораторном исследовании методами ИФА, РПГА, что составляет 50% зараженности вирусом ККГЛ среди населенных пунктов. Из общего числа сбора 21131 особи иксодовых клещей за период с 2006-2014гг в 32 анализах с положительными результатами по выявлению вируса ККГЛ (в городе 2 анализа, сельской местности 30). 2244 клеща обследовались лабораторным методом на инфицированность вирусом ККГЛ: в скотных помещениях обнаружены 177 клещей, на открытой территории природного очага – 186 клещей, а при осмотре домашних животных (крупного и мелкого рогатого скота) сбор клещей составил 1941.

В 18 населенных пунктах при получении положительных анализов по инфицированности клещей вирусом ККГЛ трижды за 9 лет выявлены в поселках Усенова, Нуртас и города Туркестан (центра), дважды за период исследования был обнаружен вирус ККГЛ в поселках Коскорган, Серт, Абай и многократно были обнаружены зараженные иксодовые клещи вирусом ККГЛ в поселках Кожанов, Старый Икан. Результаты определения вида клещей в населенных пунктах Туркестанского региона показали наличие распространения видовой принадлежности *Hyalomma scupense*, *Hyalomma anatolicum*, а также *Dermacentor daghestanicus (niveus)*.

Индекс доминирования рода *Hyalomma* составил 58,33%, в том числе по видовой принадлежности *Hyalomma scupense* приходится 75,2%, *Hyalomma anatolicum* – 23,53%, *Hyalomma asiaticum* – 0,19%, а также встречаются единичные виды *Hyalomma excavatum* – 0,1% и *Hyalomma plumbeum* – 0,96%. *Dermacentor daghestanicus (niveus)* составляет по индексу доминирования 6,34%, *Haemaphysalis punctata* – 19,47%, *Boophilus calcaratus* – 0,19%, род *Rhipicephalus* составил 15,63%, в том числе *Rhipicephalus turanicus* – 99,05% и *Rhipicephalus pumilio* – 0,94%.

На территории Туркестанского региона по наблюдением за сельскохозяйственными животными – как прокормителями экзопаразитов выявили, что на крупном рогатом скоте (КРС) доминируют клещи *Hyalomma scupense* и *Hyalomma anatolicum*, а на мелком рогатом скоте (МРС) – встречаются в обилии *Haemaphysalis punctata*. В скотных помещениях наблюдаются мигрирующие имаго *Hyalomma scupense*, *Dermacentor daghestanicus (niveus)*, которые затем нападают и доминируют на крупном рогатом скоте (КРС). При лабораторном исследовании (ИФА) по обнаружению вируса ККГЛ в организме переносчиков среди выше перечисленных видов в большем процентном соотношении инфицированности являются виды *Hyalomma scupense*, *Hyalomma anatolicum*.

Анализ лабораторного исследования на выявление вируса ККГЛ клещей показал высокий уровень инфицированности: в 2006г – 6,0% и в 2009г – 5,58% - это пик инфицированности клещей, в 2007г – 3,52% и в 2014г – 3,1%, с 2010г (1,81%) и 2013г (2,0%) небольшое снижение индекса зараженности. В среднем показатель инфицированности составил 18,54% на сельскохозяйственных животных, из общего количества собранных клещей за все годы средний показатель зараженности клещей со скота составляет – 1,7%. Общий показатель зараженности клещей – 20,49% из исследованных лабораторными методами ИФА, РПГА, а из общего количества собранных клещей за все годы средний показатель зараженности клещей составляет – 2,17%. Наиболее высокая инфицированность вируса ККГЛ клещей отмечается в трех сельских округах (Ушкайык, Орангай, Старый Икан), где регистрировались случаи ККГЛ (Ушкайык-4, Орангай-2, Старый Икан-2).

В природных очагах ККГЛ на территории Туркестанского региона важным носителем (резервуаром инфекции) и прокормителем экзопаразитов является большая песчанка *Rhombomys opimus*, живущие колониями. При проведении полевых работ по обследованию контрольных территорий природного очага ККГЛ в среднем размещение диких грызунов составляет 65-70% и в среднем численность достигает 4,5-5,5 особей, плотность колоний большой песчанки в среднем колеблется в пределах от 2 до 3 особи на 1 га. В условиях аридной зоны ЮКО ведущую роль в передаче возбудителя ККГЛ играют виды *Hyalomma scupense*, особенностью этих видов клещей является обитание преимущественно в норах диких грызунов. Личинки и нимфы паразитируют на мелких грызунах, а также нападают и на насекомоядных животных в степной и полупустынной зонах.

Выводы: Существуют множество актуальных вопросов по изучению биологии переносчиков клещевой инфекции: это изучение и применение методов исследования на микс-инфекции в лабораториях по одномоментным лабораторным анализам клещей на все клещевые трансмиссивные заболевания. Необходимо углубленное изучение клещей – как носителей инфекций на этапах

видовой и подвидовой принадлежности, так и по определению процента зараженности клещей на каждой стадии особи. Определение процента инфицированности в соотношении половой принадлежности клещей каждого вида дало бы определить вероятность зараженности самок и самцов, а также способствовало изучению механизма передачи возбудителей инфекций при размножении клещей на физиолого-молекулярном отношении. Не менее важно изучение факторов природного и техногенного характера для применения снижения заклещеванности территории, взаимосвязь действия возбудителей инфекций между переносчиками и позвоночными животными. И главное - это разработка новых отечественных технологий в борьбе с переносчиками. Только изучив мир опасных переносчиков можно предотвратить возникновения вспышек особо опасных инфекций не только в одной стране, но и во всем мире. Исследуя ареал обитания клещей при наблюдении на практике полевыми методами исследования и применением теоретических расчетов можно избежать летальных исходов людей.

A.R. Kuzmina – the teacher of preventive medicine department of International Kazakh-Turkish university named after H.A. Yassavi

EPIDEMIOLOGICAL AND ENTOMOLOGICAL MONITORING DURING THE SEASON OF ACTIVITY OF CARRIERS – IXODIC PINCERS OF CONGO-CREMIAN OF HEMORRHAGIC FEVER IN THE TURKESTAN, SOUTH KAZAKHSTAN OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Keywords: CCHF (Congo-Crimean Hemorrhagic Fever), CCHF virus, carriers - ixodic pincers, the natural centers, an index of domination of pincers, an index of contamination of pincers, an indicator of contamination of pincers, distribution of the ixodic pincers, the cattle (C), the small cattle (SC). Methods and materials: epidemiological monitoring and the accounting of seasonal dynamics of carriers, application of the received laboratory analyses of researches, long-term entomological supervision over carriers the transmissivity of infections, field inspections and epidemiological investigations of territories of the natural centers of CCHF for development of methods of struggle against carriers.

Purpose: the study of tracking the development of sporadic incidence of CCHF and activity of carriers in the territory of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan for the long-term period.

This thesis deals with the researches of case registration statistics of CCHF in the territory of the Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan (in absolute quantity and calculation of indicators for 100 thousand of the population of Turkestan, South Kazakhstan); the analysis for 10 year period between 2006-2015 the accounting of pincers with the subsequent comments of conclusions on distribution of case identification of CCHF in the territory of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan; according to time and factors of the reason (seasonality of pincers' activity), final conclusions (comments).

Саломова Х.Ж., Манасова Г. М.

Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ПОЛОСТИ РТА

Заболевания полости рта и поражения слизистой оболочки являются одной из самых распространенных медицинских проблем детского возраста. Поражения слизистой оболочки, которые обобщенно называют стоматитами, могут иметь разнообразные причины (например, травматического, аллергического характера, или могут быть связаны с общими заболеваниями организма), однако инфекционные причины стоят на первом месте. Грязные пальцы рук и ног, грязные мелкие предметы и части игрушек, упавшие на землю конфеты – все это может оказаться во рту ребенка и служить источником инфицирования полости рта патогенными микроорганизмами. Учитывая, распространение заболеваний полости рта среди детей до 6 лет рекомендуем родителям придерживаться некоторых гигиенических требований. В настоящее время не существует способов, полностью ограждающих детей от инфицирования полости рта. Профилактика заключается, прежде всего, в укреплении иммунитета ребенка — соблюдение правильного режима сна и отдыха, проведение водных процедур, полноценное и сбалансированное питание. Особенно важно уменьшить вероятность заболевания ОРВИ, которое приводят к существенному снижению

иммунной защиты организма ребенка. Родителям необходимо помнить, что самостоятельный (без рекомендации врача) прием антибиотиков, противовирусных лекарств и иммуномодуляторов, вместо помощи может создать целый ряд проблем в полости рта ребенка. Следует соблюдать нормы личной гигиены: чистоту игрушек, не облизывать соски и ложки при кормлении ребенка (практически нет ни одного взрослого человека, который бы избежал заражения вирусом герпеса), уменьшить частоту контактов ребенка с взрослыми с явными проявлениями рецидивов герпетической инфекции. Избегать контактов собственных детей с ребенком, имеющим признаки герпетического поражения. При первых признаках последствий инфицирования полости рта (стоматит, молочница, гингивит), следует обратиться к детскому стоматологу или педиатру, чтобы как можно раньше начать лечение и избежать осложнений. Рекомендуется также, правильное питание. Потребляемая пища должна быть полноценной по составу и качеству. В первую очередь она должна содержать достаточное количество витаминов и микроэлементов, особенно витаминов С, В, А, а также кальция, меди, фтора. Злоупотребление углеводами, основной питательной средой для патогенной микрофлоры полости рта, способствует развитию болезней зубов. Пища должна быть сбалансированной по соотношению белков, жиров и углеводов. Отрицательно сказывается на состоянии зубов употребление только пищи мягкой консистенции, поэтому в рационе должны обязательно присутствовать твердые продукты, особенно фрукты и овощи. Это способствует «тренировке» жевательного аппарата. Специальных диет именно для профилактики заболеваний полости рта нет, главное – питание должно быть здоровым. Следовательно, соблюдение гигиенических правил являются основой здоровья вашего ребенка.

Манасова И.С., Жумаева А.А., Жумаева З.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В Узбекистане ликвидированы эпидемии сыпного тифа, уже давно не регистрируется брюшной тиф, нет оспы, чумы, полиомиелит и др. Планово и успешно осуществляется борьба с дифтерией, корью, полиомиелитом, коклюшем и некоторыми другими инфекционными заболеваниями.

Вместе с тем заболеваемость многими инфекциями и инвазиями остается очень высокой, а их распространенность - глобальной. До сих пор ежегодно регистрируется много случаев инфекционных болезней *желудочно - кишечного тракта и дыхательных путей*. Например, *гриппом* в отдельные годы болеет до 20% и выше населения. Еще тысячами человек переносят другие острые респираторные инфекции (ОРЗ). Во время эпидемий грипп приобретает характер стихийного бедствия, нанося огромный экономический ущерб.

Каждый год среди детей регистрируется несколько десятков миллионов случаев заболеваний, вызванных стрептококками (ангины, скарлатины, рожи и др.). Велика еще заболеваемость *менингококк-ковой инфекцией*. Пораженность *гельминтами* исчисляется сотнями тысяч человек. Высока еще заболеваемость *вирусным гепатитом*.

В условиях, когда отступили самые массовые и тяжелые инфекции, в структуре инфекционной патологии стали более заметными болезни, которые вызываются условно патогенными микробами и даже обычными, «нормальными» обитателями организма человека.

Все сказанное свидетельствует о том, что на современном этапе дальнейшее совершенствование профилактики инфекционных болезней сохраняет актуальность.

Основным принципом деятельности органов здравоохранения Республики Узбекистан является профи-лактическое направление.

Мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний можно условно разделить на две большие группы – общие и специальные.

К общим относятся государственные мероприятия, направленные на повышение материального благосостояния, улучшение медицинского обеспечения, условий труда и отдыха населения, а также санитарно-технические, агролесотехнические, гидротехнические и мелиоративные мероприятия, рациональная планировка и застройка населенных пунктов и многое другое, что способствует успехам профилактики и ликвидации инфекционных болезней.

Специальными являются профилактические мероприятия, проводимые специалистами лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений. В осуществлении этих мероприятий наряду с органами здравоохранения нередко участвуют другие министерства и ведомства, а также широкие слои населения. Например, в профилактике зоонозных заболеваний (сап,

ящур, бруцеллез, сибирская язва и др.) участвуют сельскохозяйственные органы, ветеринарная служба, предприятия по обработке кожевенного сырья и шерсти. Планирование профилактических мероприятий и контроль за их выполнением осуществляют органы здравоохранения. Система профилактических мероприятий включает и международные меры, когда вопрос касается особо опасных (карантинных) инфекций.

Содержание и масштаб профилактических мероприятий могут быть различными в зависимости от особенностей инфекции, поражаемого контингента и характера объекта. Они могут относиться непосредственно к очагу инфекции или касаться целого района, города, области. При планировании и проведении профилактических мероприятий теоретически и практически обоснованным является их разделение на три группы:

мероприятия в отношении источника инфекции, направленные на его обезвреживание (или устранение);

мероприятия в отношении механизма передачи, проводимые с целью разрыва путей передачи;

мероприятия по повышению невосприимчивости населения.

Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., Бояубаева С.М., Жанаспаева М.Н., Жданова А.М., Сейтказина А.К., Уалиева Ш.К., Кайырбек Т.Е.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНЦИИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ У ОБУЧАЮЩИХСЯ

Вакцинация является одним из самых эффективных методов профилактики инфекционных болезней. Однако в последние годы отмечается рост отказа от вакцинации. Основными причинами отказа являются недоверие к вакцинам и религиозные взгляды. В создавшейся ситуации большая роль является разъяснительной работе медицинских работников с населением. Большую роль в проведении такой работы играет наглядность, доступность, информативность. Студенты-медики в ходе учебы в вузе должны осваивать такую компетенцию как проведение санитарно-просветительской работы. Так, на кафедре дерматовенерологии и инфекционных болезней была проведено мероприятие с обучающимися на додипломном и постдипломном уровнях. Студенты должны были доступными и понятными методами разъяснить роль вакцинации в профилактике инфекционных заболеваний. После мероприятия было проведено анкетирование по качеству его проведения.

Цель работы. Проанализировать обратную связь студентов-медиков на качество проведения мероприятия, посвященного вакцинации.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование 49 обучающихся бакалавров, интернов и резидентов. Анкета содержала вопросы, касающиеся качества проведения семинара.

Результаты: Проанкетировано 49 обучающихся, из них девушек 34 (70%), юношей – 15 (30%). Большинство респондентов было в возрасте 21 года (33%), 20 и 23 лет – по 17%, 22, 24 года и 25 лет – по 11%. 100% обучающихся были полностью удовлетворены качеством проведения семинара.

Информативностью и наглядностью были полностью удовлетворены 96% респондентов, частично удовлетворены – 4%. 94% студентов были полностью удовлетворены уровнем коммуникативных навыков, 6% - частично. По мнению обучающихся, данный семинар способствовал развитию таких компетенций как знания (77%), коммуникативные навыки (63%), практические навыки (49%). 90% респондентов были полностью удовлетворены формой проведения семинара, 10%-удовлетворены частично. На оценку отлично оценили семинар 84% студентов, хорошо – 16%. Респонденты сделали следующие пожелания: закрепление полученных знаний, необходимость дискуссии, чаще проводить подобные семинары, отлично провели, идеально, участие практических врачей, проведение викторины.

Таким образом, обратная связь на качество проведения семинара, посвященного вакцинации, показала удовлетворенность обучающихся качеством, формой, наглядностью и информативностью мероприятия. Студенты пожелали проводить больше дискуссий и закреплять теоретический материал практическими навыками. Подобная форма проведения занятий по дисциплине инфекционные

болезни может быть использована в учебном процессе для развития важных компетенций обучающихся (знания, коммуникативные навыки, практические навыки).

Maukayeva S.B., Nuralinova G.I., Kudaibergenova N.K., Kuznetcova M.V.
Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

KNOWLEGDE OF YOUTH ABOUT PREVENTION OF HIV-INFECTION

HIV-infection is one of the main health problems all over the world. According to the dates of World Health Organization, there are 34 to 39.8 million of HIV-infected people in the world, a large percentage of whom are young people. The population's awareness of this disease is low and sanitary education among young people is extremely important.

Aim of investigation is to assess the awareness of HIV-infection prevention among young people.

Material and methods of investigation. The survey of 100 schoolchildren was conducted. The questionnaire contained questions about HIV-infection, ways of transmission, prevention measures.

Results of the study. 68% of students were girls, 32% - boys. 94% of respondents knew what is HIV-infection. Answers to the question "What is AIDS?" were following: the last stage of HIV-infection (59%); the disease affecting the immune system (32%); the disease like gonorrhea (6%); the type of blood cancer (3%). 45% of students believed that HIV is a virus that causes HIV infection and AIDS is the last stage of HIV-infection, 19% thought that there is no difference between them, 19% supposed that HIV-infection is mild disease and AIDS is serious disease, 13% answered that they are different diseases and 4% found it difficult to answer this question. Most of students believed that condoms protect against HIV-infection (81%), 13% thought that contraceptive pills are preventive methods, 6% - intrauterine device. 71% of the respondents answered that drug addicts are the main risk group for HIV-infection, 10% thought that they are sexual minorities, 10% - newborns, 6% - donors, 3% - commercial sex workers. 45% of students answered that method of protection of HIV-infection is to avoid accidental sexual intercourse, 19% thought that they can protect themselves from this infection using personal hygiene items, 16% - condoms, 10% - taking a shower after intercourse, 10% - being ware of public toilets. 61% knew that people can be infected through used syringes, 20% - other people's hygiene products, 13% - patient's ware, 3% - public toilet, and 3% - hugging a person with AIDS. 29% of the respondents thought that HIV/AIDS can be cured, 55% - knew that there is no cure, 16% found it difficult to answer. 32% of students knew about HIV-infection from internet, 22% - from teachers, 13% - from medical workers, 10% - from friends, surroundings, 10% - from relatives, 7% - from brochures, leaflets, 6% - from radio/TV. 29% of the respondents wanted to receive information about HIV/AIDS in the form of seminars, trainings, group discussions, role-playing games, 26% - video lecture, 23% - visual aids, 12% - mass events (actions, festivals, shows, forum), 10% - practice. 26% of young people knew phone hotlines, 74% - didn't know this.

Conclusions. The majority of respondents (94%) knew what HIV-infection is, but many students did not know the difference between HIV and AIDS. The knowledge of students about prevention, ways of transmission were not good and the prevailing number of respondents (74%) do not know hotline phones. So the young generation has low awareness of HIV/AIDS, therefore, sanitary-educational work is important measure of primary prevention.

Maukayeva S.B., Nuralinova G.I., Isabekova Z.B., Bayanbayeva T.S.
Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

PREVENTION OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

An important role in the prevention of influenza and acute viral infections is awareness of population about risk factors of infection and development of complications.

The goal is to assess the individual risk of influenza and acute viral infections among students of Semey Medical University.

Material and methods of investigation. 109 students of the medical university were surveyed. The questionnaire contained questions about risk factors and prevention of diseases.

Results of the study. Among students aged 17 to 25 years (96%) female were predominated (73%). Analysis of students' answers to the questionnaire about risk of acute respiratory diseases and influenza showed that 73% of the respondents did not immediately seek medical help (1 point), 27% - immediately (0 points). Means of individual protection (masks) for the prevention of infections are used by 84% of students (0 points), 16% - did not use (1 point). Annual preventive vaccination against influenza is not done by 83% of respondents (1 point), did not do it - 17% (0 points). 70% of students believed that flu vaccine can prevent disease (0 points), 30% - gave a negative answer (1 point). 91% of respondents considered themselves informed about the prevention of influenza (0 points), 9% - no (1 point). Drugs for the treatment of acute respiratory infections and flu are known to 98% of respondents (0 points), did not know - 2% (1 point). 83% of respondents took antiviral medications without a doctor's appointment (self-medicate) (1 point), 17% - did not take (0 points). 83% of students continue to work with flu ("to carry the disease on their feet") (1 point), 17% - answered negatively (0 points). 84% of respondents did not have chronic diseases (diabetes, bronchial asthma, obesity, kidney disease, etc.) (0 points), 16% - had (1 point). 89% of students did not have bad habits (smoking, alcohol) (0 points), 11% - answered positively (1 point). Summing up all the scores, the following results were obtained: 1% of the students had 0 points; 1 point - 4%; 2 points - 4%; 3 points - 15%; 4 points - 45%; 5 points - 17%; 6 points - 12%; 7 points - 0%; 8 points - 1%; 9 points - 0%; 10 points - 1%. Respondents who scored from 4 to 10 points were at risk. In all, 76% of the students were at risk. Thus, more than two-thirds of students in medical school were at risk for influenza and acute respiratory viral infections and need to do preventive measures.

А.А. Мустапаева

КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, Алматы

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Актуальность. Цистный эхинококкоз - является распространенной зоонозной инфекцией, вызываемой ленточными червями рода *Echinococcus*. Заражение человека происходит при контакте с объектами окружающей среды, контаминированными онкосферами паразита. [Ordabekov S.O. 2010, Ордабеков С.О. 2009]. Казахстан относится к эндемичным регионам с высокими показателями заболеваемости, что приводит к значительному экономическому ущербу [РЦРЗ, КП МЗ РК-2016, МКБ-10, Эхинококкоз – В67].

Цель: Изучить ультразвуковую картину кистозных образований печени.

Материалы и методы. Был проведен анализ данных ультразвукового исследования с кистозными образованиями печени. Были проанализированы ультразвуковые данные 160 пациентов. Из них у 55 (34,4%) больных были выявлены кистозные образования печени. Оценка ультразвуковой картины была проведена по ультразвуковой классификации, разработанной неофициальной рабочей группой ВОЗ по эхинококкозу (WHO-IWGE, 2003). Согласно этой классификации выделяют стадии: CL (cystic lesion) – кистозное образование; CE1 и CE2 (active) – активные стадии кисты с наличием жизнеспособных паразитов; CE3a и CE3b (transitional) – переходные, промежуточные; CE4 и CE5 (inactive) – неактивные стадии кисты с наличием нежизнеспособных паразитов. CE1 и CE3a – это ранние стадии, CE4 и CE5 – поздние стадии эхинококковой кисты [Torgerson P.R., 2003, Brunetti E., 2010].

Результаты и обсуждение. При анализе данных по половому распределению у мужчин цистный эхинококкоз печени был выявлен в 20% случаях, у женщин в 80% случаях. Наибольшее количество случаев цистного эхинококкоза наблюдалось в возрасте 20-30 (14,5%) и 40-50 (18,2%) лет. При анализе ультразвуковой картины кистозных образований печени был выявлен: стадия CL у 32 (58,18%), CE1 у 10 (18,18%), CE2 у 1 (1,84%), CE3a у 3 (5,45%), CE3b у 3 (5,45%), CE4 у 3 (5,45%) и CE5 у 3 (5,45%) пациентов.

