



Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік
фармацевтика академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№1(74), 2016

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1 (74), 2016

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

«Республиканское государственное
предприятие на праве хозяйственного
ведения «Южно-Казakhstanская
государственная фармацевтическая
академия»

Журнал зарегистрирован
Министерством связи и информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№11321-ж от 24.02.2011 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в
Международном центре по
регистрации сериальных 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 300 экз. Журнал отпечатан в
типографии ОФ «Серпилис»,
г. Шымкент.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор мед. наук., профессор, академик
КазНАЕН

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А., член Союзов журналистов СССР и
Казахстана

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор, академик
КазНАЕН

Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Патсаев А.К., доктор хим.наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)

Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе,
Таджикистан)

Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science(г. Колумбия, США)
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Nannette Turner,Phd.MPH(г.Колумбия, США)
Шнитовска М.,Prof.,Phd.,M.Pharm (г.Гданьск,
РеспубликаПольша)

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ОХРАНА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

УДК: 615.917:612.015.32-611.43-618.29

С.К. Тулеметов, к.м.н., доцент, М.Ю.Акрамова, З.А.Ахадова, К.С.Шералиев, к.м.н.
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКИХ ДОЗ ФИПРОНИЛАНА ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС БЕРЕМЕННЫХ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВА

АННОТАЦИЯ

В работе изучена эффект длительного воздействия низких доз фипронила (ФПН) на состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) беременных крыс и их потомства. Было установлено, что длительное воздействие низких доз ФПН, приводит к окислительному стрессу (ОС) у беременных крыс и их потомства. У крыс максимальное увеличение уровня малонового диальдегида в качестве основного показателя ПОЛ, обнаружены на 14-21 дни беременности. Это сопровождалось заметным сокращением активности каталазы, одной из важных систем АОЗ. Аналогично, ОС у потомства вызванное, фипронилом, максимально проявляется на 7-14 дни после родов, в период кормления молоком. Степень ОС у потомства уменьшается после прекращения приема пестицида или его метаболитов через грудное молоко.

Ключевые слова: развитие токсичности, фипронил, потомство, окислительный стресс, беременность.

Введение.

Фипронил (ФПН) является N-фенилпиразол инсектицидом, который широко используется для борьбы с вредителями в сельском хозяйстве, здравоохранении, и дома. ФПН зарегистрирован и применяется для борьбы с вредителями кукурузы, хлопка и риса в различных частях мира. Рост использования ФПН содержащих инсектицидов, способствует к ограничению применения известных хлорорганических и фосфорорганических пестицидов [22].

Первоначально предполагалось, что из-за избирательного действия ФПН является относительно безопасным для организма млекопитающих и человека [10; 11]. Однако последующие исследования показали, что фенилпиразол содержащие инсектициды, в том числе ФПН, может оказать высокое общее цитотоксическое воздействие на позвоночных и млекопитающих. Степень токсичности зависит от дозы, способа и продолжительности действия. Имеются достаточные данные о цитотоксическом эффекте ФПН на организм в естественных условиях и в *in vitro*. На моделях в пробирке с клетками нейробластомы человека SH-SY5Y было показано, что ФПН индуцирует апоптоз нейронов, опосредованную повышенной генерацией активных форм кислорода, то есть через окислительный стресс [13; 14].

В исследованиях на моделях в пробирке РС12 феохромоцитомы в нейротипических клетках крыс также было показано, что ФПН ингибирует ДНК и синтез белка в недифференцированных клетках и вызывает окислительный стресс в большей степени, чем хлорпирифос, что приводит к снижению количества клеток, даже если жизнеспособность клеток сохраняется [16]. Лечение антиоксидантами в этих случаях (витамин Е и аскорбиновая кислота) помогло снизить степень ОС, но не предотвратил гибель клеток [20]. Токсический эффект ФПН в естественных условиях, в основном вызванное ОС, были также обнаружены у крыс, мышей, рыб

карп, зеленых лягушках и у других животных [7; 8; 18]. Также были описаны несколько случаев острого отравления людей с ФПН [15; 17].

Таким образом, в настоящее время можно считать доказанным роль ФПН в развитии ОС и связанное с этим токсическое воздействие его на организм позвоночных и млекопитающих. Тем не менее, большинство из этих исследований были проведены на клеточных моделях в пробирке, где были применены достаточно высокие концентрации ФПН. Использование клеточных моделей в токсикологии имеет свои очевидные преимущества. Тем не менее, она не в состоянии выявить многие аспекты проблемы метаболизма и фармакокинетики токсина связанных с его длительным воздействием [16].

Особую озабоченность вызывают токсические эффекты у беременных женщин и детей, потому что окислительный стресс развивающегося организма может оказывать вредное воздействие на нервную систему и привести к неблагоприятным неврологическим последствиям [9; 20]. Установлено, что городская дренажная система выступает в качестве непосредственного источника загрязнения пестицидами в городских сточных водах, и в этом случае фипронил и его метаболиты являются новыми и широко распространенными загрязнителями с потенциалом экотоксического индикатора. В связи с этим, беременные женщины и дети представляют собой группу повышенного риска в [5]. К сожалению, информация о состоянии ПОЛ и системы АОЗ при длительном воздействии низких доз ФПН, особенно на беременность млекопитающих, в литературе недостаточно освещена. В связи с этим мы в настоящей работе исследовали влияние длительного воздействия низких доз ФПН на состояние ПОЛ и АОЗ беременных крыс и их потомства.

Материалы и методы.