При CL стадии у 75% пациентов было выявлено однокамерное образование анэхогенной струк-туры, с четкими, ровными контурами, с тонкой капсулой, округлой формы, с однородным содержимым, с эффектом дорзального усиления, у 25% однокамерное образование анэхогенной структуры, с четкими, неровными контурами, с тонкой капсулой, неправильной формы, с эффектом дорзального усиления.

При CE1 стадии у 50% пациентов ультразвуковая картина характеризовалась однокамерным образованием анэхогенной структуры, с четко визуализируемой двойной капсулой, с четкими, ровными контурами, с множественными гиперэхогенными включениями в содержимом, округлой формы, с эффектом дорзально-го усиления, у 50 % пациентов определялось анэхогенной структуры образование с многослойной капсулой, с четкими ровными контурами, с мелкими

гиперэхогенными включениями в содержимом, овальной формы, с эффектом дорзального усиления. У пациента с СЕ2 стадией ультразвуково-вая картина характери-зовалась многокамерным образованием анэхогенной структуры с четкими, ровными контурами, с четко визуализируемой стенкой, с перегородками (дочерними кистами), овальной формы, с эффектом дорзаль-ного усиления.

В 100% случаев у пациентов с СЕ3а стадией выявлялось жидкостное образование анэхогенной структуры с четкими, ровными контурами, с неоднородным содержимым в виде отслоившейся внутренней стенки (знак «водяной лилии»), округлой формы, с эффектом дорзального усиления. В 100% случаев в стадии СЕ3b визуализировалось жидкостное образование с четкими, неровными контурами, с неоднород-ной структурой, содержащая по периферии дочерние кисты, по контуру кисты визуализировалась гиперэхогенная капсула, с эффектом дорзального усиления. СЕ4 стадия в 66,6% случаев характери-зовалась образованием неоднородной структуры, с неровными прерывистыми, нечеткими контурами, с неоднородным содержимым в виде линейных эхогенных фрагментов, неправильно-округлой формы.

У 33,4% случаев также по контуру и в структуре образования визуализировались гиперэхогенные включения с акустической тенью. СЕ5 стадия в 100% случаев характеризовалась образованием с неоднородной структурой, с четкими, ровными контурами с фрагментированными участками с интенсивной акустической тенью, с неоднородным содержимым, неправильной формы.

Выводы. Наиболее часто были выявлены следующие стадии: стадия СL (58,18%), стадия (18,18%), самая редкая стадия СЕ2 (1,84%). У мужчин цистный эхинококкоз печени был в 20% случаях, у женщин в 80% случаях. Наибольшее количество случаев цистного эхинококкоза наблюдалось в возрасте 20-30 (14,5%) и 40-50 (18,2%) лет.

Ключевые слова: Цистный эхинококкоз печени, лучевая диагностика, ультразвуковая классификация WHO-IWGE.

Summary

A. Mustapayeva

KazNMU, Almaty

ULTRASOUND CHARACTERISTICS OF CYSTIC ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

The most common stages were: stage CL (58.18%), stage (18.18%), the rarest stage of CE2 (1.84%). In men, cystic liver echinococcosis was in 20% of cases, in women in 80% of cases. The greatest number of cases of cystic echinococcosis was observed at the age of 20-30 (14.5%) and 40-50 (18.2%) years.

Key words: cystic echinococcosis of the liver, visual diagnosis, WHO-IWGE sonographic classification.

Түйін

А.А. Мустапаева

Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

БАУЫРДЫҢ ЦИСТТІК ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ СИПАТТАМАСЫ

Ең жиі кездесетін сатылар: СL сатысы (58,18%), СЕ1 сатысы (18,18%), СЕ2 сатысы сирек кездеседі (1,84%). Ерлерде бауырдың цисттік эхинококкозы 20%, әйелдерде 80%- да кездесті. Цисттік эхинококкоз 20-30 (14,5%) және 40-50 (18,2%) жас аралықтарында жиірек кездесті..

Кілт сөздер: бауырдың цистты эхинококкозы, сәулелі диагностика, ДДСҰ-ның ультрадыбыстық жіктемесі.

Нуралинова Г., Маукаева С.Б

Семей мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

ТҰМАУ ЖӘНЕ ЖРВИ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Медицина университеті студенттерінің ЖРВИмен тұмауды алдын алу және өзіндік жұғу қаупі туралы ақпараттандырылуын бағалау.

Медицина университетінің 218 студентіне сауалнама жүргізілді. Сауалнама ЖРВИ және тұмауды алдын алу туралы сұрақтардан тұрды.

218 студент сауалнамадан өтті, олардан әйел жынысты-160 адам(63%), ерлерден 58 студент (27%). 17-25 жас аралығындағы студенттер (96%) басым болды, 4% респонденттер 26 жастан аскандар. Сауалнама қорытындысында студенттердің басым бөлігі тұмауды қауіпті инфекция (70%), ал 26 % қауіпсіз инфекция деп санайды және 4% бұл сұраққа жауап беруге қиналды. Барлық жауап бергендер

(100%) тұмау симптомдарын білемін деп санайды. Респонденттердің басым бөлігі (70%) тұмаудан екпе жасамайды, кейде (23%) және студенттердің (10%) жасайды. Білім алушылардың 67% екпеден кейін тұмаумен ауырмағанын, 34% сырқаттанғандығын айтты. Тұмауға қарсы екпенің тиімділігі жөніндегі сұраққа 57% студент екпенің дертке қарсы тұра алатындығы, 34% жауап беруге қиналды, 7% екпенің ешқандай әсері болмайтынын және 2% екпенің жағымсыз әсері бар деп санайды. Респонденттер тұмауды алдын алу үшін қолданылатын шараларын атап өтті: вирусқа қарсы дәрілерді қолданады (2%), 18 % ешнәрсе қолданбайды, 16% дәрумен қабылдайды, 11% шынығады, 3% тұмауға қарсы екпе жасайды, 1% қоғамдық орындардан бастартады және 31% барлық шараларды кешенді қолданады. Тұмаумен ауырған жағдайда студенттердің 42% бірден дәрігерге жүгінеді, 21% халық медицинасының кеңесін қолданады, 20% емделмей жатуды жөн көреді, 15% жарнамадан, интернет желісінен, газеттен көрген дәрілік препараттармен емделеді. Сұралғандардың 91% тұмаудың диагностикасы және алдын алу туралы ақпараттандырылған деп санайды, 8% шамалы және 1%- теріс жауап берді.

Сонымен медицина университеттің студенттері тұмауды қауіпті инфекция деп санайды (70%), тұмау клиникасын біледі (100%), сұралғандардың 57% екпе дертке қарсы тұра алады деп санайды, 91% тұмаудың диагностикасы және алдын алуы туралы өзін ақпараттандырылған деп санайды. Соған қарамастан сұралғандардың көпшілігі (70%) тұмауға қарсы екпе жасамайды, тек 42% дәрігерге жүгінеді.

Облокулов А.Р., Облокулов А.А., Вахабов А.А.

Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарская областная инфекционная больница, Бухара, Узбекистан

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА

Лечение лямблиоза представляет не менее трудную задачу, чем его диагностика. При этом целью терапии является не только эрадикация паразита, но и уменьшение клинических проявлений – абдоминального синдрома, интоксикации, аллергических и вегетативных нарушений. За последние годы создана целая серия препаратов нитроимидазола (метронидазол, тинидазол, орнидазол, секнидазол), производные нитрофурана (нифурател, нифуроксазид, фуразолидон), производные бензимидазола (албендазол) характеризующихся высокой эффективностью, липофильностью, хорошей всасываемостью и небольшой токсичностью. Несмотря на широкий спектр этиотропных препаратов, по прежнему на повестка дня сохраняется совершенствования терапии лямблиоза.

В последнее время для лечения лямблиоза народные средства в виде биологической активной добавки. Препарат Диворм (Vida Verde pharm) – это сплав народной и традиционной медицины, то есть лекарственные травы в формате таблеток. Его применяют, в основном, для лечения гельминтозов и комплексной терапии лямблиоза. Дополнительно фитопрепарат улучшает функции печени, желудка, поджелудочной железы, кишечника. Обладает общеукрепляющим действием. Производится в виде двояковыпуклых таблеток коричневого цвета с включениями. Активными компонентами являются следующие лекарственные растения: Соцветия пижмы обыкновенной. Имеет глистогонное действие, стимулирует пищеварение, улучшает перистальтику, обладает противовоспалительным и обезболивающим действием. Трава полыни горькой – способствует улучшению оттока желчи, нормализует работу кишечника. Бутоны цветков гвоздики. Препятствует процессам гниения в кишечнике. Является антисептиком, то есть убивает микробы. Негативно воздействует на яйца гельминтов. Кассия – трава со слабительным эффектом. Причем действует очень мягко.

Цель нашей работы – изучить эффективность применения препарата албендазол и биологической активной добавки-диворм у больных, страдающих лямблиозом.

Под наблюдением находились 91 пациентов с лямблиозом в возрасте от 20 до 48 лет. Диагностика лямблиоза проводилась с помощью метода микроскопии: непосредственно перед микроскопией готовили тонкий мазок с окраской 1% раствора Люголя. Серологическое исследование включало определение АТ к лямблиям в крови с использованием набора реагентов «Лямблия-антитела-ИФА-Бест», предназначенный для выявления иммуноглобулинов классов G, M к антигенам лямблий в сыворотке крови человека.

Все обследуемые больные разделены на основной и контрольной группы. Основная группа (48 больных) получили албендазол с диворм, больные контрольной группы (43 больных) получили албендазол. Албендазол назначали по схеме: 1 таблетка 400 мг дважды в сутки на протяжении 5 дней.

Больные основной группы в место с албендазолом получали Диворм по 3 таблетки 3 раза в день 20 минут до еды. В место с специфической терапии мы назначили соответствующего диетического режима, по показаниям—спазмолитиков (дюспаталин), энтеросорбентов (дюфалак), ферментов (креон), желчегонных, антигистаминных средств, противогрибковые и антиоксиданты. Положительный эффект основной группы был достигнут у 92% пациентов, а контрольной группы у 78% пациентов. Отмечалась хорошая переносимость препаратов, побочные явления отмечены у 7,9% больных контрольной группы.

Применение этиотропного лечения приводит к массивному распаду паразитов и всасыванию продуктов распада в кровь, что может стать причиной усиления интоксикации и сенсibilизации организма. Клинически это проявляется на 2–3 день лечения в виде ухудшения самочувствия ребенка, появления тошноты, рвоты, ухудшения аппетита, усиления зуда и высыпаний на коже. Такая реакция носит название реакции Яриша–Герксгеймера. Подобные явления мы наблюдали у 7 больных, эффективно пролеченного албендазолом. Указанные явления самопроизвольно купировались в течение 2–3 дней и не потребовали отмены терапии. Для уменьшения токсического действия продуктов распада лямблий под влиянием этиотропного лечения мы назначали дюфалак по 25-30 мл во время еды в течение 5-7 дней. Это мероприятие препятствует всасыванию токсических продуктов и ослабляет проявления реакции Яриш–Гейксгеймера.

Выводы:

1. Албендазол с дивормом является эффективным и хорошо переносимым средством для лечения больных с лямблиозом (эффективность составила 92,1%).
2. Дюфалак и диворм препятствуют всасыванию токсических продуктов и ослабляет проявления реакции Яриш–Герксгеймера.

Рахматова Д.Б. Худойдодова С.Г.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стали основной причиной смерти населения в экономически развитых странах, в большинстве из них в течение последних десятилетий отмечается устойчивая благоприятная динамика показателей сердечно-сосудистого здоровья. В это же время в Узбекистане также наблюдается тенденция к уменьшению сердечно-сосудистых заболеваний. Однако осложнения и летальность от сердечно-сосудистых заболеваний на фоне интеркуррентных заболеваний, в частности острых респираторных инфекциях (ОРИ) имеет актуальное значение.

Для предотвращения осложнений и летальности от сердечно-сосудистых заболеваний и профилактики интеркуррентных заболеваний у данного контингента, были разработаны основные приоритеты Национального проекта «Здоровье», укрепление первичного звена, развитие профилактики и диспансеризации. Понятно, что проведение профилактических мероприятий наиболее эффективно у лиц молодого возраста. Здоровье молодежи можно считать своеобразным барометром социального благополучия нации в целом, а также предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы, поэтому его изучение является особо актуальным в настоящее время. Однако принципы диспансеризации данной категории не определены в Национальном проекте и практически не разработаны.

Научной концепцией предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний протекающие с острыми респираторными инфекциями, связанных с атеросклерозом, стала концепция факторов риска, под которыми понимают характеристики, способствующие развитию и прогрессированию заболеваний. В настоящее время общепризнано, что одним из ведущих факторов риска мозгового инсульта, ишемической болезни сердца является артериальная гипертензия (АГ). АГ по своей распространенности и последствиям для сердечно-сосудистых заболеваний и смертности может быть в полной мере отнесена к числу социально значимых заболеваний. Но подобный возрастной подход представляется слишком обобщенным. Кроме того, выявляются существенные различия в частоте распространенности факторов риска в разных регионах, в различных социальных группах, что диктует необходимость их изучения и контроля на локальном уровне с учетом возрастных, образовательных и других параметров.

Цель. Оценить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и факторы риска атеросклероза (АС) среди лиц молодого возраста женского пола, а также изучении интеркуррентных заболеваний ОРИ.

Материалы и методы. Были обследованы 259 женщин в возрасте 18-60 лет, среди которых 153 оказались в молодом возрасте (18-29 лет). С учетом особенностей трудовой деятельности они были разделены на 2 группы: I-я (физического труда) – 72 человек; II-я (умственного труда) – 81 человек.

Результаты: У женщин во II-й группе АГ, ИБС, гипертрофия ЛЖ, частое заболевание острой респираторной инфекции, низкая физическая активность, курение, избыточная масса тела и дислипидемия наблюдались чаще, чем в I-й группе. Это наблюдение демонстрирует возможную взаимосвязь АГ, ИБС и факторов сердечно-сосудистого риска с профессиональной деятельностью женщин. Показательной оказалась степень осведомленности женщин о сердечно-сосудистых заболеваниях, так в I группе никто не был информирован об артериальной гипертонии, тогда как 60,0% женщин во II-й группы имели сведения об этой болезни. Наглядным явилось отсутствие каких-либо мероприятий (лекарственных и нелекарственных) по контролю за АГ у лиц I-й группы. Женщины умственного труда с более высоким образовательным уровнем во II-й группе регулярно наблюдались у врача по поводу АГ и лечились в 66,6% случаев. Наряду с этим проведенное дополнительное обследование (ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ) выявило поражение органов-мишеней у 20% лиц в I группе и в 11,1% во II группе, что вероятно может быть связано с большей приверженностью к лечению.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о возможной зависимости частоты распространенности артериальной гипертонии и факторов риска атеросклероза от специфики труда у женщин молодого возраста, а также интеркуррентных заболеваний в частности острых респираторных инфекции. Исходя из выше указанных, обязывает создание базы данных «Молодые женщины и их здоровье» и осуществление диспансерного медико-психологического наблюдения в первичном звене.

Умаров Ф.Х., Юлдашова Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ БРУЦЕЛЛЁЗНЫХ АРТРИТАХ

Актуальность. Бруцеллез представляет собой мировую проблему для медицинского и ветеринарного здравоохранения. Бруцеллез - социально значимая зоонозная инфекция, приносящая значительный экономический ущерб и обуславливающая высокий уровень инвалидизации больных.

Цель. Изучить эффективность местного применения гидрокортизона с помощью электрофореза при хронических бруцеллёзах с преимущественным поражением суставов (деформирующий остеоартроз).

Задачами исследования являются: Выявление клинических, морфофункциональных особенностей течения хронического бруцеллеза с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата; Определение наиболее физиологичных, патогенетических обоснованных методов воздействий физиотерапевтических процедур, с наименьшим количеством противопоказаний.

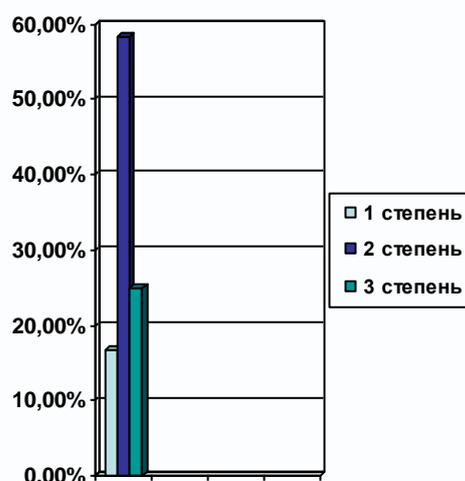
Изучение эффективности местного применения гидрокортизона, при различных степеней деформирующих остеоартрозах при хронических бруцеллёзах.

оценить эффективность и переносимость гидрокортизона при хронических бруцеллёзах с поражением суставов в исследуемой группы.

Материалы и методы: Исследование проводилось в отделении инфекционных заболеваний РМО Шафирканского района, Бухарской области. Нами были исследованы 20 больных с диагнозом хронический бруцеллез осложнившихся артритами разной локализации, из них 5 женщин, 15 мужчин. Для сопоставления результатов взята 17 больных. Все больные осведомлены о проводимой процедуре.

Оценка переносимости процедур проводилась путем подсчета количества неблагоприятных реакций, требующих отмены физиотерапию. Эффективность оценивалась по уменьшению основных клинических проявлений, сравнением с контрольной группой. Использовались стандартные методики расчета средних величин, метод корреляций, достоверность разности величин оценивалась по коэффициенту Стьюдента. Пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию. Все пациенты имели бруцеллезные артриты; у 60% обследованных имелось сочетание с рентгенологически подтвержденным деформирующим остеоартрозом (ДОА). ДОА I ст. выявлен у 16.7% пациентов, 2 ст. – у 58.3%, 3 ст. – у 25%. Имеется прямая достоверная корреляция ($p < 0,5$) между степенью развития ДОА, возрастом пациента и длительностью анамнеза заболевания. Чаще

поражаются тазобедренные, коленные и голеностопные суставы. Четверть пациентов имели лабораторно подтвержденные признаки воспаления в суставах – у 30% обнаружен С-реактивный белок в диагностическом титре. У 20% пациентов отмечено повышение СОЭ от 19 до 35 мм/ч. Почти у половины пациентов с бруцеллезом имеют сопутствующее поражение сердечно-сосудистой системы. У большинства имеется (40%) артериальная гипертензия (АГ), являющаяся эссенциальной (37.5%), или вследствие нейроциркуляторной дистонии (62.5%); у остальных пациентов отмечали нестабильность артериального давления. У трети пациентов имеется ИБС (33,3%), проявляющаяся чаще стабильной стенокардией II функционального класса. Состояние сердечнососудистой системы, безусловно, должно учитываться при назначении физиопроцедуры. Выявленные особенности течения бруцеллеза определяют особенности назначения физиопроцедуры пациентам с хроническим бруцеллезом при преимущественном поражении опорнодвигательного аппарата. Степень деформирующего остеоартроза у исследованных больных.



Результаты и их обсуждение: Наряду со стандартной схемой лечения исследуемой группе был назначен электрофорез гидрокортизоном в области поражённых суставов. Воздействие на суставы проводился ежедневно на 2 сустава в день, при необходимости воздействия на несколько суставов, поля чередуют через день: например, 1 день – коленные суставы, 2-ой день – голеностопные. Сегментарная методика проводится ежедневно или чередуется через день с местным воздействием (решение - индивидуально). Выбор методики из предложенных выше проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента, противопоказаний, физиотерапевтического анамнеза, сопутствующих заболеваний, преимущественных жалоб. Курс – 10-15 процедур.

После 2-3 недель курсового стационарного лечения (средний койко-день 21.4) при применении электрофореза по предложенным методикам, выявлены следующие изменения: 96% пролеченных отметили значительное снижение боли в суставах, в группе без физиолечения – 89 %. Воспаление купировано в 100% случаев в обеих группах. При этом у пациентов с исходно повышенным СОЭ произошло его достоверное снижение с $25,00 \pm 0,95$ на $13,25 \pm 0,86$ до $11,75 \pm 0,76$ мм/ч.

У пациентов в обеих группах отмечена нормализация температуры тела. Все пациенты были положительно настроены на физиотерапию, часть пациентов активно просили лечащего врача о раннем и обязательном назначении электрофореза гидрокортизоном.

Выводы: Таким образом, с применением электрофореза с гидрокортизоном, больным с хроническим бруцеллёзом с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата приводит к: раннему купирование болезненных ощущений ограничивающих движений, воспалительного процесса;

предотвращает возможные побочные системные явления (за счет местного применение препарата); удлиняет ремиссию патологического процесса.

целесообразна применения электрофореза с гидрокортизоном пациентам с бруцеллезом с учетом рекомендованных особенностей.

Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Альшева Н.О., Бейсекова М.М.
 Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВГВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Прогнозирование инфекционной заболеваемости является важной научно-практической проблемой для обоснования ряда важных мероприятий с целью стабилизации распространения инфекции. По современным представлениям характер тенденции заболеваемости зависит, прежде всего, от качества и эффективности профилактических мероприятий, направленных на основные причины и условия развития эпидемического процесса.

Проблема вирусного гепатита В. несмотря на снижение заболеваемости в республике, сохраняет свою актуальность. Это одна из самых распространенных вирусных инфекций, по ущербу здоровью людей и наносимым экономическим потерям занимающая ведущее место среди инфекционных заболеваний. Изменилась структура путей передачи вируса гепатита В (ВГВ), в которой стала превалировать передача, ассоциированная с внутривенным введением наркотиков [1-2].

Целью исследования явилось прогнозирование уровня заболеваемости вирусным гепатитом В в Республике Казахстан.

Материалы и методы исследования. Исследование носило комплексный многоэтапный характер с использованием описательных и аналитических эпидемиологических приемов, ретроспективного эпидемиологического анализа, математического прогнозирования и статистических исследований.

Результаты и обсуждения. Анализ интенсивных показателей многолетней динамики заболеваемости ВГВ в Республике Казахстан за 1993 по 2015 годы показан на рисунке 1.

Максимальный уровень заболеваемости за период наблюдения был зарегистрирован в 1996 году и составил 29,72 на 100 тысяч населения; минимальный в 2011 году – 1,76. Отмечаются высокие показатели заболеваемости ВГВ населения РК с 1993 по 2005 годы, а также в 2012 году. Показатели заболеваемости на 100 000 населения составили соответственно 25,1; 23,6; 26,79; 29,72; 29,34; 25,31; 18,31; 22,4; 19,88; 15,1; 13,1; 12,35; 9,32 и 10,34.

Основными причинами роста заболеваемости гепатитом В явились такие факторы как: контакт с инфицированной кровью или ее препаратами, беспорядочные половые связи со многими партнерами, внутривенное введение лекарств или наркотиков, иглоукалывание, прокалывание ушей или нанесение татуировок, медицинские манипуляции нестерильными инструментами, наконец, в группу риска входят младенцы инфицированные гепатитом от матерей. Кроме того, риск инфицирования этими формами гепатита повышается у пациентов с гемофилией, у людей, которым пересаживали донорские органы или переливали кровь.

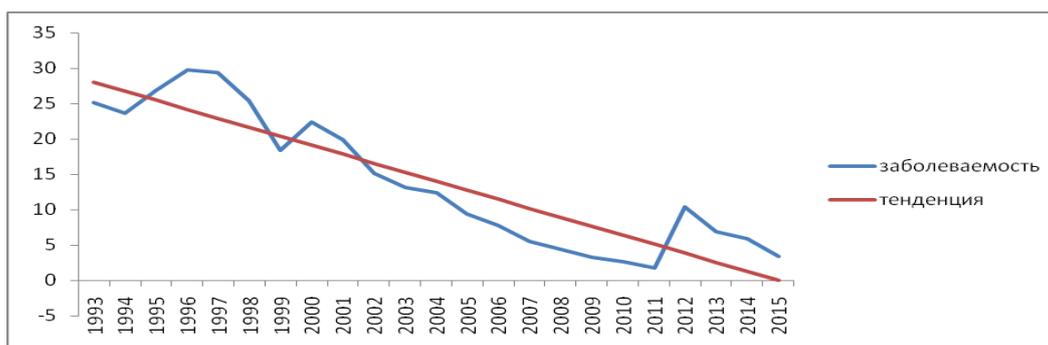


Рисунок 1 - Многолетняя динамика заболеваемости ВГВ в Республике Казахстан за 1993 по 2015 годы

Несмотря на снижение числа больных острым гепатитом В отмечаются высокие показатели заболеваемости хроническими формами патологии. Именно такие пациенты являются источниками инфекции для 90% заболевших острым гепатитом. Чем больше их в обществе, тем выше эпидемический потенциал парентеральных вирусных гепатитов и, следовательно, выше заболеваемость [3].

Период 2006–2011 гг. характеризуется стабильным снижением заболеваемости ВГВ благодаря осуществлению программ вакцинопрофилактики.

Теоретические уровни заболеваемости на 1993 по 2015 годы, были рассчитаны на основании метода

наименьших квадратов. Оценивая тенденцию заболеваемости, отмечаем выраженную тенденцию к снижению. Для количественной оценки многолетней тенденции заболеваемости рассчитан «среднегодовой темп снижения/прироста». Среднегодовой темп снижения заболеваемости ВГВ для населения Республики Казахстан составил $T^{сн} = -9,1\%$ и оценивается как выраженный темп снижения. Оценивая направление и выраженный темп снижения заболеваемости, отмечаются циклические колебания в течение эпидемического процесса ВГВ с 1993 по 1998 годы, с 1999 по 2005 годы, с 2012 по 2015 годы.

Если к 2016 году сохранится отмеченная за предыдущий период тенденция заболеваемости ВГВ, то в прогнозируемом году заболеваемость может принять любое значение в пределах от $2,8\text{‰}$ до $4,5\text{‰}$.

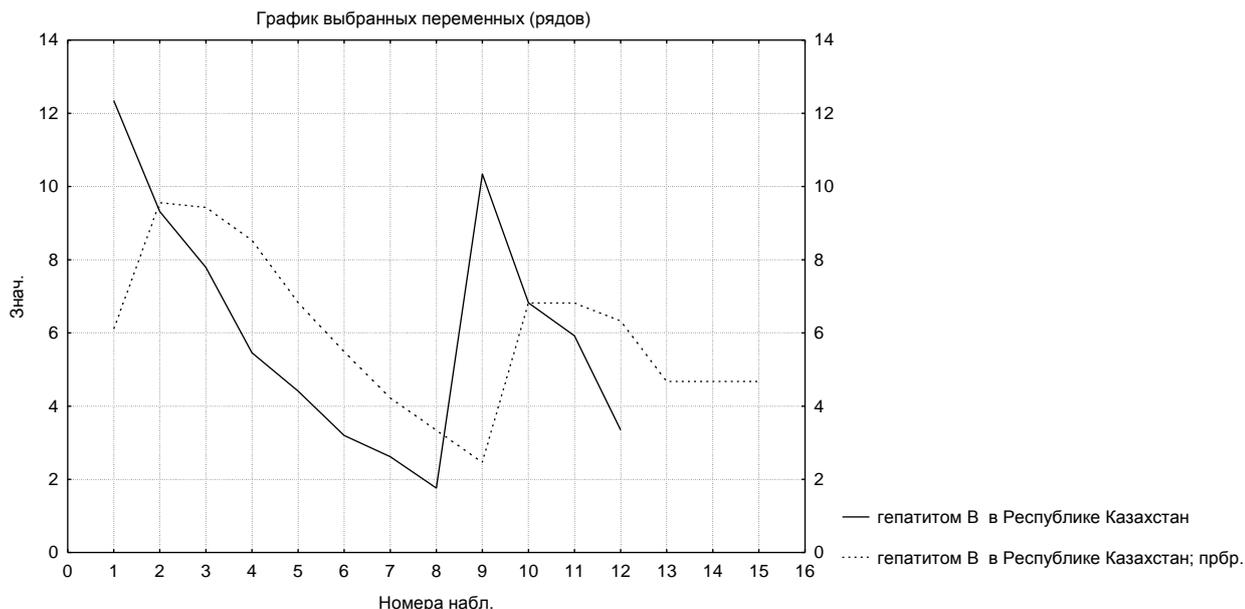


Рисунок 2 - Характер тенденции заболеваемости ВГВ населения РК

Динамическим рядом для прогнозирования являются многолетние уровни показателей заболеваемости ВГВ по Республике Казахстан. Данные расположены в хронологическом порядке, в период с 2004 по 2015 годы. Показатели заболеваемости составляют уровни динамического ряда. Данные по заболеваемости - это одномерный массив данных, число переменных (признаков) равно единице, число наблюдений - 12 лет (с 2004 по 2015 гг.).

Характер тенденции заболеваемости проявляется на рисунке 2 и в системе статистических показателей. Оси динамических рядов строят в прямоугольной системе координат. На оси абсцисс представляют период времени (t) - с 2004 по 2015 гг. дополнительно к ним взяты еще будущие прогнозируемые 3 года с 2016 по 2018 гг. Ряд - уровни заболеваемости гепатита В расположены по оси ординат.

На рисунке видно, что в 2004 году уровень заболеваемости вирусным гепатитом В в республике достиг максимальной отметки - 12,35 случаев на 100 тысяч населения. В связи с ухудшением эпидемиологической ситуации в 2011 году уровень заболеваемости вирусным гепатитом В достиг показателя 16,24.

После экспоненциального сглаживания, выравнивания показателей заболеваемости проводим экстраполяция. Экстраполяция - это метод научного исследования, который основан на распространении прош-лых и настоящих тенденций, закономерностей, связей на будущее развитие объекта прогнозирования. За счет проведенной экстраполяции осуществляем прогноз заболеваемости вирусным гепатитом В.

Данные по заболеваемости гепатита В и их экспоненциальные сглаживания показаны в таблице 1. Преобразованные показатели заболеваемости, выравненные с помощью экспоненциального сглаживания на рисунке обозначены пунктирной линией. На основе этих сглаженных показателей построен и рассчитан прогноз заболеваемости вирусным гепатитом В на будущие 3 года с 2016 по 2018 гг.

Таблица 1 - Заболеваемость ВГВ и их экспоненциальные сглаживания

Заболеваемость гепатитом В в Республике Казахстан	Экспоненциальные сглаживания	Остатки
12,35000	6,111667	6,23833
9,32000	9,561465	-0,24146
7,79000	9,427935	-1,63793
5,46000	8,522157	-3,06216
4,41000	6,828784	-2,41878
3,20000	5,491197	-2,29120
2,62000	4,224165	-1,60416
1,76000	3,337062	-1,57706
10,34000	2,464947	7,87505
6,82000	6,819851	0,00015
5,92000	6,819933	-0,89993
3,35000	6,322270	-2,97227
-	4,678605	-
-	4,678605	-
-	4,678605	-

На основании данных заболеваемости вирусным гепатитом В за 2004 -2015 гг., рассчитан прогноз на период с 2016 по 2018 годы, который составит - 4,67 случаев на 100 тысяч населения.

Проведен прогноз заболеваемости вирусным гепатитом В на ближайшие 3 года по всем 14 областям республики. На основе многолетних данных ВГВ с 2004 по 2015 гг. были экспоненциально сглажены показатели заболеваемости, после проведенной экстраполяции осуществлен прогноз. Основные данные прогнозируемого уровня заболеваемости вирусным гепатитом В по областям приведены в таблице 2.

Результаты прогноза показывают, что максимальные уровни заболеваемости ВГВ по республике ожидаются в регионах Алматинской и Южно-Казахстанской области - 5,12 и 3,92 случаев на 100 тысяч населения соответственно. Минимальный уровень заболеваемости ожидается в Павлодарской области - 0,22.

Таблица 2 - Прогнозируемый уровень заболеваемости ВГВ по областям республики

Области Республики Казахстан	Прогнозируемые уровни заболеваемости ВГВ на период с 2016 по 2018 гг.
Акмолинская	1,19
Актюбинская	3,58
Алматинская	5,12
Атырауская	2,33
Восточно – Казахстанская	2,84
Жамбылская	2,62
Западно – Казахстанская	1,17
Карагандинская	3,03
Костанайская	2,18
Кызылординская	3,22
Мангыстауская	2,43
Павлодарская	0,22
Северо – Казахстанская	1,91
Южно – Казахстанская	3,92

Таким образом, динамика заболеваемости ВГВ в Республике Казахстан характеризуется выраженной тенденцией снижения и многолетней цикличностью течения эпидемического процесса. Прогнозируемый уровень заболеваемости ВГВ по областям республики выявил, что ожидается повышение в регионах Алматинской и Южно-Казахстанской области - 5,12 и 3,92 случаев на 100 тысяч населения соответственно.

Литература

1. Шульпекова Ю.О. Острый вирусный гепатит // Лечащий врач. – 2005. – С. 20-23.
2. Прудникова Т.П. Вирусные гепатиты – проблема номер один в гепатологии // Врач. – 2004. – № 12. – С. 34-35.
3. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 383 с.

М.Т.Хатамова, Ш.Ж.Шукурлаева

Кафедра акушерства и гинекологии

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ И ОСОБЕННОСТИ ИММУНО-ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Ключевые слова: 1. ЛГ лютеинизирующий гормон; 2. ФСГ – фолликулостимулирующий гормон; 3. ЭСЛ – эстрадиол; 4. КТ – кортизол.

Физиологическое течение родов и послеродового периода имеет существенное значение для своевременного и полноценного восстановления менструальной и генеративной функции женского организма. Гормональный статус в послеродовом периоде изучен недостаточно. В отечественной и зарубежной литературе имеются разноречивые данные относительно сроков нормализации уровней гонадотропных и стероидных гормонов после родов (Г. П. Мясникова и соавт.; Nakano и соавт.; Vaidya и соавт.).

Во время беременности в организме женщины возникают также сложные иммунные реакции, протекающие при участии гуморальных и клеточных факторов иммунитета. Обращает на себя внимание специфичность иммунного ответа у беременных женщин. Целый ряд неблагоприятных факторов (наличие заболеваний у матери, акушерская патология, антигенная несовместимость) могут вести к нарушению течения иммунных реакций, играющих большую роль в поддержании гомеостаза беременной.

Данные о функциональном состоянии гормональной и иммунной систем у женщин при физиологическом послеродовом периоде весьма фрагментарны. В то же время не представляется возможным изучение данных показателей при патологии без сравнения с нормой.

Цель исследования: изучение иммунологических и гормональных показателей нормального послеродового периода.

Учитывая изложенное, мы провели исследования количественного содержания гонадотропных и стероидных гормонов в плазме крови у 53 здоровых родильниц с сохраненной лактацией.

Материалы и методы обследования: из 53 здоровых родильниц с сохраненной лактацией, 38 обследованных женщин были первородящими, 15- повторнородящими. Роды у всех были своевременными, неосложненными. Послеродовой период протекал без осложнений. Родились 53 живых доношенных ребенка, состояние которых по шкале Апгар было оценено в 8-10 баллов. Контрольную группу составили 20 небеременных женщин. Проведено также изучение сывороточных иммуноглобулинов А, М, G у 220 здоровых женщин в динамике беременности, родов и в послеродовом периоде. Для оценки полученных данных иммуноглобулины исследованы также у 120 небеременных женщин (первичных доноров) репродуктивного возраста.

Кровь для исследования брали с 1-го по 42-й день послеродового периода; Содержание в плазме крови гонадотропинов - ЛГ и ФСГ, а также эстрадиола определяли иммунологическим методом при использовании стандартных наборов. Количественное определение прогестерона и кортизола проводилось по принципу лабораторного исследования. Количественное определение сывороточных IgA, IgM, IgG производили методом радиальной иммунодиффузии международного эталона.

Из полученных данных, что у родильниц с нормальным течением послеродового периода имеют место определенные количественные изменения содержания гонадотропинов и стероидных гормонов. Содержание ЛГ в плазме крови женщин на 1-7-й день нормального послеродового периода высокое. К 14-му дню после родов не снижалось до уровня базальной секреции его при нормальном менструальном цикле. К концу 1-го месяца (с 22-го по 28-й день) физиологически протекающего послеродового периода количество ЛГ, что соответствует базальной секреции этого гормона в фолликулярной фазе и стадии расцвета желтого тела нормального менструального цикла. К 42-му дню после родов содержание ЛГ

соответствует его базальной секреции в стадии регресса желтого тела при нормальном менструальном цикле

Уровень ФСГ в первые 7 дней после родов был низким. К 14-му дню, к концу 1-го месяца и даже к 42-му дню после родов содержание этого гонадотропина оставалось ниже его уровня в ранней (3-7-й день) и поздней (8-12-й день) стадиях развития фолликула, но приближалось к среднему уровню в лютеиновую фазу нормального менструального цикла.

Уровень прогестерона в 1-ю неделю физиологически протекающего послеродового периода был высоким. К 14-му дню понизился, что значительно ниже среднего содержания этого гормона в стадии расцвета желтого тела лютеиновой фазы нормального менструального цикла (17-23-й день). С 15-го до 28-го дня послеродового периода отмечается еще большее уменьшение концентрации прогестерона в плазме крови родильниц; к концу 42-го дня уровень его соответствует таковому в поздней фолликулярной и овуляторной фазе нормального менструального цикла.

Количество эстрадиола к 14-му дню нормального послеродового периода снижается по сравнению с 1-7-м днем. На 28-й день уровень эстрадиола, что статистически достоверно ниже его базальной секреции в фолликулиновой и лютеиновой фазах нормального менструального цикла, но соответствует уровню в перивуляторный период.

Содержание кортизола в плазме крови к 14-му дню послеродового периода равномерно снижается и отмечается тенденция к возвращению его к уровню, характерному для нормального менструального цикла (в ранней фолликулярной фазе нормального менструального цикла). К 15-21-му дню послеродового периода уровень кортизола соответствует норме.

Результаты наших исследований сывороточных иммуноглобулинов у женщин при физиологически протекающей беременности и нормальном послеродовом периоде изучены в хронологическом аспекте. Сравнение данных, полученных у женщин контрольной группы и других исследованных групп, показало, что только у здоровых женщин, при сроке беременности 36-38 нед, у рожениц и родильниц спустя 1 день после родов содержание IgG и IgM статистически значимо ниже, чем у небеременных женщин; в содержании IgA различий не выявлено. К концу 1-й недели нормального послеродового периода обнаружено значительное увеличение концентрации IgG, что отражает физиологическую реакцию организма беременной женщины в условиях, исключающих поступление IgG от матери к плоду, вследствие прекращения тесной связи между их организмами. Содержание IgA и IgM не изменяется. К концу 2-й недели после родов уровни IgA, IgM, IgG стабилизируются и соответствуют наблюдающемуся у небеременных женщин.

Полученные результаты гормональных и иммунологических исследований, проведенных у здоровых родильниц с сохраненной функцией лактации, имеют важное значение при изучении процессов становления у них репродуктивной функции.

Выводы: таким образом, полученные данные указывают на отсутствие нормализации уровней ФСГ, ЛГ, прогестерона и эстрадиола в первые 2 нед послеродового периода.

К концу 1-го месяца после родов концентрация ЛГ приближается к уровню его базальной секреции в фолликулярной фазе нормального менструального цикла, к 42-му дню содержание ЛГ равно его базальной секреции в стадии регресса желтого тела. Однако и к этому сроку нормального послеродового периода количество ЛГ не достигает показателей, присущих нормальному менструальному циклу.

Содержание ФСГ к концу 1-го месяца и даже к 42-му дню после родов остается более низким, чем в ранней и поздней стадиях фолликулярной фазы, но приближается к средней концентрации его в лютеиновой фазе нормального менструального цикла. На нормализацию уровней гонадотропных гормонов к концу 1-го месяца послеродового периода указывает и Г. П. Мясникова и соавт.

К этому сроку послеродового периода не происходит полной нормализации секреции эстрадиола и прогестерона. Уровень этих стероидных гормонов остается низким, что соответствует результатам исследований Е. А. Чернуха и соавт. Следует, однако, отметить, что к 42-му дню нормального послеродового периода уровень прогестерона и эстрадиола соответствует таковому в перивуляторный период нормального менструального цикла.

Содержание кортизола нормализуется к 15-21-му дню нормального послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митина Л. С., Фонченко Н. Д. - Пробл. эндокринологии, 2012, № 2, с. 85-89.
2. Потин В. В., Мясникова Г. П. и др. - Вопр. охр. мат., 2008, № 3, с. 23-24.
3. Соколова З. П., Чернуха Е. А. и др. - Акуш. и гин., 2009, № 7, с. 18-20.
4. Афонина Л. И., Фонченко Н. Д., - Лаб. дело, 2014, № 7, с. 12-14.
5. Kayashima F., Nakano R., et al. - Acta Obstet. gynec. scand., 2014, v.53, p. 303-307.

Ш.Ж.Шукурлаева, М.Т.Хатамова

Кафедра акушерства и гинекологии

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ГЕМОСТАЗ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Ключевые слова: 1. ДВС-диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови; 2. АДФ – Аденозиндифосфорная кислота; 3. СОЭ - скорость оседания эритроцитов; 4. АЧТВ – активированный частичный тромбопластин времени; 5. ФФДП – фибрин – фибриногеновые деградационные продукты.

За последние годы значительно расширились представления о роли системы гемостаза в процессах воспаления, стресса, иммунитета (М.И. Кузин и соавт.)

Установлена обще патологическая роль неспецифического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС) в патогенезе тяжелых септических процессов. Пусковыми механизмами возникновения синдрома ДВС при септических процессах являются повреждение эндотелия сосудов эндо- и экзотоксинами, при котором происходит выделение тканевого тромбопластина, активация фактора Хагемана (XII); взаимодействие эндо-и экзотоксинов с тромбоцитами, их агрегация, высвобождение аденозиндифосфорной кислоты (АДФ), серотонина, гистамина, тромбоцитарных факторов 3 и 4, гемолиз эритроцитов и высвобождение эритроцитарного тромбопластина и др. (Muller-Berhaus и соавт.).

Наличие синдрома ДВС у больных с послеродовыми септическими заболеваниями явилось патогенетическим обоснованием для включения гепарина в комплекс лечебных мероприятий.

Однако гепаринотерапия при тяжелых септических процессах не всегда эффективна ввиду длительно существующего синдрома ДВС, при котором интенсивно потребляется кофактор гепарина анти-тромбин III, высвобождается антигепариновый фактор тромбоцитов 4, прогрессирует метаболический ацидоз. В связи с этим приобретает важное значение дифференциальная оценка состояния всех звеньев системы гемостаза при начальных проявлениях послеродовой инфекции.

Наиболее частыми клиническими формами послеродовых инфекционных заболеваний являются эндометрит и мастит (Б. Л. Гуртовой и соавт.: Gibbs и Huff). Своевременная диагностика и ранняя рациональная терапия их начальных стадий способствуют предупреждению развития более тяжелых гнойно-септических осложнений послеродового периода. Между тем комплексное лечение этих состояний, предпринятое даже в начальной фазе заболевания, не всегда оказывается достаточно эффективным. В определенной мере это можно объяснить недоучетом некоторых звеньев патогенеза гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний. В доступной литературе мы не встретили сообщений о состоянии системы гемостаза при начальных клинических проявлениях эндометрита и мастита после родов. Указанные обстоятельства послужили основанием для проведения наших исследований.

Цель исследования: определение аспектов гемостаза в ранней диагностике послеродовых септических заболеваний.

Материалы и методы обследования: Всего было обследовано 80 больных с послеродовым эндометритом (40) и маститом (40). Контрольную группу составили 30 женщин с неосложненным течением послеродового периода. Средний возраст больных послеродовым эндометритом $29,3 \pm 1,6$ года, маститом - $28,4 \pm 1,4$ года.

Клиническая картина начальных проявлений послеродового эндометрита характеризовалась подъемом температуры тела до 38°C , болезненностью матки при пальпации, появлением мутных лохий с неприятным запахом, умеренным повышением СОЭ (до 20 мм/ч), незначительным сдвигом влево формулы белой крови. У всех больных с серьезным маститом отмечено повышение температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$, появление болей в молочной железе, гиперемия кожи над очагом поражения; в толще железы определялись уплотненные болезненные участки без четких контуров. При исследовании крови обнаружен умеренный лейкоцитоз (до 15 000-20 000 в 1мкл), сдвиг влево формулы белой крови с нарастанием числа палочкоядерных лейкоцитов, увеличение СОЭ до 25-30 мм/ч.

Состояние системы гемостаза исследовали с помощью следующих методов: определения концентрации фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) с использованием стандартных реактивов, фибрин-фибрино-геновых деградационных продуктов (ФФДП) в сыворотке крови с помощью иммунологического теста, количество тромбоцитов подсчитывали на счетчике частиц.

Результаты исследования: системы гемостаза у больных с начальными клиническими проявлениями послеродового эндометрита и маститанаблюдались идентичные общебиологические закономерности изменений в системе гемостаза, сущность которых заключается в активации прокоагулянтного звена системы гемостаза и уменьшении антикоагулянтного потенциала крови; каких-либо отчетливых различий, обусловленных нозологической формой заболевания, мы не обнаружили.

При оценке функциональных свойств тромбоцитов обращало на себя внимание отсутствие дезагрегации у 80% при стимуляции агрегации малыми дозами АДФ. В то же время достоверных изменений агрегации при стимуляции большими дозами АДФ нами не отмечено. При исследовании коллаген-агрегации выявлено незначительное укорочение латентного времени и повышение секреторной интенсивности коллаген-агрегации, что свидетельствовало о повышении секреторной функции и реакции «высвобождения» в процессе активации функции тромбоцитов у больных с начальными проявлениями послеродовых инфекционных заболеваний.

Об активации прокоагулянтного звена системы гемостаза свидетельствовало незначительное укорочение АЧТВ, характеризующего состояние внутреннего пути свертывания крови и выражающего суммарную активность основных плазменных факторов свертывания крови. По-видимому, данным феноменом и объясняется снижение содержания антитромбина III, который, являясь естественным антикоагулянтом крови, реагирует на активацию факторов свертывания крови (XII, XI, IX, VII, V, II), образуя с ними комплексы. Следует отметить, что у обследованных нами больных не обнаружено повышенной концентрации растворимых комплексов фибрина и ФФДП, что указывает на отсутствие у них патологического внутрисосудистого свертывания крови.

Выводы: таким образом, при начальных проявлениях послеродовых инфекционных заболеваний (эндометрит и мастит) происходит одновременная активация как тромбоцитарного, так и прокоагулянтного звеньев системы гемостаза, однако образования выраженных тромбоцитарно-фибриновых сгустков в микроциркуляторном русле не отмечается. Характерным гемостазиологическим признаком является уменьшение содержания антитромбина III и почти полное отсутствие дезагрегации при стимуляции агрегации тромбоцитов малыми дозами АДФ.

Исследование системы гемостаза с адекватной оценкой антикоагулянтного потенциала крови (антитромбин III) и функциональных свойств тромбоцитов позволяет своевременно выявить активацию системы гемостаза и провести мероприятия по профилактике патологического внутрисосудистого свертывания крови. В связи со способностью малых доз гепарина (1500 ЕД/сут) повышать антикоагулянтный потенциал крови, возможно, целесообразно его применение в комплексном лечении начальных проявлений эндометрита и мастита.

Литература

1. Серов В. Н., Гуртовой Б. Л. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. М., 2012.
2. Балуда В. П.- В кн.: Актуальные проблемы гемостазиологии. М., 2008, с. 16-28.
3. Баркаган Э. С. Геморрагические заболевания и синдромы. М., 2008.
4. Кузин М. И., Сорокина М. И., Макацария А. Д. и др.- В кн.: Противотромботическая терапия в клинической практике. Ат, 2009, с. 75-76.
5. Bick J.- Ann. N. Y. Acad. Sci., 2008, v. 370, p. 843-850. Gibbs R. S., Huff R. W.- Am. J. Obstet. Gynec.- 136, p. 31-37.
8. Muller-Berghaus G. R., Bohn £., Haber W.- Brit. J. Heemat', 2006, V. 33. p. 213-220.

Хасанова Г.М., Свирина А.С., Музыченко А.В., Хасанова А.Н.

Башқұрт мемлекеттік медицина университеті, Уфа, Ресей

МЕРЗІМІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӘР ТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА ҚАН САРЫСУЫНДАҒЫ ЦИТОКИНДЕР КОНЦЕНТРАЦИЯСЫ ЖӘНЕ БҮЙРЕК СИНДРОМЫ БАР ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАНЫҢ АУЫРЛЫҒЫ

Кіріспе. Башқұртстан Республикасы, оны төмендету үшін ешқандай үрдісі бар бүйрек синдромы (ГЛПС), геморрагиялық қызбаның сырқаттанушылық бойынша көп жылдар бойы жетекші орындардың бірі болып табылады. Бұл ауруды диагностикалау қиындықтарына, әсіресе ерте сатыларда және оның алдын алудың тиімді әдістерінің жоқтығына ықпал етеді. дәл бүгін бастапқы ГЛПС емдеу болып табылады патогенді терапия көлемін анықтау үшін қажетті ағза хантавирус

патологиялық тетіктерін егжей-тегжейлі және толық зерттеу. Эндотелияның зақымдануы HFRS патогенезінде шешуші рөл атқаратыны белгілі. Алайда хантавирус эндотелий жасушаларының ешқандай тікелей cytopathic әсері, бірақ [1], тек бастамашысы иммундық қабынуы қызмет етеді. Көптеген жұқпалы аурулардың патогенезінде цитокиндер, соның ішінде ГФР [3] жетекші рөл атқарады. Біз үшін қол жетімді әдебиетте біз HFRS бар балалардағы цитокиндердің динамикасын зерттеу туралы ешқандай жарияланымға тап болмадық.

Біздің зерттеу мақсаты Pro қабынуға цитокиндер Ил-1 β динамикасының салыстырмалы зерттеу, бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызбасын балалар бар науқастарда tumornekrotiziruyuschego фактор- α , α -интерферон және γ -интерферон жүргізу болды.

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге УФА-ның №4 жұқпалы клиникалық ауруханасында жатқызылған 47 баланы жатқызды. Пациенттер шартты түрде 2 топқа бөлінді. Бірінші топ диагнозбен емделген 25 науқастан тұрады: HFRS орташа ауыр түрі. Екінші топқа ауыр HFRS диагнозы бар 22 пациент кірді. Бұл екі топта зерттелгендердің жасы 5-17 жыл болды. Бірінші топтағы орташа жас 11.1 ± 1.6 жас, екінші топтағы - 11.3 ± 1.3 жас.

Цитокиннің жағдайын салыстыру үшін цитокиннің мәртебесі бойынша 5-тен 17 жасқа дейінгі 24 сау бала зерттелді, бұл топтың орташа жасы $11,2 \pm 1,4$ жасты құрады.

Фебрильді, олигуриялық, полиуральды кезеңдерде және емделу кезеңінде зерттелген пациенттерде цитокиндердің мазмұны, ауруханадан шыққаннан кейін 1 ай. Нәтижелерді салыстыру сау балалар тобында цитокиндердің көрсеткіштерімен жүргізілді.

Цитокиннің мазмұны «Протеин-Контур» ЖШС-нің (Санкт-Петербург қ.) Коммерциялық реагенттер жиынтығы арқылы ферментті иммундық әдіспен анықталды.

Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу Windows үшін статистика 7.0 статистикалық бағдарламаларын қолдана отырып, параметрлік және параметикалық емес статистикалық статистиканы пайдалана отырып жүргізілді. Орташа мән (M) және орташа мәннің қателігі (m) Microsoft Excel бағдарламасында есептелген.

Нәтижелер мен талқылау. Зерттелген пациенттерде ГФРР түрлі кезеңдеріндегі цитокиндердің мазмұны 1-кестеде келтірілген қарап балалардың Pro қабынуға цитокиндер ИЛ-1 β және TNF α динамикасын талдау кезінде, ол Мазасыз кезеңде қазірдің өзінде бұл Ил-1 β және TNF α арттыру пайда болады. Алайда, осы цитокиндердің өсуі тек ауыр HFRS кезінде статистикалық маңызды болды ($p < 0,05$). Олигуриялық кезеңде олардың көбеюі айқынырақ болады. ИЛ-1 β тиісінше 4 және 5 есе қалыпты және ауыр HFRS формасында өседі. TNF α қалыпты нысанда 7 есе, ал қатаң түрде 9 есе өсті. Осылайша, HFRS-ның ауыр түрінде, ИЛ-1 β және TNF α протеинтамды цитокиндері қалыпты ауырлықтан гөрі күшейе түседі.

Кесте 1- Аурудың кезеңіне және ауырлығына байланысты гфр-мен бар балалардың цитокинді мазмұны

Аурудың және ауырлық нысандарының кезеңдері	n	ИЛ-1 β (pg / ml)	TNF α (pg / ml)	INF α (pg / ml)	INF- γ (pg / ml)	ИЛ-10 (pg / ml)
Қызу						
Орташа ауыр	25	32,5 \pm 2,9	16,2 \pm 2,7	20,8 \pm 1,3*	9,7 \pm 1,2*	12,72 \pm 0,98
Ауыр	22	39,5 \pm 2,5*	36,7 \pm 2,8*	18,3 \pm 1,8*	7,8 \pm 1,7*	11,92 \pm 0,49
Олигоануриялық						
Орташа ауыр	25	102,9 \pm 6,6*	69,5 \pm 3,9*	17,2 \pm 2,1*	7,2 \pm 1,*	39,81 \pm 2,39*
Ауыр	22	128,4 \pm 7,*	89,4 \pm 2,6*	12,8 \pm 2,4*	5,5 \pm 1,2*	47,64 \pm 4,72*
Полярлық						
Орташа ауыр	25	74,6 \pm 3,7*	52,9 \pm 3,7	19,5 \pm 2,1*	8,6 \pm 1,4*	59,18 \pm 5,18*
Ауыр	22	89,4 \pm 3,9*	61,3 \pm 2,8*	16,9 \pm 1,8*	7,2 \pm 2,1*	78,29 \pm 7,21*
Тозған						
Орташа ауыр	25	28,7 \pm 2,9	17,2 \pm 3,2	25,8 \pm 1,9	10,4 \pm 2,7	16,5 \pm 2,6
Ауыр	22	31,1 \pm 2,4	18,6 \pm 3,9	18,5 \pm 1,6*	9,4 \pm 1,3*	18,6 \pm 3,2
Бақылау	24	25,5 \pm 2,4	10,2 \pm 2,1	28,4 \pm 3,5	13,2 \pm 1,2	11,29 \pm 2,4

p - басқарудағы айырмашылықтардың сенімділігі, * - $p < 0,05$.

Қалпына келтіру кезеңінде, аурудан кейінгі айдан кейін, пренфлиматориялы цитокиндердің деңгейі бақылау тобына қарағанда жоғары болды, бірақ елеулі айырмашылықтар байқалмады. Осы факті бойынша балалардың HFIRS-дегі пренфлиматориялы цитокиндердің динамикасы ересектердегі пренфлиматориялы цитокиндердің динамикасынан ерекшеленеді. Өйткені емдеу кезеңінде тіпті пренфлиматориялы цитокиндердің айтарлықтай өсуі байқалады [5] салыстырмалы INF α және INF- γ , біз кері үрдісті, яғни айтарлықтай төмендеуі INF α және INF-Г байқалады және қызба кезеңде ауыр ГЛПС бар науқастарда Мазмұны INF α және INF- γ аурудың орташа нұсқада артық динамикалық ерекшеленді.

Сондықтан қазірдің өзінде қызба кезеңде айтарлықтай тапшылығы ($p < 0,05$) INF α және INF- γ жазылған. Аурудың өршу тіпті қалпына келтіру кезеңімен, бұл айырмашылықтар ауыр ауру .so жылы ($p < 0,05$) статистикалық маңызды болды, антигендерін шабуыл жауап провоспалительных цитокинов жаппай босату келеді, мұндай жағдай болып, жалғасып төмен деңгейі INF α және INF-Г арқылы жүрді «цитокин дауылының» атауы. Эндотелия цитокиндердің көзі және мақсаты болып табылатынын атап өткен жөн. TNF- α , IL-1 β гиперформациясы бар. Атап айтқанда, СЕН- α , қызба дамуын капиллярлық өткізгіштігінің және plazmogeі арттыру факторы болып табылады, коагуляция үдерістерін және гемопозз ұлғайтуға ынталандыру [6]. Алайда, [2] Т-хелперлердің және НК-жасушаларының төмен белсенділігі көрсетеді азаюы INF α және INF- γ , бар.

Сондай-ақ, IL-10 қабынуға қарсы цитокиндерді белсендету жүзеге асырылады. Яғни қабынуға қарсы цитокиндердің Ил-10 динамикасын зерделеу .If «цитокиндердің дауыл» кезінде қорғаныш сипаты өзара қарсы immunoregulation қызба кезеңі GLPS артады тапты, және оның өсу poliuricheskogo кезеңде дейін жалғасты жүзеге асырылады. балалардың, ауруханадан шыққаннан кейін 1 ай, ИЛ-10 шоғырлануы srednetyazholoy және ГЛПС ауыр нысандары да, бақылау тобына қарағанда жоғары болды, бірақ айырмашылықтар статистикалық маңызды болған жоқ. ересек науқастарды айырмашылығы сауықтыру кезеңінде қабынуға қарсы цитокиндердің ИЛ-10 айтарлықтай өсуі [4].

Уыводу болды: ГЛПС бар балаларға 1. фебрильді кезеңінен бері, провоспалительных цитокиндер ИЛ-1 β және TNF α концентрациясы артуы белгіленген. Бұл цитокиндердің өсімінің шыңы олигуриялық кезеңде байқалады. Полиурия кезеңінде пренфлиматориялы цитокиндердің деңгейі төмендейді. сауығу кезеңінде бақылау тобының айырмашылығы бар сауықтыру кезеңі бақылау gyprou.2 салыстырғанда қабыну цитокиндер айтарлықтай өсті концентрациясын көрсеткен ересек науқастарға қарағанда, айтарлықтай статистикалық болған жоқ. ГЛПС фебрильді мерзімдері қысқарды, өйткені балалардың INF α деңгейі мен INF- γ , ауыр ГЛПС белгіленген oliguric кезеңде ең көп төмендеу. тіпті кезеңі rekonvalestsentsii.3 жылы, бақылау тобына қарағанда айтарлықтай жоғары poliuricheskom кезеңде INF α деңгейі және INF- γ өсті, бірақ аурудың олардың деңгейі ауыр нысаны. неистовый кезеңде қабынуға қарсы цитокина Ил-10 шоғырлануы, әдетте, ұлғаяды, статистикалық айтарлықтай өсуі oliguric кезеңде атап өтті және poliuricheskom кезеңде өсіп келеді. реконвалесценции фазасында, ИЛ-10 деңгейі бақылау тобынан статистикалық айырмашылығы жоқ еді, ересек науқастарға, ал реконвалесценции кезеңде IL-10 деңгейлері бақылау gyprou.

Әдебиеттер

1. Қолайлы нәтижесі ауыр және өлім бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызбаның клиникалық және иммунологиялық ерекшеліктері В.А. Иванис [және басқалары]. // Pacific Medical Journal. - 2010 ж. - № 3. - Б. 46-50.2.
2. Кетлинский, С.А. Цитокиндер / С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев. - Санкт-Петербург: Фолиант, 2008. - 552 б.
3. Ускова, Ю.Г. Бүйрек синдромымен геморрагиялық қызбасы бар науқастардың иммунологиялық параметрлерін динамикасы /Ю.Г. Ускова, В.Ф. Павелкина // Практикалық медицина. - 2016 ж. - Т. 95, № 3. - П. 99-103.4.
4. Хасанова, Г.М. Бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызбасын иммундық патогенезін, дәрумені және микроэлементтер балансы және емдеу өзекті аспектілері: Diss. ... Медицина ғылымдарының докторы. - Мәскеу, 2012. - 316 б.
5. Хасанова, Г.М. Бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызба бар науқастарда цитокиннің динамикасы. /Г.М. Хасанова, А.В. Тутелян, Д.А. Валишин // Жұқпалы аурулар. - 2011ж. - № 9, № 3. - П. 31-34.
6. Чун Хуа J. Чин бар өткір кезеңі геморрагиялық қызба плазма және сарысу факторы Некроздың ісіктері Альфа қызметінің Хуан С. жоғары деңгейі. - 1992 - том. 72, № 3. - С.151-154.

Хасанова Г.М., Свирин А.С., Валишин Д.А., Музыкаченко А.В., Хасанова А.Н.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

КОНЦЕНТРАЦИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДА И ТЯЖЕСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Введение. Республика Башкортостан занимает одно из лидирующих мест по заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в течение многих лет с отсутствием тенденции к ее снижению. Этому способствует сложность в диагностике данного заболевания, особенно на ранних этапах, и отсутствие эффективных способов ее профилактики. Подробное и детальное изучение механизмов патологического воздействия хантавируса на организм необходимо для точного определения объема патогенетической терапии, которая сегодняшний день является основной в лечении ГЛПС. Известно, что ключевую роль в патогенезе ГЛПС играет повреждение эндотелия. Однако хантавирус не оказывает прямого цитопатического действия на эндотелиоциты, а служит лишь инициатором иммунного воспаления [1]. Цитокины занимают ведущую роль в патогенезе многих инфекционных заболеваний, в том числе ГЛПС [3]. В доступной нам литературе мы не встретили ни одной публикации по изучению динамики цитокинов у детей при ГЛПС.

Целью нашего исследования явилось проведение сравнительного исследования динамики провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 β , туморнекротизирующего фактора- α , α -интерферона и γ -интерферона у больных детей при геморрагической лихорадке с почечным синдромом.

Материалы и методы. В исследование были включены 47 детей, больных ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в инфекционной клинической больнице № 4 города Уфы. Пациенты условно были распределены на 2 группы. Первая группа состояла из 25 пациентов, которые проходили лечение с диагнозом: ГЛПС среднетяжелая форма. Вторая группа включала 22 пациента с диагнозом: ГЛПС тяжелой формы. Возраст обследованных в данных двух группах составил 5–17 лет. Средний возраст в первой группе – 11,1 \pm 1,6 года, во второй группе – 11,3 \pm 1,3 года.

Для сравнения цитокинового статуса были обследованы на цитокиновый статус 24 здоровых детей в возрасте от 5 до 17 лет, средний возраст данной группы 11,2 \pm 1,4 года.

Содержание цитокинов у больных изучали в лихорадочный, олигурический, полиурический периоды и в периоде реконвалесценции, через 1 месяц после выписки из стационара. Сравнение полученных результатов проводили с показателями цитокинов в группе здоровых детей.

Содержание цитокинов определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов реагентов ТОО «Протеиновый контур» (С.-Петербург).

Таблица 1 - Содержание цитокинов у детей, больных ГЛПС в зависимости от периода и тяжести заболевания

Периоды заболевания и формы тяжести	n	IL-1 β (пкг/мл)	TNF α (пкг/мл)	INF α (пкг/мл)	INF- γ (пкг/мл)	IL-10 (пкг/мл)
Лихорадочный						
Среднетяжелая	25	32,5 \pm 2,9	16,2 \pm 2,7	20,8 \pm 1,3*	9,7 \pm 1,2*	12,72 \pm 0,98
Тяжелая	22	39,5 \pm 2,5*	36,7 \pm 2,8*	18,3 \pm 1,8*	7,8 \pm 1,7*	11,92 \pm 0,49
Олигоанурический						
Среднетяжелая	25	102,9 \pm 6,6*	69,5 \pm 3,9*	17,2 \pm 2,1*	7,2 \pm 1,*	39,81 \pm 2,39*
Тяжелая	22	128,4 \pm 7,*	89,4 \pm 2,6*	12,8 \pm 2,4*	5,5 \pm 1,2*	47,64 \pm 4,72*
Полиурический						
Среднетяжелая	25	74,6 \pm 3,7*	52,9 \pm 3,7	19,5 \pm 2,1*	8,6 \pm 1,4*	59,18 \pm 5,18*
Тяжелая	22	89,4 \pm 3,9*	61,3 \pm 2,8*	16,9 \pm 1,8*	7,2 \pm 2,1*	78,29 \pm 7,21*
Реконвалесцентный						
Среднетяжелая	25	28,7 \pm 2,9	17,2 \pm 3,2	25,8 \pm 1,9	10,4 \pm 2,7	16,5 \pm 2,6
Тяжелая	22	31,1 \pm 2,4	18,6 \pm 3,9	18,5 \pm 1,6*	9,4 \pm 1,3*	18,6 \pm 3,2
Контроль	24	25,5 \pm 2,4	10,2 \pm 2,1	28,4 \pm 3,5	13,2 \pm 1,2	11,29 \pm 2,4

p - достоверность различий с контролем, * — p<0,05.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методами параметрической и непараметрической статистики с использованием статистических программ Statistica 7.0 for Windows. Среднее значение (M) и ошибку среднего значения (m) вычисляли в Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Содержание цитокинов в различные периоды ГЛПС у обследованных больных представлено в таблице №1. При анализе динамики провоспалительных цитокинов IL-1 β и TNF α у обследованных детей, выясняется, что IL-1 β и TNF α повышаются уже в лихорадочный период.

Однако повышение этих цитокинов было статистически достоверно только при тяжелой форме ГЛПС ($p < 0,05$). В олигурическом периоде их повышение более выражено. IL-1 β повышается при среднетяжелой и тяжелой форме ГЛПС в 4 и 5 раз соответственно. TNF α при среднетяжелой форме повышается в 7 раз, а при тяжелой форме в 9 раз.

Таким образом, при тяжелой форме ГЛПС провоспалительные цитокины IL-1 β и TNF α повышаются более выражено, чем при средней тяжести.

В период реконвалесценции, через месяц после заболевания уровень провоспалительных цитокинов был выше, чем в контрольной группе, но достоверных различий не отмечалось. Данным фактом динамика провоспалительных цитокинов при ГЛПС у детей отличается от динамики провоспалительных цитокинов у взрослых. Так как у них даже в период реконвалесценции отмечается достоверное увеличение провоспалительных цитокинов по сравнению с группой контроля [5].

Относительно INF α и INF- γ , мы наблюдали обратную динамику, то есть достоверное снижение уровня INF α и INF- γ и уже в лихорадочном периоде. Содержание INF α и INF- γ у больных с тяжелой формой ГЛПС отличалось большей динамикой, чем при среднетяжелом варианте болезни. Так уже в лихорадочном периоде регистрировался существенный дефицит ($p < 0,05$) INF α и INF- γ . Развитие болезни сопровождалось сохранением низкого уровня INF α и INF- γ даже при периоде реконвалесценции, при тяжелой форме болезни эти различия были статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таким образом, в ответ на антигенную атаку происходит массивный выброс провоспалительных цитокинов, такая ситуация носит название «цитокинового шторма». Стоит отметить, что эндотелий является одновременно и источником и мишенью для цитокинов.

Происходит гиперпродукция ФНО- α , ИЛ-1 β . В частности, ФНО- α является одним из факторов увеличения проницаемости капилляров и плазморреи, развития лихорадки, усиления процессов коагуляции и стимуляции гемопоэза [6]. Однако, наблюдается снижение INF α и INF- γ , что указывает на низкую активность Т-хелперов и НК-клеток [2]. Также происходит активация противовоспалительных цитокинов ИЛ-10. То есть осуществляется взаимопротивоположная иммунорегуляция, что носит защитный характер при «цитокиновом шторме».

При изучении динамики противовоспалительного цитокина IL-10 было обнаружено, что он повышался в лихорадочном периоде ГЛПС, причем его нарастание продолжалось до полиурического периода. У детей, через 1 месяц после выписки из стационара, концентрация IL-10 была выше, чем в контрольной группе, как при среднетяжелой, так и при тяжелой формах ГЛПС, но различия были статистически не достоверны. В отличие от взрослых пациентов, у которых отмечалось достоверное увеличение противовоспалительного цитокина IL-10 в периоде реконвалесценции [4].

Выводы:

1. У детей при ГЛПС отмечается увеличение концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β и TNF α , начиная с лихорадочного периода. Пик нарастания данных цитокинов отмечается в олигурический период. В периоде полиурии уровень провоспалительных цитокинов снижается. А в периоде реконвалесценции их отличие от контрольной группы статистически не достоверно, в отличие от взрослых пациентов у которых в периоде реконвалесценции отмечается достоверно повышенные концентрации провоспалительных цитокинов в сравнении с контрольной группой.

2. Уровень INF α и INF- γ у детей при ГЛПС снижается, начиная с лихорадочного периода, наибольшее снижение отмечается в олигурическом периоде при тяжелой форме ГЛПС. В полиурическом периоде уровень INF α и INF- γ повышается, но при тяжелой форме болезни их уровень статистически достоверно выше чем в контрольной группе даже в периоде реконвалесценции.

3. Концентрация противовоспалительного цитокина IL-10 в лихорадочном периоде имеет тенденцию к повышению, статистически значимое повышение отмечается в олигурическом периоде и продолжает нарастать в полиурическом периоде.

В фазе реконвалесценции уровень IL-10 статистически не отличается от контрольной группы, в то время как у взрослых пациентов уровень IL-10 в периоде реконвалесценции достоверно выше чем в контрольной группе.

Список литературы

1. Клинико-иммунологические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом при тяжелом течении с благоприятным и летальным исходами в приморском крае / В.А. Иванис [и др.]. //Тихоокеанский медицинский журнал. - 2010. - № 3. - С. 46-50.
2. Кетлинский, С.А. Цитокины / С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев. – СПб.: Фолиант, 2008. – 552 с.
3. Ускова, Ю.Г. Динамика иммунологических показателей у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом различной степени тяжести / Ю.Г. Ускова, В.Ф. Павелкина //Практическая медицина. - 2016. – Т. 95, № 3. - С. 99-103.
4. Хасанова, Г.М. Актуальные аспекты иммунопатогенеза, витаминно-микроэлементного баланса и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом: дисс. ... доктора медицинских наук. – Москва, 2012. – 316 с.
5. Хасанова, Г.М. Динамика содержания цитокинов у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом / Г.М. Хасанова, А.В. Тутельян, Д.А. Валишин // Инфекционные болезни. - 2011. - Т. 9, № 3. - С. 31-34.
6. Huang C. High level of tumor necrosis factor alfa activity of plasma and serum from acute phase hemorrhagic fever with renal syndrome // Chung Hua J. Chin. - 1992. - Vol. 72, № 3. - P.151-154.

Khasanova G.M., Svirina A.S., Muzychenko A.V., Khasanova A.N.
Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

CONCENTRATION OF SERUM CYTOKINES IN PATIENTS WITH VARIOUS AGES DEPENDING ON THE PERIOD AND SEVERITY OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

Introduction. The Republic of Bashkortostan occupies one of the leading places in the incidence of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) for many years with no tendency to reduce it. This is facilitated by the difficulty in diagnosing this disease, especially in the early stages, and the lack of effective methods for its prevention. A detailed and detailed study of the mechanisms of the pathological impact of hantavirus on the body is necessary for an accurate determination of the volume of pathogenetic therapy, which today is the main one in the treatment of HFRS. It is known that damage to the endothelium plays a key role in the pathogenesis of HFRS. However, hantavirus does not have a direct cytopathic effect on endotheliocytes, but serves only as an initiator of immune inflammation [1]. Cytokines occupy a leading role in the pathogenesis of many infectious diseases, including HFRS [3]. In the literature available to us, we have not encountered any publications on the study of the dynamics of cytokines in children with HFRS.

The purpose of our study was to conduct a comparative study of the dynamics of pro-inflammatory cytokines: interleukin-1 β , tumor necrotizing factor- α , α -interferon and γ -interferon in patients with hemorrhagic fever with renal syndrome.

Materials and methods. The study included 47 children with HFRS who were hospitalized in the infectious clinical hospital No. 4 in Ufa. Patients were conditionally divided into 2 groups. The first group consisted of 25 patients who underwent treatment with the diagnosis: HFRS medium-heavy form. The second group included 22 patients diagnosed with severe HFRS. The age of those examined in these two groups was 5-17 years. The mean age in the first group was 11.1 ± 1.6 years, in the second group - 11.3 ± 1.3 years.

To compare the cytokine status, 24 healthy children aged 5 to 17 years were examined for the cytokine status, the mean age of this group was 11.2 ± 1.4 years.

The content of cytokines in patients studied in febrile, oliguric, polyuric periods and in the period of convalescence, 1 month after discharge from the hospital. A comparison of the results was performed with the indices of cytokines in a group of healthy children.

The cytokine content was determined by an enzyme immunoassay using commercial reagent kits of Protein Contour LLP (St. Petersburg).

Statistical processing of the research results was carried out using parametric and nonparametric statistics using statistical programs Statistica 7.0 for Windows. The mean value (M) and the mean value error (m) were calculated in Microsoft Excel.

Results and discussion. The content of cytokines in different periods of HFRS in the examined patients is presented in Table 1.

When analyzing the dynamics of the proinflammatory cytokines IL-1 β and TNF α in the children examined, it appears that IL-1 β and TNF α are increasing already during the febrile period. However, the increase in these cytokines was statistically significant only in severe HFRS ($p < 0.05$). In the oligurical period, their increase is more pronounced. IL-1 β increases with moderate and severe HFRS form 4 and 5 times, respectively. TNF α with a moderate form increased by 7 times, and in severe form 9 times. Thus, in the severe form of HFRS, the pro-inflammatory cytokines IL-1 β and TNF α increase more severely than at moderate severity.

Table 1 - Cytokine content in children with HFRS, depending on the period and severity of the disease

Periods of disease and severity forms	n	IL-1 β (pg/ml)	TNF α (pg/ml)	INF α (pg/ml)	INF- γ (pg/ml)	IL-10 (pg/ml)
Feverish						
Medium heavy	25	32,5 \pm 2,9	16,2 \pm 2,7	20,8 \pm 1,3*	9,7 \pm 1,2*	12,72 \pm 0,98
Heavy	22	39,5 \pm 2,5*	36,7 \pm 2,8*	18,3 \pm 1,8*	7,8 \pm 1,7*	11,92 \pm 0,49
Oligoanuric						
Medium heavy	25	102,9 \pm 6,6*	69,5 \pm 3,9*	17,2 \pm 2,1*	7,2 \pm 1,*	39,81 \pm 2,39*
Heavy	22	128,4 \pm 7,*	89,4 \pm 2,6*	12,8 \pm 2,4*	5,5 \pm 1,2*	47,64 \pm 4,72*
Polyurichesky						
Medium heavy	25	74,6 \pm 3,7*	52,9 \pm 3,7	19,5 \pm 2,1*	8,6 \pm 1,4*	59,18 \pm 5,18*
Heavy	22	89,4 \pm 3,9*	61,3 \pm 2,8*	16,9 \pm 1,8*	7,2 \pm 2,1*	78,29 \pm 7,21*
Convalescent						
Medium heavy	25	28,7 \pm 2,9	17,2 \pm 3,2	25,8 \pm 1,9	10,4 \pm 2,7	16,5 \pm 2,6
Heavy	22	31,1 \pm 2,4	18,6 \pm 3,9	18,5 \pm 1,6*	9,4 \pm 1,3*	18,6 \pm 3,2
Control	24	25,5 \pm 2,4	10,2 \pm 2,1	28,4 \pm 3,5	13,2 \pm 1,2	11,29 \pm 2,4

p - reliability of differences with control, * - $p < 0,05$.

During the reconvalescence period, a month after the disease, the level of proinflammatory cytokines was higher than in the control group, but no significant differences were noted. By this fact, the dynamics of proinflammatory cytokines in HFRS in children differs from the dynamics of proinflammatory cytokines in adults. Since even in the period of convalescence there is a significant increase in proinflammatory cytokines in comparison with the co[5]. Regarding INF α and INF- γ , we observed reverse dynamics, that is, a significant decrease in the level of INF α and INF- γ and already in the febrile period. The content of INF α and INF- γ in patients with severe HFRS was more dynamic than in the case of the moderate variant of the disease. So already in the feverish period, a significant deficit ($p < 0.05$) of INF α and INF- γ was recorded. The development of the disease was accompanied by the preservation of a low level of INF α and INF- γ , even in the period of convalescence, with severe disease, these differences were statistically significant ($p < 0.05$). Thus, in response to an antigenic attack, a massive release of pro-inflammatory cytokines occurs, the name of the "cytokine storm". It should be noted that the endothelium is both a source and a target for cytokines. There is a hyperproduction of TNF- α , IL-1 β . In particular, TNF- α is one of the factors contributing to the increase in the permeability of capillaries and plasmorrhoea, the development of fever, the intensification of coagulation and stimulation of hemopoiesis [6]. However, a decrease in INF α and INF- γ is observed, which indicates a low activity of T-helpers and NK cells [2]. Activation of anti-inflammatory cytokines IL-10 is also taking place. That is, mutually opposite immunoregulation is carried out, which is protective in the "cytokine storm." When studying the dynamics of the anti-inflammatory cytokine IL-10, it was found that it increased in the feverish period of HFRS, and its growth continued until the polyuric period. In children, 1 month after discharge from hospital, the concentration of IL-10 was higher than in the control group, with both moderate and severe forms of HFRS, but the differences were not statistically significant. Unlike adult patients who had a significant increase in the anti-inflammatory cytokine IL-10 in the period of convalescence. [4]

Conclusions: 1. In children with HFRS, an increase in the concentration of proinflammatory cytokines IL-1 β and TNF α has been observed since the febrile period. The peak in the growth of these cytokines is noted in the oligurical period. In the period of polyuria, the level of proinflammatory cytokines decreases. And in the period of convalescence, their difference from the control group is statistically not significant, in contrast to adult patients who have significantly increased concentrations of proinflammatory cytokines in the period of convalescence in comparison with the control group. 2. The level of INF α and INF- γ in children with HFRS

decreases since the febrile period, the greatest decrease is noted in the oliguric period with severe HFRS form. In the polyuric period, the level of INF α and INF- γ is increased, but with a severe form of the disease their level is statistically significantly higher than in the control group even in the period of convalescence. 3. The concentration of anti-inflammatory cytokine IL-10 in the febrile period tends to increase, a statistically significant increase is noted in the oliguric period and continues to increase in the polyuric period. In the phase of convalescence, the level of IL-10 is not statistically different from the control group, while in adult patients the level of IL-10 in the period of convalescence is significantly higher than in the control group.

Bibliography

1. Clinico-immunological features of hemorrhagic fever with renal syndrome in severe course with favorable and lethal outcomes in the PrimorskyKrai / V.A. Ivanis [and others]. // Pacific Medical Journal. - 2010. - No. 3. - P. 46-50.
2. Ketlinsky, S.A. Cytokines / S.A. Ketlinsky, A.S. Simbirtsev. - St. Petersburg: Foliant, 2008. - 552 p.3.Uskova, Yu.G.
3. Dynamics of immunological parameters in patients with hemorrhagic fever with renal syndrome of varying severity / Yu.G.Uskova, V.F.Pavelkina//Practical medicine.-2016. - T.95, No. 3. - P. 99-103.4.
4. Khasanova, G.M. Actual aspects of immunopathogenesis, vitamin-microelement balance and treatment of hemorrhagic fever with renal syndrome: diss. ... Doctor of Medical Sciences -Moscow, 2012.-316 p.
5. Khasanova G.M. Dynamics of cytokine content in patients with hemorrhagic fever with renal syndrome / G.M. Khasanova, A.V. Tutelyan, D.A. Valishin // Infectious diseases. - 2011.- T. 9, No.3.-P.31-34.6.
6. Huang C. High level of the necrosis factor of the phase of hemorrhagic fever with renal syndrome // Chung Hua J. Chin. - 1992. - Vol. 72, No. 3. - P.151-154.

Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино, Бухара, Узбекистан

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Цель работы: проведение бактериологического исследования после преждевременного разрыва плодных оболочек.

Материалы и методы обследования: обследовано 243 ребенка, рожденных после преждевременного излития вод, у 20 из них масса тела была менее 2000 г. Контрольную группу составили 100 новорожденных. Кроме того, исследование проведено у 131 ребенка без преждевременного излития вод, но имеющего факторы риска развития инфекции. Проведено бактериологическое исследование артериальной крови плаценты, мекония и содержимого наружного слухового прохода.

Результаты обследования: у 26% новорожденных основной группы из всех 3 источников получены одинаковые бактерии: Escherichiacoli, Bacteroidesfragilis, Enterococcus, Streptococcus группы В. Из 131 ребенка в группе без излития вод, но имевшего риск развития инфекции, положительные культуры получены у 7% детей. Частота инфекционных осложнений при длительности безводного промежутка в пределах 24 ч составила 10%, при длительности более 24 ч - 30%. В контрольной группе из 100 новорожденных только у 5 были положительные культуры крови, посев мекония и содержимого наружного слухового прохода был отрицательным.

Выводы: клиническая картина сепсиса у 50% детей развилась в 1-е или 2-е сутки жизни. Наиболее специфичным ранним диагностическим признаком сепсиса является положительная культура крови. Все виды бактерий, выделенных из крови, кроме энтерококков, были чувствительны к цефотаксиму и гентамицину.

Литература

1. Bacteriological findings after premature rupture of the the membranes. Arch. Gynecol. 1989, 244.
2. «Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве» Серов В.Н. Макацария А.Д. 1990. М Медицина.

Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино,
Бухара, Узбекистан

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ВЫЗВАННЫЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Цель исследования: лечение угрожающих преждевременных родов, вызванных субклинической внутриматочной инфекцией.

Материалы и методы обследования: установлено, что некоторые случаи угрожающих преждевременных родов (УПР) связаны с внутриматочной инфекцией. Прогноз в этих случаях хуже, чем при родах, вызванных другими факторами. Ретроспективно изучена связь между угрожающими преждевременными родами (УПР) и внутриматочной инфекцией. Получали цервикальную культуру у женщин, госпитализированных с УПР (угрожающие преждевременные роды), и у здоровых женщин с беременностью 20 нед, которых делили затем на 2 группы - с инфекцией и без нее - и определяли в обеих группах частоту УПР (угрожающих преждевременных родов). Группу с положительными бактериальными культурами снова делили на 2 подгруппы: в одной назначали перорально антибиотики, в другой их не применяли.

Результаты обследования: цервикальная инфекция выявлена у 32,6% женщин, госпитализированных с УПР (угрожающими преждевременными родами). Имелось 3 случая преждевременных родов при сроке беременности менее 35 недель. У большинства женщин выявлен высокий уровень С-РБ. При проспективном исследовании положительные бактериальные культуры найдены у 1/8 из 100 здоровых беременных.

Выводы: частота УПР (угрожающих преждевременных родов) составила 44,4% во всей группе с инфекцией. Она была равна 22,2% у женщин, леченных антибиотиками, и 66,7% в нелеченой подгруппе. В группе без инфекции частота УПР (угрожающих преждевременных родов) составила 11%. Общая частота УПР (угрожающих преждевременных родов) равна 27%.

Литература

1. Акушерство и гинекология. Савельева Г. М. Бреусенко В.Г. 2012 г
2. Семейная медицина. Краснов А.Ф. Самара 1996 г

Худойдодова С.Г.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

В период беременности синдром желтуха может развиваться как осложнение беременности, а также при инфекционных и других патологических состояниях. К осложнениям беременности с развитием желтухи могут привести такие патологические состояния, как неукротимая рвота беременных, холестатический гепатоз беременных, поздний токсикоз беременных с почечно-печеночным синдромом и острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ). Острый жировой гепатоз беременных является одним из самых тяжелых осложнений беременности, приводящих к высокой материнской и перинатальной смертности. Данная патология встречается редко, чем и обусловлены проблемы ее диагностики и лечения. Учитывая схожесть клинических проявлений острого жирового гепатоза беременных с различными инфекционными заболеваниями, больные чаще направляются в инфекционные больницы. Летальность при ОЖГБ, согласно первым сообщениям, составляла 90-100%. Своевременная диагностика ОЖГБ и правильно выбранная тактика лечения позволяет значительно снизить показатели материнской летальности, хотя даже при этих обстоятельствах она остается очень высокой и составляет, по данным разных исследователей, от 8 до 33% (в среднем 25%). Наиболее важным и сложным является проведение дифференциальной диагностики между острыми вирусными гепатитами и острым жировым гепатозом беременных. Своевременное установление правильного диагноза при развитии желтухи у беременных имеет исключительно важное значение, поскольку тактика ведения беременных, заболевших вирусным гепатитом, и женщин, развитие желтухи у которых обусловлено патологией беременности, имеет существенные различия. Клинические проявления острого жирового гепатоза разнообразны. Встречаются случаи заболевания со скудной клинической симптоматикой, с желтухой и без нее, а также варианты, при которых заболевание протекает, бурно неумолимо прогрессирует, приводя к развитию острой печеночно-почечной недостаточности, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-

синдром) и гибели беременной женщины и ее ребенка. Наиболее типичен вариант течения ОЖГБ, при котором его первые признаки появляются чаще всего между 30-й и 38-й неделями беременности, однако заболеваний может развиваться и раньше.

Нами изучена история болезни подобной клинической случай, микропрепараты печени и почки.

Больная 22 года направлено в инфекционную больницу с диагнозом: Острый вирусный гепатит неясной этиологии. Беременность 35-36 недель. Нефропатия. Анемия I степени. Анамнез жизни не отягощено. Настоящая беременность первая. Заболевание началось постепенно за 2 недели до госпитализации, на фоне вялотекущего гестоза присоединились слабость, вялость, тяжесть в эпигастриальной области, изжога, отрыжка, рвота. Изжога сопровождалась болью по ходу пищевода. Появились желтушность склер, цвет кала, и мочи не изменился. Больная обратилась к врачу на 3-й день желтизны. Были проведены срочные лабораторные исследования, в том числе биохимические. Выявлено повышение печеночных ферментов АЛаТ и АСаТ заподозрен Острый вирусный гепатит. В первый день госпитализации проведено иммунологических исследований крови на маркеры вирусных гепатитов энтерального и парентерального пути передачи. В тот же день были получены результаты иммунологических исследований: маркеры вирусных гепатитов не обнаружены. Заподозрен Острый жировой гепатоз беременных и больная была переведена в реанимационное отделение родильного дома. Рекомендовано безотлагательное родоразрешение, с последующим комплексом лечебных мероприятий, направленных на коррекцию существующих расстройств различных органов и систем, установлено антенатальное гибель плода. После родоразрешения через 1 час началось атоническое кровотечение на фоне развивающегося ДВС-синдрома. Для остановки которого потребовалось экстренной экстирпации матки и интенсивная терапия геморрагического синдрома и его осложнения. На второй сутки после операции произошло остановка сердца, реанимационные мероприятия эффекта не дали. Исход был неблагоприятным как для матери и для ребенка. При патологоанатомическом исследовании выявлены яркий, желтый цвет печени обусловленной жировым перерождениями гепатоцитов и признаки нарушения внутрисосудистого свертывания в виде выраженного геморрагического синдрома. В гистологических микропрепаратах А-100 печеночная архитектура не нарушена, гепатоциты набухшие, с крупными каплями жира микроскопически жировой дистрофия печени выглядело в виде «гусиная печень», установлены диффузная ожирение печени, также жировая дистрофия почек.

Заключение. Своевременная диагностика острого жирового гепатоза беременных и правильно выбранная тактика лечения безотлагательное родоразрешения позволяет значительно снизить показатели неблагоприятных исходов болезни. Знание особенностей течения ОЖГБ, способствует к своевременному дифференциально-диагностическим мероприятиям, также повышению эффективности лечения и благоприятного исхода болезни.

Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино, Бухара, Узбекистан

БАКТЕРИОУРИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ

Цель исследования: оценка послеродовой бактериурии на фоне лечения амоксициллином.

Материалы и методы обследования: сравнить частоту истинной бактериурии при анализе средней порции мочи и образцов, полученных с помощью надлобковой пункции мочевого пузыря, а также оценить эффективность кратковременной терапии амоксициллином. Из 10 909 родильниц у 881 (8,1%) обнаружен рост микробов. Повторное исследование мочи, взятой путем надлобковой аспирации, проведено у 731 женщины и только у 48% из них бактериурия была подтверждена. Частота «загрязнения» средней порции мочи по данным различных авторов составляет 46-69%.

Результаты обследования: авторы считают надлобковую пункцию простым, безопасным и информативным методом. Риск бактериурии в послеродовом периоде увеличивается после оперативных родов, эпидуральной анестезии катетеризации мочевого пузыря. Только 27% женщин с бактериурией жаловались на расстройства мочеиспускания, у большинства из них производили катетеризацию мочевого пузыря. 230 родильниц получали лечение амоксициллином: 114 родильниц в течение 3 дней по 1,5 г/сут, 116 родильниц - в течение 10 дней по 750 мг/сут. Эффективность 2 режимов введения антибиотиков составила 96 и 98%.

Выводы: таким образом, родильницам с инфекцией мочевых путей может быть рекомендован короткий курс терапии антибиотиками, чтобы избежать длительного воздействия лекарственных препаратов на кормящую мать.

Литература

1. Акушерство и гинекология.- Савельева Г. М. Бреусенко В.Г. 2012 г



**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ», ИНИЦИИРОВАННОЙ ЮЖНО-
КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИЕЙ И ОО «КАЗАХСКАЯ
КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ», МЕДИЦИНСКИМ ЦЕНТРОМ БОЛЕЗНЕЙ
СУСТАВОВ Г. ШЫМКЕНТА**

5-6 июля 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан

В адрес международной научно-практической конференции поступила телеграмма от президента Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России», президента Евразийской лиги ревматологов (LEAR), академика Российской академии наук (РАН) Е.Л. Насонова. Ниже приводим текст телеграммы.

Глубокоуважаемые коллеги!

К сожалению, не могу принять личное участие в международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения ревматических болезней» и отчетно-перевыборном собрании ОО «Казахская коллегия ревматологов» (ККР) 5-6 июля 2018 года в г. Шымкенте (Республика Казахстан).

Хотелось бы отметить, что за 3 года работы ККР Ассоциация завоевала уважение и доверие в международном сообществе ревматологов. В 2017 году ККР была принята в Евразийскую лигу ревматологов (LEAR), мы регулярно проводим совместные мероприятия, намечены дальнейшие планы сотрудничества. 3 года очень маленький срок, но надо отметить активную работу председателя ККР Чокана Баймухамедова и пожелать вновь избранному председателю продолжения активной работы как в рамках LEAR, так и сотрудничества с Общероссийской общественной организацией «Ассоциация ревматологов России» (АРР).

С уважением,

Президент Общероссийской Общественной Организации «АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ» ASSOCIATION OF RHEUMATOLOGISTS OF RUSSIA, Президент Евразийской лиги ревматологов (LEAR), академик РАН Е.Л. Насонов

Россия, 115522, Каширское шоссе, д. 34А, г. Москва, Russia, 115522, Kashirskoye shosse, 34A, Moscow, тел.(499) 725-13-79, (499) 614-44-90, факс/fax: (499) 614-44-68, e-mail: arevm@mail.ru: www.rheumatolog.ru

79.29.31
0514-2016-0024

Воробьева Л.Д.1, Асеева Е.А.1, Соловьев С.К.1,

1 Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва, Российская Федерация

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СКВ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКОВ SF-36 И LUPUS-QOL.

Резюме

Улучшение качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) также важно и необходимо, как и снижение заболеваемости и смертности. [1,2] Для оценки КЖСЗ при СКВ применяются опросники как общие, то есть используемые при различных других заболеваниях, так и специфические – разработанные специально для пациентов с СКВ. Многие авторы, изучающие КЖСЗ рекомендуют для получения более достоверных результатов одновременно использовать оба типа опросников, как специфический, так и общий. Насколько эта концепция верна и нельзя ли использовать только один из опросников для оценки КЖСЗ у пациента с СКВ?

Summary: the improvement of the health related quality of life (HRQoL) in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) is also important and necessary, as well as reducing morbidity and mortality. [1,2] For the assessment HRQoL of with SLE, questionnaires are used as general, that is, used for various other diseases, and specific measures - developed specifically for patients with SLE. Many authors who study HRQoL recommend the use of both types of questionnaires, both specific measures and general, in order to obtain more reliable results. How much is this concept correct and can not one use only one of the questionnaires to assess HRQoL in a patient with SLE?

Цель исследования: целью данного исследования явилось обоснование выбора опросника для оценки КЖСЗ у пациентов с СКВ.

Материалы и методы: Наблюдались 328 больных СКВ (таблица 1), соответствующих критериям SLICC 2012 г., в возрасте 18 лет и старше, госпитализированных в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Всем поступившим в клинику пациентам проводили стандартное обследование, принятое при ведении пациентов с СКВ: общий и биохимический анализ крови; анализы мочи; иммунологическое обследование с определением антинуклеарного фактора (АНФ) и антител к ДНК (а-ДНК), оценивалась текущая активность заболевания по индексу SLEDAI-2K по следующей градации: нет активности, низкая, средняя, высокая и очень высокая степень активности (SLEDAI ≥ 20 баллов). Оценка необратимых повреждений различных органов проводилась при помощи индекса повреждения SLICC(ИП), который определяется по результатам исследования 12 систем органов, общий максимально возможный счет составляет 47 баллов. При определении ИП учитывались только повреждения, зарегистрированные после начала заболевания и сохраняющиеся ≥ 6 мес. Оценка КЖСЗ проводилась с помощью опросников SF-36 и LupusQoL, которые заполнялись пациентами самостоятельно. Время заполнения каждого из опросников в среднем составляло 5-7 минут. Оба опросника представляет собой анкету, которая оценивает 8 шкал, ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой шкале. [3,4,5]

Результаты: в исследование включено 328 больных (Таблица 1) с достоверным диагнозом СКВ, преимущественно женщины (99,6%) молодого возраста ($34,4 \pm 11,5$ лет) со средней длительностью заболевания $106,3 \pm 97,9$ месяцев. Пациенты были разделены на 4 группы. В первую вошли больные со $SLEDAI-2K \leq 4$ -34,3 %, во вторую - со $SLEDAI-2K > 4$ -65,3%; в третью с отсутствием(ИП SLICC =0) - 43,1 % и четвертую - с наличием (ИП SLICC ≥ 1) необратимых органических повреждений -56,5 % соответственно. Среди клинических проявлений болезни наиболее часто встречалось поражение суставов (60%), кожи (30%), почек (29%) и изменения со стороны нервной системы (17%). Высокая иммунологическая активность в виде увеличения уровня АНФ и а- ДНК наблюдалось в 78 % и 69% случаев соответственно.

Сравнение шкал опросника LupusQoL и SF-36.

Оценка КЖСЗ больных СКВ по обоим опросникам показала значительное его снижение по всем шкалам. Выявлена значимая корреляция между сопоставимыми шкалами обоих опросников

(Таблица 2), включая «Физическое здоровье» и «Физическое функционирование» ($r=0,8$); «Эмоциональное здоровье» и «Психологическое здоровье» ($r=0,4$); шкалы опросников «Боль» ($r=-0,3$); «Усталость» и «Жизнеспособность» ($r=-0,7$). Оценка КЖСЗ по шкале «Боль» SF-36 была значимо ниже, чем по шкале LupusQoL ($47 \pm 8,86$ и $70,03 \pm 0,33$ баллов соответственно), остальные три сопоставимые шкалы опросников существенно между собой не различались.

Для несопоставимых шкал опросника LupusQoL был проведен корреляционный анализ с суммарными шкалами опросника SF-36: с физическим компонентом здоровья и ментальным компонентом здоровья (Таблица 3). Отмечена достаточно высокая корреляционная связь физического компонента здоровья опросника SF-36 со шкалами «Планирование» ($r=0,7$); «Интимные отношения» ($r=0,5$); «Зависимость от других людей» ($r=0,4$); «Образ тела» ($r=0,4$) опросника LupusQoL. С ментальным компонентом здоровья значимых корреляций не выявлено.

Влияние активности заболевания на КЖСЗ.

При изучении зависимости КЖСЗ от СКВ (Таблица 3), было показано, что шкала «Боль» опросника LupusQoL ($p<0,007$) статистически достоверно реагирует на активность заболевания в отличие от соответствующей шкалы SF 36, в то время как шкалы «Психологическое здоровье» ($p<0,001$) и «Жизнеспособность» ($p<0,007$) опросника SF 36 более чувствительны к изменению активности заболевания. Было выявлено, что у пациентов с СКВ при высокой активности заболевания достоверно изменяются такие шкалы как «Планирование» ($p<0,0004$), «Интимные отношения» ($p<0,003$), «Зависимость от других людей» ($p<0,03$), «Образ тела» ($p<0,007$), которые не имеют аналогов.

Влияние наличия необратимых органических повреждений на КЖСЗ.

При изучении зависимости КЖСЗ от наличия необратимых органических повреждений (Таблица 4) было показано, что оба опросника в равной степени отражают взаимосвязь ИП со шкалами, оценивающими физическое здоровье и усталость. Так, результат оценки КЖСЗ у пациентов с СКВ с ИП ≥ 1 по шкале «Физическое здоровье» опросника LupusQoL составлял в среднем $63,3 \pm 23,1$ и был сопоставим с оценкой по шкале «Физическое функционирование» $57,1 \pm 28,2$ SF-36. Наблюдалось достоверно более высокое КЖСЗ по этим шкалам у пациентов без повреждений $-71,0 \pm 22,5$ по LupusQoL ($p \leq 0,002$) и $69,2 \pm 27,4$ по SF-36 соответственно. На шкалы «Усталость» и «Жизнеспособность» также достоверно влияет на ИП SLICC. Так, у пациентов с ИП ≥ 1 отмечалось достоверное снижение КЖСЗ по этим шкалам до $60,35 \pm 24,0$ и $49,55 \pm 20,32$ соответственно по сравнению с пациентами без повреждений $65,7 \pm 25,3$ ($p \leq 0,03$) и $55,69 \pm 20,32$ ($p \leq 0,02$) соответственно. Однако, по шкале «Жизнеспособность» SF36 отмечено худшее КЖСЗ у пациентов с необратимыми органическими повреждениями, нежели у пациентов по шкале усталости опросника LupusQoL.

Заключение: Таким образом, одним из важнейших компонентов оценки течения, активности и результатов терапии у больных СКВ является исследование КЖСЗ. Изменение КЖСЗ у пациентов с СКВ может быть оценено при помощи как специфического опросника LupusQoL, так и общего опросника SF36.

Сопоставимые шкалы обоих опросников высоко коррелируют между собой «Физическое здоровье» и «Физическое функционирование» ($r=0,8$); «Эмоциональное здоровье» и «Психологическое здоровье» ($r=0,4$); шкалы опросников «Боль» ($r=-0,3$); «Усталость» и «Жизнеспособность» ($r=-0,7$) достоверно коррелируют между собой.

Активность заболевания имеет статистически значимое влияние на «Планирование» ($p<0,0004$), «Интимные отношения» ($p<0,003$), «Зависимость от других людей» ($p<0,03$), «Образ тела» ($p<0,007$), которые не могут быть оценены общим опросником SF 36, а имеются только в LupusQoL.

Как SF 36, так и LupusQoL одинаково отражают изменения КЖСЗ при наличии необратимых органических повреждений.

Ключевые слова: системная красная волчанка, качество жизни, связанное со здоровьем, SF-36, LupusQoL.

Список литературы

1. Trupin L, Tonner M, Yazdany J et al. The role of neighborhood and individual socioeconomic status in outcomes of systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2008;35:1782-8. PMC2875144
2. Alarcon G, McGwin G, Uribe A et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic lupus cohort (lumina). XVII. Predictors of self-reported health-related quality of life early in the disease course. Arthritis Rheum 2004;51:465-74. DOI: [10.1002/art.20409](https://doi.org/10.1002/art.20409)
3. McElhone K, Abbott J, Gray J, Williams A, Teh L. Patient perspective of systemic lupus erythematosus in relation to health-related quality of life concepts: a qualitative study. Lupus. 2010; 19:1640-1647. DOI: 10.1177/0961203310378668.
4. Jolly M. How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? J Rheumatol. 2005; 32(9):1706-8.

5. McElhone K, Abbott J, Shelmardine J et al. Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the lupusQoL, for adults with systemic lupus erythematosus. *Arthr Rheum.* 2007;57(6):972–9. DOI: 10.1002/art.228

Таблица 1- Характеристика 328 больных СКВ, включенных в исследование

Параметры	Показатели
мужчины/женщины, n(%)	30/298 (8,8/99,6)
Возраст, годы, (M±SD)	34,4±11,5
Длительность заболевания, месяцы (M±SD)	106,3±97,9
SLEDAI-2K, общий счет, (M±SD)	9,6±8,0
SLEDAI-2K≥4 (n/%)	215 /65,3
SLEDAI-2K<4 (n/%)	113 /34,3
ИП SLICC, общий счет(M±SD),	1,2±1,6
ИП SLICC≥1(n/%)	186 / 56,5
ИП SLICC =0 (n/%)	142/43,1
Клиническая картина:(n/%)	
Лихорадка	44/13
Высыпания	98/30
Язвы слизистых	49/15
Алопеция	48/15
Васкулит	7/2
Капилляриты	52/16
Поражение нервной системы	54/17
Поражение суставов	142/60
Эндо/миокардит	13/4
Поражение почек	95/29
Нефротический синдром	22/7
Суточная протеинурия ≥0,5 г/л	30/9
Снижение СКФ≤80 мл\мин	61/19
Лейкопения≤3 X 10 ⁹	31/9%
Тромбоцитопения≤ 100X 10 ⁹	10/3
Иммунологические нарушения: (n/%)	
АНФ ≥1/320 h, пер 2	257/78
а-ДНК ≥20 Ед\мл	227/69

СКФ- скорость клубочковой фильтрации

Таблица 2 - Сравнение шкал LupusQoL и SF-36

LupusQoL Шкалы	Значение шкал	SF-36 Шкалы	Значение Шкал	r
Сопоставимые шкалы				
Физическое здоровье	66,7±23,1	Физическое функционирование	62,3±28,5	0,77
Эмоциональное здоровье	64,6±24,7	Психологическое Здоровье	50,1±8,4	0,38
Боль	70,03±24,6	Боль	47±8,8	-0,33
Усталость	62,7±24,7	Жизнеспособность	53±22,5	-0,70
Не сопоставимые шкалы				
Планирование	63,9±28,4	Социальное функционирование	62±27,1	
Интимные отношения	72,9±30,9	Общее здоровье	49,1±20,5	
Зависимость от других людей	56,6±27,7	Ролевое эмоциональное функционирование	49,8±43,8	
Образ тела	65,1±27,6	Ролевое физическое функционирование	40,4±41,3	
		Ментальный компонент Здоровья	45,1±7,6	
		Физический компонент здоровья	48,4±5,4	

Таблица 3 - Зависимость показателей шкал опросника LupusQoI и SF 36 от активности заболевания (p<0)

LupusQoL Шкалы	SLEDAI-2K≤4 (N=113)	SLEDAI-2K≥4 (N=215)	P	SF-36 шкалы	SLEDAI-2K≤4 (N=113)	SLEDAI-2K≥4 (N=215)	P
Сопоставимые шкалы							
Физическое здоровье	70,1±22	64,9±23,6	0,07	Физическое функционирование	65,6±28,2	60,6±28,5	0,1
Эмоциональное здоровье	67,3±24,8	63,2±24,6	0,13	Психологическое здоровье	52,2±9,0	49,6±7,8	0,001
Боль	74,7±23,6	67,5±24,8	0,007	Боль	46,30±9,5	47,3±8,4	0,097
Усталость	65±24,5	65±24,8	0,22	Жизнеспособность	55,5±23,3	48,3±20,3	0,007
Не сопоставимые шкалы							
Планирование	71,1±27,9	60,1±28	0,0004	Социальное функционирование	71,05±24	57,2±27,6	0,003
Интимные Отношения	78,3±28,7	69,9±31	0,003	Общее здоровье	55,9±18,7	48,6±23,3	0,34
Зависимость от других людей	61,2±26,8	54,2±28	0,03	Ролеемоционально ефункционирование	59,3±42,4	46,4±41,8	0,012
Образ тела	71,1±24,7	62±28,5	0,007	Ролеее физическое функционирование	65,6±28,2	60,6±28,5	0,028

Таблица 4. Зависимость показателей шкал опросника LupusQoI и SF 36 от наличия необратимых органичных повреждений (p<0,05).

LupusQoL Шкалы	ИП=0 (N=142)	ИП≥1 (N=186)	P	SF-36 шкалы	ИП=0 (N=142)	ИП≥1 (N=186)	P
Сопоставимые шкалы							
Физическое здоровье	71±22,5	63,3±23	0,002	Физическое функционирование	69,2±27,4	57,1±28,2	0,0007
Эмоциональное здоровье	66,2±25,2	63,3±24,3	0,24	Психологическое здоровье	50,31±7,9	50,6±8,7	0,6
Боль	72,3±24,2	68,2±24,8	0,1	Боль	47,02±8,4	46,9±9,1	0,84
Усталость	65,7±25,3	60,35±24	0,03	Жизнеспособность	55,6±20,3	49,5±24,9	0,02
Не сопоставимые шкалы							
Планирование	67,7±27,3	60,9±29	0,03	Социальное функционирование	64,05±28,1	60,5±26,4	0,21
Интимные отношения	76,06±28,4	70,6±32,5	0,22	Общее здоровье	52,11±20,2	47,41±20	0,06
Зависимость от других людей	55,7±28,4	57,4±27,3	0,68	Ролеее эмоциональное функционирование	56,29±42	46,92±41,8	0,06
Образ тела	66,6±27,9	64±27,3	0,33	Ролеее физическое функционирование	50,54±42,4	33,15±39	0,0001

Авторы:

Воробьева Любовь Дмитриевна, аспирант ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, evagolland@gmail.com +79645594897

Асеева Елена Александровна, старший научный сотрудник лаборатории интенсивных методов терапии ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой к.м.н., eaasseeva@mail.ru

Соловьев Сергей Константинович, зав. лабораторией интенсивных методов терапии, профессор, д.м.н. sksoloviev@mail.ru

76.29.31

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.²

¹ Азербайджанский Медицинский Университет, врач-ревматолог, Баку, Азербайджан,

² Центральная Больница Нефтяников, врач-ревматолог, Баку, Азербайджан

НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ.

Резюме

В работе изучено смазывание нафтенного углеводорода в сочетании высокочастотной звуковой волны-ультразвукотерапии у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС). Была выявлена эффективность проводимой терапии на клинических и лабораторных показателях больных АС. В результате была разработана методика местного применения нафтенного углеводорода в сочетании ультразвуком в лечении больных АС.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, физиотерапия, нафтенный углеводород, ультразвук, нафталан

Введение: АС заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных сочленений позвоночника с частым вовлечением в патологический процесс периферических суставов и энтезисов.

Лечение АС проводят на протяжении всей жизни. В последние годы достигнуты определенные успехи в медикаментозном лечении больных АС. Однако, постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), часто вызывает побочные эффекты со стороны внутренних органов и систем (желудочно – кишечные, почечные, кожные и др.). В связи с этим применение комплексного физиолечения, в ряде случаев дает возможность уменьшить дозы или отменить НПВП. Поэтому применение различных лечебных физических факторов в комплексном лечении больных АС остается актуальным.

Цели терапии АС направлены на уменьшение выраженности боли в позвоночнике, периферических суставах и энтезисах, поддержание подвижности позвоночника, а также на купирование увеита.

Нафталанская нефть по виду густой сиропобразной консистенции, черно-бурого цвета со своеобразным запахом напоминает запах промышленной нефти. По удельному весу (от 0,927 до 0,970) нафталан относят к тяжелым нефтям. Высокий удельный вес нафталана объясняется его фракционным и химическим составом.

Нафталан состоит из различных углеводородов: нафтенных (от 50 до 55%), ароматических (в среднем до 15%). В его составе также смолы (30-35%), нафтенные кислоты (от 0,5 до 1%); количество воды достигает 10-15%. Значительное количество воды легко отделяется от нафталана как при 1-2 суточном отстаивании, так и при помощи специальных технических очисток, и он становится густым маслянистым веществом.

Знаменитая нефть Нафталана, отличающаяся богатым содержанием нафтенных и ароматических углеводородов, используемая для терапии различных заболеваний за счет своих дивных свойств широко известна как в нашей стране, так и за рубежом. В официальной медицине его начали применять в 1896 году

История о ее применении в народном лечении, а также информация о том, как немецкий инженер Э.И. Егер, обнаруживший лечебные свойства нефти и начавший ее производство, впоследствии продавал ее японскому военно-промышленному комплексу уходит назад в прошедшие столетия.

Нафталановая нефть, обладающая целебными свойствами, всегда находилась в центре внимания ученых-медиков и докторов. Фундаментальные научно-медицинские исследования раскрыли возможность использования нафталановой нефти в излечении болезней, прежде считающихся не подлежащими терапии.

Авторами первых работ о нафталановой нефти были врачи Ф.Г.Розенбаум, Е.И.Ефимов, Л.Я.Беридзе, В.Ч.Павловский и др., которые проводили свои наблюдения в Тифлисской Михайловской больнице (1896-1897). Московский дерматолог А.И. Поспелов (1989) при заболеваниях кожи и одесский врач Е.С.Главче (1903) при болезнях суставов также успешно применяли нафталан

Первая фундаментальная монография «Нафталан и его применение при внутренних заболеваниях» принадлежит автору Егорова К.А. и др.

Эффективность нафталанской нефти с различными методиками изучена во многих заболеваниях, в том числе и при ревматических заболеваниях

Учёными установлено, что нафталанская нефть благоприятно влияет на организм, повышая его общую реактивность, проявляет болеутоляющее, противовоспалительное, десенсибилизирующее (антиаллергическое) действие, улучшает трофику и т.д.

Нафталанскую нефть принимают в виде общих и местных ванн (сидячие, однокамерные и четырех камерные ванны для рук и ног), смазывания кожи участка тела, подлежащего лечению, методом фонофареза, в виде гинекологических тампонов, и т.д.

Естественно, со временем меняются и достижения науки и техники, совершенствуются и модернизируются методы лечения. Все эти процессы касаются и нефти, изменяя ее фракционный состав на более эффективный и пригодный, дорабатывая и совершенствуя ее технологию применения. Обычную, многотоннажную, насыщенную смолистыми соединениями обладающими токсичными свойствами и оказывающими пагубное воздействие на человеческий организм, черную нафталановую нефть ныне заменила менее тоннажная, очищенная от вышеуказанных смолистых соединений обессмоленная белая нафталановая нефть («Белый Нафталан» (Ağ Naftalan)) или «Белове нафталановое масло»).

Некоторые из многочисленных преимуществ и основных качеств белого нафталанного масла, обуславливающие его приоритет над черной нафталановой нефтью – значительное сокращение сроков лечения за счет высокого био-физиологического эффекта, получаемого за счет исключения из состава нефти смолистых и дубильных соединений, высокий уровень абсорбции масла (сквозь кожные поры) без вызывания каких-либо патологических изменений в почках, печени и спинном мозгу.

О химическом составе и пропорциях, гарантирующих лечебное действие «Белового нафталана», можно сказать следующее: в основе белого нафталанового масла стоят два вида углеводорода:

1. Нафтеновые углеводороды
2. Ароматические углеводороды

Массовая доля нафтеновых углеводородов, состоящих на 87,3% из углевода и на 12,7% из водорода, составляет 50-54%. Они представляют собой ряды углеводородов, входящих в радикалы стерина и имеющих строение в 4-5 циклов. Ароматические углеводороды, удельный вес которых приравнивается к 0,930, состоят на 88,2% из углевода и 11,8% из водорода и представляют собой моно- и бициклические соединения.

Наиболее распространен метод смазывания кожи нафтеновым углеводородом в сочетании ультразвука.

Цель: Изучить эффективность нафтеновым углеводородом в сочетании ультразвука в комплексном лечении у больных анкилозирующим спондилоартритом.

Материалы и методы: были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 68 больных анкилозирующим спондилоартритом. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на 2 группы (I гр. – 38 больных; II гр. – 30 больных). Обе группы больные получали смазывание нафтенового углеводорода, ЛФК и массаж. Больные I группы (n=38) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафтенового углеводорода в сочетании ультразвука (продолжительность процедуры 10 мин., ежедневно или через день, курс лечения 10-15 процедур). Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП-диклофенак 150мг/с). Влияние локальной терапии на эволюцию суставного синдрома изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) показателей до - и после лечения.

Результаты: После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных было достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности, увеличение объема движений в позвоночнике, а также уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, коррелировала с лабораторными данными, у больных, получавших смазывание нафтенового углеводорода в сочетании ультразвука, происходило уменьшение активности в более ранние сроки, чем у не получавших этот вид лечения.

Выводы: В результате исследования уточнены показания и разработана методика местного лечения с использованием нафтенового углеводорода в сочетании ультразвука у больных АС.

Список литературы

1. Кн. Ревматические Болезни, под ред. акад.Насоновой В.А. и Бунчука Н.В.. Москва, 1997, 519с.

2. Физические факторы в реабилитации больных воспалительными заболеваниями суставов. Азербайджанский Медицинский Журнал, 1996, №11, с.52-55
3. Гусейнов Н.И., Набиева Л.Б., Керимова С.С., Физические факторы в реабилитации больных анкилозирующим спондилоартритом и реактивным артритом. Материалы Всероссийского Съезда ревматологов, Тула, 16-18 июня 1997 года. с.48
4. Гусейнов Н.И. Некоторые аспекты лечения реактивных артритов, Азербайджанский Медицинский Журнал, 1996, №11, с.116-118
5. Гусейнов Н.И., Керимова С.С., Кафар-заде Р.А., Лечение нафталаном и реабилитация больных анкилозирующим спондилоартритом и реактивным артритом. Материалы тезисов Актуальные вопросы физиотерапии и восстановительного лечения. Бишкек, 1995, с.33-34.
6. Кн. Уникальная лечебная нафталановая нефть под ред. Гулиевой С.А. Баку, 1981, 331с.

Summary: The lubrication of a naphthenic hydrocarbon in the combination of a high-frequency sound wave-ultrasound therapy in patients with AS has been studied. The efficacy of the therapy on clinical and laboratory parameters of patients with AS was revealed. As a result, a technique was developed for topical application of a naphthenic hydrocarbon in a complex by ultrasound in the treatment of patients with AS.

76.29.31

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.²

¹ Азербайджанский Медицинский Университет, врач-ревматолог, Баку, Азербайджан,

² Центральная Больница Нефтяников, врач-ревматолог, Баку, Азербайджан

ВЛИЯНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Резюме

В материале изложены результаты исследования эффективности полиэнзимных препаратов в комплексном лечении больных остеоартрозом (ОА). Доказано, что полиэнзимные препараты способствуют улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессию суставного синдрома у больных ОА.

Ключевые слова: остеоартроз, полиэнзимный препарат, флогэнзим, сустав, энзимотерапия

Введение: Целью данного исследования явилось определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных остеоартрозом, получавших комплексную терапию, включающую прием полиэнзимного препарата Phlogenzum.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 50 больных ОА в возрасте от 34 до 78 лет (средний возраст – 54,05±4,64 года), среди которых преобладали женщины (88,1%). В 95,2% случаев больные страдали полиостеоартрозом. Средняя длительность ОА составила 12,4±4,5 года, гонартроза – 71,4±5,4 года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрэну составил 2,1±0,3. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 10 (20%) больных с ФНС 0 степени, 24 (48%) с ФНС I степени и 16 (32%) с ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие боли в коленных суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила 6,4±3,5. У 32 пациентов (63,3%) отмечались явления синовита и периартрита, у 9 больных (16,7%) – только явления синовита и у 5 (10%) - только явления периартрита. Все больные получали комплексную терапию: включающую прием полиэнзимного препарата Phlogenzum (фирма Mucos Pharma, Германия) по 2 таблетке 3 раза в день, за 40 мин. до еды с 200мл водой, поливитамины по 1 таблетке внутрь после еды и алоэ внутримышечно 1 раз в день. Курс лечения продолжался 2 недели.

Результаты: Через 2 недели от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00003$) и сокращение времени прохождения по прямой линии ($p=0,004$). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена достоверная положительная динамика показателей шкал «физическое функционирование», «физическая боль», «психологическое здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ($p<0,01$); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ($p<0,01$). Специальные

опросники MCAO3 и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал ($p < 0,01$).

Обсуждение: результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельный прием больными OA Phlogenzum по 2 таблетке 3 раза в сутки в сочетании с поливитаминами и препаратом, улучшающим периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует достоверная положительная динамика всех подшкал специальных опросников (MCAO3 и KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHR) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущениях у больных, получающих Phlogenzum, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы: прием Phlogenzum по 2 таблетке 3 раза в сутки способствует повышению КЖ больных OA, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHR, MCAO3 и KOOS.

Литература

1. Книга Ревматические, под ред. акад. РАМН В.А.Насоновой и д.м.н. Н.В.Бунчука. М.: Медицина, 1997, 519 с.
2. Книга Ревматология, под ред. акад. РАН Е.Л.Насонова. М.: Медицина, 2017, 456 с.
3. Книга Системная Энзимотерапия, под ред. В.С.Савельева и др. Санкт-Петербург, 2004, 262с.

Summary: The article presents the results of research on the effectiveness of polyenzyme preparations in complex treatment of osteoarthritis (OA) patients. It is proved that polyenzymes help improve physical activity, emotional state, social functioning and regression of joint syndrome in OA patients.

76.29.37 + 76.29.31

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.², Сулейманова Р.Т.³

¹ Азербайджанский Медицинский Университет, врач-ревматолог, Баку, Азербайджан,

² Центральная Больница Нефтяников, врач-ревматолог, Баку, Азербайджан

³ Центральная Больница Нефтяников, врач-эндокринолог, Баку, Азербайджан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОБЭНЗИМА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ АРТРОПАТИИ

Резюме: В материале изложены результаты исследования эффективности полиэнзимных препаратов в комплексном лечении эволюции суставов больных сахарным диабетом (СД). Включение в комплексную терапию полиэнзимного препарата Wobenzum способствует улучшению функции суставов, уменьшению побочных эффектов КС (диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия) и оптимизация течения патологического процесса.

Ключевые слова: эндокринная артропатия, сахарный диабет, wobenzim, полиэнзимные препараты, кортикостероиды

Введение: Один из самой распространенной эндокринной артропатии является сахарный диабет (СД). У больных СД частота различных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата значительно повышена. Прежде всего это касается разнообразных заболеваний околосуставных мягких тканей, в результате чего развивается Синдром Ограничения Подвижности Суставов (СОПС). M.Reimer-Veiz и соавт. (1988) обнаружили эти изменения у 32% больных инсулинзависимым СД и только у 3,6% больных в контрольной группе. Отмечена прямая связь между ранним началом СД, его давностью и степенью выраженности СОПС.

Цель: Оценить эффективность и переносимость полиэнзимного препарата Wobenzum в комплексном лечении СОПС у больных СД.

Материалы и методы: Обследование прошли 140 больных СД с СОПС. Давность заболевания СД - от 1 до 14 лет. Давность СОПС от 1-го месяца до 7 лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы (основная - 82 больных и контрольная - 58 больных). Обе группы больных получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и внутрисуставные кортикостероиды (КС) – Метипред-1мл. Внутрисуставное введение КС

проводилось 1 раз в неделю (всего 1-3 инъекции). Следует отметить, что до - и через 24 часа после внутрисуставного введения КС у всех больных определялось глюкоза в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиэнзимный препарат-Wobenzym-15таб./сут.(фирма-Mucos Pharma-Германия). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятой в ревматологии: боль – по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения по оценке врача и больного, лабораторными данными (глюкоза, СОЭ, СРБ, ЦИК).

Результаты: В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено достоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений в пораженных суставах. Следует отметить, что у 7-больных основной группы и у 10-больных контрольной группы не было отмечено существенного клинического улучшения. У этих больных была обнаружена инсулинозависимая форма СД и срок давности поражения суставов составлял более 5 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали III-стадии болезни. Необходимо отметить, что у основной группы больных повышение уровня сахара в крови и побочные эффекты проводимой терапии отмечены не были. В то же время у 7 больных в контрольной группе, были отмечены диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия. Также были выявлены коррелятивные связи между ранним началом СД, давностью и степенью выраженности СОПС и проводимой комплексной терапией.

Выводы: Клиническая эффективность комплексной терапии больных СОПС, страдающих СД, в обеих группах больных были одинаковые. Включение в комплексную терапию полиэнзимного препарата Wobenzym способствует уменьшению побочных эффектов КС (диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия) и оптимизация течения патологического процесса.

Литература

1. Кн.Сахарный диабет, под ред. П.А.Фадеева, М.,2009, 208с.
2. Кн.Ревматические болезни, под ред. акад.В.А.Насоновой и Н.В.Бунчука, М.,1997, 519с.
3. Reimer- Veiz M. и др. Prevalence and development of limited joint mobility in Type I diabetic children and adolescents. II *Pediatr Adolesc. Endocrinol.*- 1988,-vol.17-P.111-121
4. Hollander J.L. Артроцентез и внутрисуставное лечение. В:*Arthritis and allied conditions*, 9th edition. Ed D.J. McCarty/Lea et Febiger, Philadelphia, 1979, 116 p.
5. Книга Системная Энзимотерапия, под ред. В.С.Савельева и др.Санкт-Петербург, 2004, 262с.

Summary: The material contains the results of a study of the effectiveness of polyenzymes in the complex treatment of the evolution of the joints of patients with diabetes mellitus (DM). Inclusion in the complex therapy of the polyenzyme preparation Wobenzym improves the function of joints, reduces the side effects of COP (dyspepsia, dry mouth and hyperglycemia) and optimizes the course of the pathological process.

Десинова О.В., Старовойтова М.Н.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ.

Сочетание системной склеродермии (ССД) с другими заболеваниями соединительной ткани (поли/ дерматомиозит, ревматоидный артрит и др.), является одной из мало изученных клинических форм ССД и вызывает большие трудности в диагностическом и терапевтическом плане.

Цель работы: изучение особенностей дебюта перекрестной формы системной склеродермии с поли/дерматомиозитом (ССД-ПМ/ДМ).

Материалы и методы: обследовано 68 - с ССД-ПМ/ДМ; среди них 52 женщины и 16 мужчин в возрасте от 17 до 74 лет (в среднем $43 \pm 13,9$) и длительностью заболевания от 6 месяцев до 35 лет (в среднем 5[2-7] лет), длительностью наблюдения 7,4 года [2-11].

Результаты: Первый год заболевания у 80% пациентов ССД-ПМ/ДМ был представлен развернутой клинической картиной, включающей сосудистый, кожный, суставной и мышечный синдромы. Синдром Рейно у 1/3 больных был первым симптомом заболевания, у 68% развился в первый год болезни, у 9% носил изолированный характер.

Ишемические дигитальные нарушения (рубчики, язвочки) имели 10% больных в первый год заболевания, к концу 3 года отмечались у 1/3 больных ССД-ПМ/ДМ. Склеродермическое поражение кожи развилось в первые 3 года заболевания у 85%, из них у 65% - в первый год болезни и у 22% носили диффузный характер, сочетаясь с гиперпигментацией у 10% больных.

Характерные для ДМ изменения кожи (симптомы Готтрона, очков, ладонного гиперкератоза) в первый год имелись 6% больных. Суставной синдром (артралгии, артриты) в первый год заболевания имелся у 53%.

Симптомы полимиозита (миалгии, мышечная слабость) отмечались у большинства больных 75% в первые 3-4 года заболевания, при чем в первые 1,5 года - у 53%, в первые 6 месяцев болезни - у 35% из них. У 10% мышечный синдром сочетался с дисфагией, у 25% - с потерей веса, у 22% - с субфебрилитетом/лихорадкой. Миалгия/мышечная слабость изолированно в первый год болезни встречались редко (4%).

Выводы: Знание и своевременное выявление патологической симптоматики, характерной для перекрестной формы ССД-ПМ/ДМ, способствуют назначению адекватной терапии и улучшения прог-ноза заболевания в целом.

Кудинский Д.М., Смирнов А.В., Алексеева Л.И.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва, Россия, 115522, Каширское шоссе, 34А

МРТ-ИЗМЕНЕНИЯ В ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОК С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Цель исследования: изучить МРТ-симптомы II-V ПЯФС правой кисти у пациенток с достоверным диагнозом ОА суставов кистей (ACR).

Пациенты и методы: в исследование была включена 61 женщина с достоверным диагнозом ОА суставов кистей (ACR), все пациентки подписали информированное согласие. Средний возраст пациенток составил $66,3 \pm 5,8$ лет, возраст начала 50,0 (45,0-56,0) лет, продолжительность заболевания 15,0 (11,0-20,0) лет. Всем пациенткам впервые выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) II-V дистальных межфаланговых суставов (ДМФС), проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) и ПЯФС кисти правой руки. В зависимости от обнаружения эрозий в ДМФС и ПМФС правой кисти пациентки были распределены в 2 группы: с эрозивной (I группа) (ЭОА) и неэрозивной (II группа) формами заболевания. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания.

Результаты: В ПЯФС у пациенток из I группы достоверно чаще выявлялись отёк костного мозга (ОКМ) (53% и 26%, $OR=2,07$, 95%, ДИ [1,04-4,1], $p=0,03$), а также эрозии головок пястных костей (73% и 45%, $OR=1,62$, 95%, ДИ [1,04-2,53], $p=0,02$). Эти изменения в меньшей степени обнаруживались и у пациенток II группы. Частота выявления субхондральных кист (СК) (43% в I и 35% во II группах), небольших или умеренных остеофитов (ОФ) (67% в I и 65% во II группах), небольшого сужения суставной щели (ССЩ) (90% в I и 94% во II группах) и дегенеративных изменений коллатеральных связок (ДИКС) (53% в I и 52% во II группах) не имела значимых различий в обеих группах ($p>0,05$). Частота выявления крупных ОФ в ПЯФС была сравнительно низкой.

Выводы: У пациенток с ЭОА межфаланговых суставов кистей достоверно чаще встречались эрозии и ОКМ в головках пястных костей. Эрозии в головках пястных костей встречались как при ЭОА, так и при неэрозивной форме заболевания по данным МРТ. Такие эрозии представляют из себя внутрикостный дефект с прерывом контура кортикального слоя кости и могут занимать в отдельных случаях до 50% объёма головки пястной кости. Данные изменения требуют динамического контроля.

Резюме: при остеоартрите (ОА) суставов кистей наиболее часто поражаются межфаланговые суставы и суставы основания I пальца кисти, однако в критериях постановки диагноза EULAR 2007 года учитываются болевой синдром и деформация во II,III пястно-фаланговых суставах (ПЯФС) у пациентов старше 40 лет. В литературе практически нет информации о поражении ПЯФС при ОА по данным МРТ. В результате нашего исследования получены данные, которые, с учётом дальнейшего динамического контроля, могут подтвердить вовлечение ПЯФС при ОА суставов кистей, а также более тяжёлое поражение ПЯФС у пациенток с ЭОА межфаланговых суставов кистей.

Summary: Interphalangeal and thumb base joints are known as the most recently affected in patients with hand osteoarthritis (HOA), but diagnostic criteria of EULAR 2007 includes pain and deformities in II and III

metacarpo-phalangeal joints in patients over 40 years old. There is lack of inflammation in literature about MRI-pathology in metacarpo-phalangeal joints. We achieved interesting results, that may suggest involving metacarpo-phalangeal joints in HOA and more severe MRI-defined symptoms in patients with erosive osteoarthritis pattern in interphalangeal joints. However, these patients requires of dynamic observation to confirm our findings.

Ключевые слова: Остеоартрит, МРТ, эрозии, межфаланговые суставы, пястно-фаланговые суставы.

Литература

1. [Hand osteoarthritis] Cas Lek Cesk. [Article in Czech] Senolt L. Fall 2016;155(6):305-309.
2. Joint-specific prevalence of osteoarthritis of the hand. Wilder FV, Barrett JP, Farina IJ. *Osteoarthritis cartilage* 2006 Sep;14(9):953-7. Epub 2006 Jun 8. PMID:16759885 [Doi:10.1016/j.joca.2006.04.013](https://doi.org/10.1016/j.joca.2006.04.013)
3. ACR. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000 Sep;43(9):1905e15.
4. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. Picavet HS, Hazes JM. *Ann Rheum Dis* 2003 Jul;62(7): 644e50. PMID: 12810427 [PMCID:PMC1754612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12810427/)
5. Review. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review D. Pereiraya , B. Peleteiroya , J. Araújoya. *Osteoarthritis cartilage* 2011 Nov;19(11):1270-85. doi: 10.1016/j.joca.2011.08.009. Epub 2011 Aug 24.
6. Bone marrow lesions on magnetic resonance imaging in hand osteoarthritis are associated with pain and interact with synovitis. R. Liu, W. Damman, M. Reijnen. *Osteoarthritis Cartilage*. 2017 Jul;25(7):1093-1099. doi: 10.1016/j.joca.2017.02.790. Epub 2017 Feb 12.
7. EXTENDED REPORT Associations between MRI-defined synovitis, bone marrow lesions and structural features and measures of pain and physical function in hand osteoarthritis. Ida Kristin Haugen, Pernille Bøyesen, Barbara Slatkowsky-Christensen. *Ann Rheum Dis*. 2012 Jun;71(6):899-904. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200341. Epub 2011 Nov 25.
8. Hand osteoarthritis—a heterogeneous disorder. Margreet Kloppenburg and Wing-Yee Kwok. *Nat Rev Rheumatol* 2011;8:22–31. [Nat Rev Rheumatol](https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.170). 2011 Nov 22;8(1):22-31. doi: 10.1038/nrrheum.2011.170.
9. Clinical, radiologic, demographic, and occupational aspects of hand osteoarthritis in the elderly. Caspi D. et al. *Semin. Arthritis Rheum*. 30, 321–331 (2001). PMID: 11303305 [Doi:10.1053/sarh.2001.19957](https://doi.org/10.1053/sarh.2001.19957)
10. Radiographic Assessment of Osteoarthritis. DANIEL L. SWAGERTY, JR., M.D., M.P.H., and DEBORAH HELLINGER, D.O. University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas. *Am Fam Physician* 2001;64:279-86.
11. Erosive osteoarthritis. Leonardo Punzi MD, PhD Associate Professor of Rheumatology, Chief Division of Rheumatology Division of Rheumatology, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Padova—Policlinico Universitario, via Giustiniani 2, 35128 Padova, Italy.
12. The American College of Rheumatology criteria for the classification of osteoarthritis of the hand. Altman, R. et al. *Arthritis Rheum*. 33, 1601–1610 (1990).
13. EXTENDED REPORT. Erosive osteoarthritis: a more severe form of radiographic hand osteoarthritis rather than a distinct entity? Michelle Marshall, Elaine Nicholls, Wing-Yee Kwok et al. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jan;74(1):136-41. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203948. Epub 2013 Oct 4.
14. Interphalangeal osteoarthritis characterised by painful, inflammatory episodes resulting in deformity of the proximal and distal articulations. Crain DC & Washington DC. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1961; 175: 1049–1053.
15. Atlas of individual radiographic features in osteoarthritis. Altman RD, Hochberg M, Murphy WA, et al. *Osteoarthritis and Cartilage* 1995; 3(suppl A): 3–70.
16. Radiological assessment of osteoarthrosis. Kellgren JH, Lawrence JS. *Ann Rheum Dis* 1957, 16:494-502.
17. Prevalence, pattern and determinants of radiographic hand osteoarthritis in five Russian community-based samples. Kalichman, L., Li L., Batsevich, V. et al. *Osteoarthritis Cartilage* 18, 803–809 (2010).
18. Prevalence and pattern of radiographic hand osteoarthritis and association with pain and disability (the Rotterdam study). S. Dahaghin, SMA Bierma-Zeinstra, AZ Ginai et al. *Ann Rheum Dis*. 2005 May;64(5):682-7. Epub 2004 Sep 16.
19. Erosive hand osteoarthritis: its prevalence and clinical impact in the general population and symptomatic hand osteoarthritis. Kwok, W. Y. et al. *Ann. Rheum. Dis*. 70, 1238–1242 (2011).
20. Prevalence, incidence and progression of hand osteoarthritis in the general population: the Framingham Osteoarthritis Study. Haugen I. K., Englund M, Aliabadi P et al. *Ann. Rheum. Dis*. 70, 1581–1596 (2011).
21. Prevalence of erosive osteoarthritis of the hand in a population from Venetian area. Cavasin F, Punzi L, Ramonda R et al. *Reumatismo* 2004; 56: 19–23.

22. Patterns of joint involvement in osteoarthritis of the hand: the Chingford Study. Egger P, Cooper C, Hart DJ et al. *Jrheumatol* 1995;22:1509–13
23. Clinical and radiographic disease course of hand osteoarthritis and determinants of outcome after 6 years. Bijsterbosch J, Watt I, Meulenbelt I et al. *Ann Rheum Dis* 2011, 70:68-73.
24. Synovitis and radiographic progression in non-erosive and erosive hand osteoarthritis: is erosive hand osteoarthritis a separate inflammatory phenotype? Haugen IK, Slatkowsky-Christensen B, Bøyesen P et al. *Osteoarthritis Cartilage* 2016;24:647-54.
25. MR imaging of erosions in interphalangeal joint osteoarthritis: is all osteoarthritis erosive? Grainger AJ, Farrant JM, O'Connor PJ, et al. *Skeletal Radiol* 2007, 36:737-745. PMID: 17497149 DOI: [10.1007/s00256-007-0287-5](https://doi.org/10.1007/s00256-007-0287-5)
26. Subchondral bone changes in hand and knee osteoarthritis detected by radiography. Christopher Buckland-Wright D.Sc* Department of Applied Clinical Anatomy, King's College London, School of Biomedical Science, Guy's Campus, London, UK. [Osteoarthritis Cartilage](https://doi.org/10.1007/s00256-004-0121-9). 2004;12 Suppl A:S10-9.
27. Combined high-resolution magnetic resonance imaging and histological examination to explore the role of ligaments and tendons in the phenotypic expression of early hand osteoarthritis. Tan AL, Toumi H, Benjamin M et al. *Ann Rheum Dis* 2006, 65:1267-1272.
28. Hand osteoarthritis and MRI: development and first validation step of the proposed Oslo Hand Osteoarthritis MRI score. Ida K. Haugen, Siri Lillegraven, Barbara Slatkowsky-Christensen et co. *Ann Rheum Dis* 2011;70, 1033-1038. Doi:10.1136/ard.2010.144527
29. ^{99m}Tc-HMDP bone scanning in generalised osteoarthritis I: comparison of standard radiographs and four hour bone scan image of the hand. Hutton CW, Higgs ER, Jackson PC et al. *Ann Rheum Dis* 1986;45:617–21.
30. Heberden's and Bouchard's nodes. Alexander C. J. *Ann. Rheum. Dis.* 58, 675–678 (1999).
31. Clinical burden of radiographic hand osteoarthritis: a systematic appraisal. Dahaghin S., Bierma-Zeinstra S. M., Hazes J. M. et al. *Arthritis Rheum.* 55, 636–647 (2006).
32. Osteophytes and joint space narrowing are independently associated with pain in finger joints in hand osteoarthritis. Marion C Kortekaas, Wing-Yee Kwok, Monique Reijnen et al. [Ann Rheum Dis](https://doi.org/10.1136/ard.2010.147553). 2011 Oct;70(10):1835-7. doi: 10.1136/ard.2010.147553. Epub 2011 Jul 8.
33. Quantitative microfocal radiographic assessment of progression in osteoarthritis of the hand. Buckland-Wright JC, Macfarlane DG, Lynch JA et al. *Arthritis Rheum* 1990;33:57–65.
34. Relationship between joint space width and subchondral sclerosis in the osteoarthritic hand: a quantitative microfocal study. Buckland-Wright C, Macfarlane D, Lynch J. *J Rheumatol* 1992;19:788–95.
35. Intraosseous thrombosis in ischemic necrosis of bone and osteoarthritis. Cheras PA, Freemont AJ, Sikorski JM. *Osteoarthritis Cartilage* 1993; 1:219–32.
36. Prevalence and Incidence of Hand Osteoarthritis and Upper Limb Complaints in Patients with Knee Osteoarthritis. Correlations among Functionality, Grip Strength, Changes in Body Mass Index and Symptoms among Patients in an Educational Osteoarthritis Program. Vinicius Canello Kuhn, Daniele dos Santos Scarcella, Rosana Mayumi Suzuki et al. *Open Journal of Orthopedics*, 6, 1-9. doi:10.4236/ojo.2016.61001.
37. Hand Osteoarthritis: An Epidemiological Perspective. Leonid Kalichman, PT, PhD, and Gabriela Hernández-Molina, MD, MS. [Semin Arthritis Rheum](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2009.03.001). 2010 Jun;39(6):465-76. doi: 10.1016/j.semarthrit.2009.03.001. Epub 2009 May 31.
38. CONCISE REPORT. Bone marrow lesions and synovitis on MRI associate with radiographic progression after 2 years in hand osteoarthritis. W Damman, R Liu, JL Bloem et al. [Ann Rheum Dis](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-209036). 2017 Jan;76(1):214-217. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-209036. Epub 2016 Jun 20.

МРТИ 76.29.31 УДК 616-002.77

Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, г. Москва, РФ.

ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Резюме

Изучена иммуногенность и безопасность 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных ревматоидным артритом (РА), находящихся на терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). В исследование включено 110 человек в т.ч. 79 больных РА и 31 испытуемый контрольной группы, имеющие в ближайшем анамнезе ≥ 2 случаев инфекций нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии).

23-валентную полисахаридную пневмококковую вакцину в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили п/к. 39 из 110 пациентов наблюдали 24 месяца, 23 пациента – 36 месяцев, и 16 пациентов – 48 месяцев. У больных РА констатирована выраженная положительная иммунная реакция на изучаемую вакцину, заключающаяся в значимом нарастании КПО. Через 4 года наблюдения сохранялся достоверно высокий уровень поствакцинального ответа.

Полученные нами данные свидетельствуют о достаточной иммуногенности, безопасности и эффективности 23-валентной пневмококковой вакцины у больных РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, пневмония, вакцинация, пневмококковая вакцина.

Актуальность: Пациенты с ревматическими заболеваниями (РЗ) подвержены повышенному риску инфекций, которые зачастую являются ведущей причиной летального исхода.

Так, в течение первых 5 лет течения системной красной волчанки (СКВ) от инфекций умирает такое же количество пациентов, как и в связи с высокой активностью СКВ [1].

Среди пациентов с РА смертность в связи с инфекциями респираторного тракта от 2 до 5 раз выше, чем в популяции [2]. В обзоре Falagas и соавт. отмечено, что из 5411 пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани 29% имели серьезные инфекции, в 24% случаев ведущие к летальному исходу [3].

Цель исследования: изучение иммуногенности и безопасности 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных ревматоидным артритом (РА), находящихся на терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

Материалы и методы: в исследование включено 110 человек (женщины–81 (73,6%), мужчины–29 (26,4%), возраст 23-76 года), в т.ч. 79 больных РА и 31 испытуемый контрольной группы, имеющие в ближайшем анамнезе ≥ 2 случаев инфекций нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии).

52 больных РА получали метотрексат (МТ), 14–лефлуномид (ЛЕФ), 13– ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа (иФНО- α +МТ). 23-валентную полисахаридную пневмококковую вакцину в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили п/к на фоне продолжающейся терапии МТ/ЛЕФ или за 28-30 дней до назначения иФНО- α .

Таблица 1 - Динамика КПО у больных РА и лиц контрольной группы в течение годового срока наблюдения, $M \pm \sigma$.

	Визит 2 (1 месяц)	Визит 4 (1 год)	Визит 5 (2 года)	Визит 6 (3 года)	Визит 7 (4 года)
Пациенты с РА	2,33* [1,6;3,8]	2,64* [2,03;6,39]	3,07* [1,56;6,18]	1,029 [0,74;1,32]	2,08* [0,69;3,80]

* $p < 0,05$

Основные этапы контроля: исходный визит, через 1,3 и 12 мес. после вакцинации. 39 из 110 пациентов наблюдали 24 месяца, 23 пациента – 36 месяцев, и 16 пациентов – 48 месяцев. Во время визитов выполняли общепринятые клинические и лабораторные исследования.

Уровни антител к капсульному полисахариду пневмококка (АТ) определяли с помощью наборов VaccZyme™ PCP IgG 2 (The Binding Site Group Ltd, Birmingham, UK). Для каждого пациента определяли коэффициент постиммунизационного ответа (КПО), определяемый как отношение содержания АТ на II, III, IV, V, VI и VII визитах к I визиту.

Результаты: Динамика КПО у пациентов РА, находящихся на различной терапии, а также лиц контрольной группы, представлена в таблице 1.

У больных РА, находящихся на различной терапии, констатирована выраженная положительная иммунная реакция на изучаемую вакцину, заключающаяся в значимом нарастании КПО. Доля ответчиков на вакцину среди больных РА составила 61%. Через 3 года наблюдения отметилась тенденция к снижению уровня поствакцинального ответа. Тем не менее, через 4 года наблюдения сохранялся достоверно высокий уровень поствакцинального ответа. За всё время наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая пневмококковой инфекции.

Обсуждение: В нашей работе проводилось наблюдение пациентов после вакцинации ППВ-23 в течение 4 лет, оценивались не только параметры иммуногенности, но и клинической эффективности вакцинации. Все пациенты, включенные в исследование, имели отягощенный инфекционный анамнез (два и более эпизодов инфекций нижних дыхательных путей). Спустя 4 года после вакцинации у пациентов сохранялся протективный уровень поствакцинальных антител. В одном случае пневмония возникла у пациентки с длительно текущим РА, получавшей комбинированную терапию глюкокортикоидами, метотрексатом и этанерцептом, на фоне гриппа. При исследовании бронхоальвеолярной жидкости бактериальная инфекция не обнаружена, на рентгенограмме лёгких патологии также не отмечено, по данным КТ – интерстициальная пневмония. Во втором случае пневмония возникла у пациента в отделении интенсивной терапии, куда он поступил в связи с острым коронарным синдромом. Микробиологическое исследование не выполняли, но условия возникновения пневмонии (госпитальная, в отделении интенсивной терапии) позволяют высказать предположение о непневмококковой этиологии процесса. Таким образом, эпизодов инфекций нижних дыхательных путей пневмококковой этиологии за время наблюдения зарегистрировано не было.

Выводы: Полученные нами данные свидетельствуют о достаточной и длительной иммуногенности, безопасности и эффективности 23-валентной пневмококковой вакцины у больных РА, получающих различную терапию. В целях определения влияния тех или иных факторов, влияющих на эффективность ППВ-23 у пациентов с РЗ, требуются дальнейшие клинические исследования.

Список литературы

1. Trager J, Ward MM. Mortality and causes of death in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol* 2001;13:345–51.
2. Franklin J, Lunt M, Bunn D, et al. Risk and predictors of infection leading to hospitalisation in a large primary-care-derived cohort of patients with inflammatory polyarthritis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:308–12.
3. Falagas ME, Manta KG, Betsi GI, et al. Infection-related morbidity and mortality in patients with connective tissue diseases: a systematic review. *Clin Rheumatol* 2007;26:663–70.

Objective: To study immunogenicity and safety of 23-valent polysaccharide pneumococcal vaccine in RA patients receiving DMARDs and genetically engineered biologic agents (GEBA).

Materials and Methods: The study included 110 patients, 79 RA pts and 31 controls with ≥ 2 recent episodes of upper respiratory tract infections (bronchitis, pneumonia). One dose (0,5 ml) of 23-valent polysaccharide pneumococcal vaccine was administered subcutaneously. 39 out of 110 pts were followed for 24 months, 23 pts – for 36 months, and 16 pts – for 48 months.

Results: Pronounced positive immune reaction to the study vaccine was documented in all RA patients on different therapeutic regimens as significant CPR incremental growth. Significantly high level of post-immunization response still persisted after 4 years of FUP

Conclusion: Therefore obtained results are indicative of sufficient immunogenicity, good safety and efficacy of 23-valent pneumococcal vaccine in RA ptss.

Key words: *rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, pneumonia, vaccination, pneumococcal vaccine*

Буханова Дарья Валерьевна – ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, аспирант, Москва, РФ.

Белов Борис Сергеевич – ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, заведующий лабораторией изучения роли инфекций при ревматических заболеваниях, Москва, РФ.

Тарасова Галина Михайловна – ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, старший научный сотрудник лаборатории изучения роли инфекций при ревматических заболеваниях, Москва, РФ.

Иманбердиева А.М., Криворучко Н.А., Шаймарданова Г.М.

АО «Национальный научный медицинский центр», г. Астана, Республтка Казахстан

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Цель:

Оценить эффективность проведения трансплантации аутологичных стволовых клеток (ТАСК) у больных с нефротическим синдромом в рамках Системной красной волчанки (СКВ).

Материал и методы:

Обследовано 22 пациентов с достоверным диагнозом СКВ с поражением почек, по критериям Американской коллегии ревматологов, в возрасте от 19 до 36 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: основная группа - 12 пациентов, которым наряду с общепринятой консервативной терапией проводилась ТАСК, контрольная группа – 10 больных, без проведения ТАСК. Все больные до ТАСК получали консервативную иммуносупрессивную терапию. Продолжительность заболевания и средний возраст пациентов в группах отличались незначительно, в среднем составляя $5,18 \pm 1,29$, $24,23 \pm 2,84$ лет. Пациентам проведены биопсии почек до и после проведения ТАСК. Процедура проводилась в 2 этапа – миелоэкспузия забор костного мозга из гребня подвздошной кости в количестве 200 мл, с последующим культивированием и введением системно. Лечение стволовыми клетками проводилось по схеме –0-3-6-12 месяцев.

Результаты исследований:

До проведения сеансов ТАСК 1 и 2 групп антител к двухспиральной ДНК $98,94 \pm 7,26$ суточная протеинурия составила $2,96 \pm 0,94$ г/сутки, креатинин $162,4 \pm 9,89$ мкмоль/л, альбумин $26,3 \pm 5,65$ г/л, скорость клубочковой фильтрации $62,0 \pm 6,32$ мл/мин/1,73 кв.м. После проведения ТАСК по лабораторным данным в 1-й группе выявлено снижение антител к двухспиральной ДНК- до $55,92 \pm 11,39$, суточной протеинурии до 0,31 г/сутки, креатинин до 86,0 мкмоль/л, повышение уровня альбумина сыворотки крови до 46,52, скорость клубочковой фильтрации до 98,56 мл/мин/1,73 кв.м. Состояние пациентов в 1-й группе стабилизировалось, у четверых больных СКВ с нефротическим синдромом на фоне проведения ТАСК купирован нефротический синдром -протеинурия, эритроцитурия до нормальных показателей, следует отметить, что содержание общего белка и альбумина увеличилось на 64% от исходного без возмещения альбумина. В динамике в контрольной группе у 50% пациентов снизилось до 1,24 г/сутки, у 30% сохранились показатели, у 20% отмечалось прогрессирование нефротического синдрома.

Обсуждение и выводы.

Результаты проведенной нами лабораторной оценки эффективности ТАСК при нефротическом синдроме в рамках СКВ, позволяют отметить что уже через 6 месяцев после проведения сеанса приводит к достоверному улучшению лабораторных данных и купирования нефротического синдрома.

Снижение активности специфических иммунологических маркеров, а также возможность снижения дозы ГКС-терапии, подтверждает возможные иммуносупрессивные действия стволовых клеток, что определяет целесообразность дальнейшего изучения данного направления.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Материалы межвузовской научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины», инициированной Южно-Казахстанской медицинской академией и Шымкентским медицинским институтом международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Ясауи, 24мая 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан	
Е.П.Несмеянова, Ахметова Ф. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTERPYLORY (Обзор литературы)	3
Тұрсынқұлова Ж.К., Сахова Б.О. ШҚҚСА РЕВМАТОЛОГИЯ БӨЛІМІНДЕ ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІМЕН ЕМДЕЛГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМПЛАЕНСІН БАҒАЛАУ	7
Джакипбекова З.К., Осипов Е.Қ. АЛКОГОЛЬДІ ЕМЕС СТЕАТОГЕПАТИТТІҢ ЕМІНДЕ ГЕПТРАЛДЫ ҚОЛДАНУ	9
Мусахова М.О., Темірқұлова Ш.Ә., Мамадалиев О. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ӘСЕРІНЕН ДАМЫҒАН ДИАРЕЯ (Әдеби шолу)	12
Annaorazov Y.A. EXPERIMENTAL RESULTS OF APPLICATION OF ANTIADHESIVE GEL PRINTED BY 3D PRINTER (FROM THEORY TO PRACTICE)	14
Ы.А. Аннаоразов, М. Дүйсебеков ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ 3D МОДЕЛИ ОРГАНОВ ЖКТ	17
Дүйсембаева У. Е., Сейдахметова А. А. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАЗНЫХ УРОВНЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ	19
Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные инфекции южных регионов Казахстана», инициированной Южно-Казахстанской медицинской академией и РОО «Общество врачей инфекционистов», 29-30 июня 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан	
Алимханова К.Н., Мендигалиева А.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	24
Алимханова К.Н., Амиреев С.А., Габасова М.К. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ВАКЦИНОЛОГИИ	24
Алтаева А.М., к.м.н., и.о. профессора Абуова Г.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В» В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	26
Амиреев С.А., Кусаинова А.Ж. ОБНОВЛЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПЕРЕЧНЯ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ	27
Амиреев С.А., Габасова М.К., Алимханова К.Н. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПО ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	29
Атаева М.А. ПЛАНОВАЯ ИММУНИЗАЦИЯ – УДАР ПО ИНФЕКЦИЯМ	30
Ахмеджанова З.И., Урунова Д. М. НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	31
Ахмедова М.Д., Максудова З.С., Ниязова Т.А., Абраева Н.Н., Бобожонов Ш.Ж. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ БОТУЛИЗМА	33
Ахмедова М.Д., Ташпулатова Ш.А., Анваров Ж.А., Имамова И.А., Гайбуллаев Ф. ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА	36
Ахмедова М.Д., Ташпулатова Ш.А., Абидов З.И., Анваров Ж.А., Имамова И.А., Гайбуллаев Ф. ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА	40

Бейсекова М.М., Альшеева Н.О., Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСЫМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫ	41
Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е., Девдариани Х.Г. ПРОФИЛАКТИКА АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ	42
Бекенов Ж.Е., Уразаева С.Т., Мукаева А., Абдрахманов Е.Д. К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСГРАНИЧНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ АРЕАЛА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ТЕРРИТОРИЮ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	45
Е. Бумбуриди, Дафни Моффетт, Дж.Хэд, Г. Утепбергенова, Б. Ережепов, Н. Бердиярова, К. Кулжанова 2017 ЖЫЛЫ ШҚЖАА-НА ЖАТҚЫЗЫЛҒАН ӨТКІР БАСТАПҚЫ МЕНИНГИТ/ЭНЦЕФАЛИТ ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ	46
Y. Bumburidi, Daphne Moffett, J. Head, G. Utepbergenova, B. Yerezhepov, N. Berdiyarova, K. Kulzhanova THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF CASES OF ACUTE PRIMARY MENINGITIS/ENCEPHALITIS HOSPITALIZED IN SHYMKENT CITY INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL IN 2017	47
Е. Бумбуриди, Дафни Моффетт, Дж.Хэд, Г. Утепбергенова, Б. Ережепов, Н. Бердиярова, К. Кульжанова ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ ПЕРВИЧНЫХ МЕНИНГИТОВ/ ЭНЦЕФАЛИТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ШГИБ В 2017 ГОДУ	48
Джолдасова А.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ Г. ШЫМКЕНТ	49
Дмитровский А.М., Исакова Ф.А., Аскарров Д., Азизханов П. ОБ УЧАСТИИ КАЗАХСТАНА В МЕЖДУНАРОДНЫХ СОГЛАШЕНИЯХ ПО СОВРЕМЕННЫМ ВЫЗОВАМ В ОБЛАСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ	50
А.М. Дмитровский, С.М. Мамадалиев, Ф.А. Исакова, Л.Т. Ералиева, Р.А. Егембердиева, Г.А. Утепбергенова, К.Ж. Камытбекова, Е.А. Пак ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ БИОБЕЗОПАСНОСТИ И БИОЗАЩИТЕ В РАМКАХ ПРОЕКТА 53 В КАЗАХСТАНЕ	51
Жумаева З.Ж., Жумаева А.А., Манасова И.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ	52
Зубайдуллаева М.Т., Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Султанова Г.Ю. ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	53
Ирсимбетова Н.А., Тулендиева К.А. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ (ОҚО) БОЙЫНША ВАКЦИНАМЕН БАСҚАРЫЛАТЫН ИНФЕКЦИЯЛАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН ІС-ШАРАЛАР	56
Ирсимбетова Н.А., Медетов Б.Ж., Тулендиева Қ.Н. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША (ОҚО) ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ «А» (ВГА) СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ ВАКЦИНАМЕН АЛДЫН АЛУ НӘТИЖЕСІ	58
Ибрагимова Н.У., Имамова И.А., Мирзаева У.Н., Ташпулатова Ш.А. ТЕРАПИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	60
Г.А. Кобилова, А.А. Жумаева ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ	61
А.Р. Кузьмина, О.С. Бегимбаев ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНТОМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В СЕЗОН АКТИВНОСТИ ПЕРЕНОСЧИКОВ – ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	62
Саломова Х.Ж., Манасова Г.М. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ПОЛОСТИ РТА	64
Манасова И.С., Жумаева А.А., Жумаева З.Ж. ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	65

Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., Бояубаева С.М., Жанаспаева М.Н., Жданова А.М., Сейтказина А.К., Уалиева Ш.К., Кайырбек Т.Е. РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНЦИИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ У ОБУЧАЮЩИХСЯ	66
Maukaeva S.B., Nuralinova G.I., Kudaibergenova N.K., Kuznetcova M.V. KNOWLEGDE OF YOUTH ABOUT PREVENTION OF HIV-INFECTION	67
Maukaeva S.B., Nuralinova G.I., Isabekova Z.B., Bayanbayeva T.S. PREVENTION OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS	67
А.А. Мустапаева УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	68
Нуралинова Г., Маукаева С.Б. ТҰМАУ ЖӘНЕ ЖРВИ ПРОФИЛАКТИКАСЫ	69
Облокулов А.Р., Облокулов А.А., Вахабов А.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА	70
Рахматова Д.Б. Худойдодова С.Г. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	71
Умаров Ф.Х., Юлдашова Ш.Т. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ БРУЦЕЛЛЁЗНЫХ АРТРИТАХ	72
Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Алышева Н.О., Бейсекова М.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВГВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	74
М.Т.Хатамова, Ш.Ж.Шукурлаева ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ И ОСОБЕННОСТИ ИММУНО-ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	77
Ш.Ж.Шукурлаева, М.Т.Хатамова ГЕМОСТАЗ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	79
Хасанова Г.М., Свирина А.С., Музыченко А.В., Хасанова А.Н. МЕРЗІМІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӘР ТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА ҚАН САРЫСУЫНДАҒЫ ЦИТОКИНДЕР КОНЦЕНТРАЦИЯСЫ ЖӘНЕ БҮЙРЕК СИНДРОМЫ БАР ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАНЫҢ АУЫРЛЫҒЫ	80
Хасанова Г.М., Свирина А.С., Валишин Д.А., Музыченко А.В., Хасанова А.Н. КОНЦЕНТРАЦИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДА И ТЯЖЕСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	83
Khasanova G.M., Svirina A.S., Muzychenko A.V., Khasanova A.N. CONCENTRATION OF SERUM CYTOKINES IN PATIENTS WITH VARIOUS AGES DEPENDING ON THE PERIOD AND SEVERITY OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME	85
Хатамова М.Т. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	87
Хатамова М.Т. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ВЫЗВАННЫЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	88
Худойдодова С.Г. СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	88
Шукурлаева Ш.Ж., Хатамова М.Т. БАКТЕРИОУРИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ	89
Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения ревматических болезней», инициированной Южно-Казахстанской медицинской академией и ОО «Казахская коллегия ревматологов», Медицинским центром болезней суставов г. Шымкента, 5-6 июля 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан Воробьева Л.Д., Асеева Е.А., Соловьев С.К. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СКВ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКОВ SF-36 И LUPUS-QOL.	90

Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н. НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ	95
Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н. ВЛИЯНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	97
Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОБЭНЗИМА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ АРТРОПАТИИ	98
Десинова О.В., Старовойтова М.Н. ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ.	99
Кудинский Д.М., Смирнов А.В., Алексеева Л.И. МРТ-ИЗМЕНЕНИЯ В ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОК С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ	100
Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М. ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	103
Иманбердиева А.М., Криворучко Н.А., Шаймарданова Г.М. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	105