Фипронил (ФПН) в виде 4% концентрата эмульсии (торговая марка "Вигор") получили из совместной Узбекско-Германской кооперации «Евро-Тем». Эксперименты проводились на белых взрослых девственных крысах самках Вистар массой тела 150-170г, половозрелые крысы самцы использовались только для оплодотворения. Все крысы содержались в условиях регулируемой температуры (22±30 С) и влажности с 12 часовым день-ночь циклом. Животные находились на обычном лабораторном рационе питания и воду получали без ограничений. Крысы были акклиматизированы в течении одной недели перед опытами. Затем крысы самки были разделены на две группы по 45 крыс в каждой. Первой группе крыс (обработанной) вводили через рот с использованием зонда разбавленный в физиологическом растворе фипронил из расчета 3,6 мг/кг/ежедневно. Это соответствовало 1/100 части от ЛД50 препарата. Вторая группа (контрольная) таким же способом получала такой же объем (3,6 мг/кг/ежедневно) стерильного физиологического раствора. Введение ФПН не прекращалось вплоть до окончания опытов. На 31 день опытов самки обеих групп соединялись с самцами для оплодотворения. Наступление беременности контролировали по наличию сперматозоидов во влагалищных мазках. После наступления беременности самки отделены от самцов и помещены в отдельные клетки для дальнейших исследований. Часть беременных самок обеих групп были умерщвлены на 14 и 21 дни (ГД 14 и ГД 21) беременности под легким эфирным наркозом. Другие крысы были умерщвлены таким же способом на 14 и 21 дни (ЛД 14 и ЛД 21) после родов.

Следует отметить, что длительное применение низких доз ФПН не привело к появлению явных симптомов отравления экспериментальных крыс. Только у некоторых крыс были обнаружены легкая вялость и незначительное снижение двигательной активности. Потомство от обработанных ФПН самок по количеству и размерами существенно не отличалось от контроля. Отмечено лишь некоторое запоздалое открывание глаз и отлипания ушей по сравнению с контролем. Потомство от обеих групп животных было умерщвлено на 7, 14, 21 и 30 дни после рождения, также под легкой анестезией эфиром. После умерщвления печень немедленно была извлечена, взвешена и очищена от посторонних тканей и промыта холодным физиологическим раствором. Для получения экстракта 1 г печени был гомогенизирован в 10 мл холодного раствора фосфатного буфера (рН 7,4). Гомогенат центрифугировали при 8000 об/мин в течении 15 мин при 40С, полученный супернатант использовали для биохимических исследований. Биохимическое определение состояния ПОЛ и уровня антиоксидантных ферментов проводили по известным методам, принятым в наших лабораториях [12].

Уровень малонового диальдегида (МДА) определяли на основании реакции с тиобарбитуровой кислотой (ТБА) с образованием окрашенного комплекса (ТБАРС), который затем вычислялся спектрофотометрически и выражали в нмоль/мг белка. Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли спектрофотометрически с использованием нитросинеготетразолия в качестве индикаторного реагента и выражали в усл.ед/мин.мг белка. При определении активности каталазы (КАТ) в качестве субстрата использовали перекись водорода, активность КАТ выражали в H_2O_2 /мин.мг белка.

Расчет и статистический анализ проводился с использованием статистического пакета для Windows. Все данные были представлены как среднее \pm стандартное отклонение (СО). Все цифровые данные обрабатывали по критериям Фишера-Стьюдента; достоверными считались различия, удовлетворяющие $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Полученные данные показали, что длительное воздействие низких доз ФПН приводит к значительной индукции ОС у крыс-самок (рис. 1). У крыс самок, которые до беременности в течении месяца получали ФПН, уровень МДА в 3,4 раза больше, чем в контрольной группе. Сама беременность также способствовала большей индукции ОС. У контрольных крыс, не получавших ФПН, на 14 и 21 дни беременности отмечено только небольшое повышение уровня МДА по сравнению с данными полученными до беременности. В отличие от этого, у обработанных ФПН самок уровень МДА в эти же дни, соответственно, были 4,3 и 4 раза выше, чем контрольные значения ($p < 0,001$). После родов, уровень МДА, хотя в целом несколько ниже, но все еще 3,5-4 раза выше, чем контрольные значения.

Несколько иные результаты были получены в исследованиях антиоксидантных ферментов (рис. 2 и 3). Активность СОД и КАТ у обработанных ФПН крыс самок до беременности были более чем в 2,5 раза выше по сравнению с контролем. С 14 дня беременности, как правило, снижалась активность обоих ферментов, и на 21 день выявлено их значительное снижение по сравнению с контролем. После родов активность этих ферментов вновь повышалась и на 21 сутки лактации были более чем в 2 раза выше, чем контрольные значения. Длительное воздействие низких доз ФПН в значительной мере способствовало индукции ОС не только в материнском организме, но и у их потомства (рис. 4).

Уровень МДА у потомства ФПН крыс постепенно увеличивался и максимальное значение МДА наблюдалось на 14 день после рождения. Впоследствии уровень МДА постепенно уменьшался и к 30 дню после рождения достоверно не отличался от показателей контроля. Активность обоих СОД и КАТ на 7 день после рождения были более чем в 2 раза выше по сравнению с контрольным значением (рис. 5 и 6). На 14 день отмечено уменьшение показателей обоих ферментов, хотя их активность оставалась значительно выше по сравнению с контролем. На день 21 вновь отмечено повышение активности обоих ферментов примерно до уровня 7 дня после рождения. На 30 сутки после рождения активность обоих ферментов значительно снижалась. Тем не менее, в этот период активность СОД не отличалась от контрольных значений, в то время как активность КАТ оставалась значительно выше по сравнению с контролем. Индукция ОС включает в себя чрезмерную продукцию активных форм кислорода (АФК и свободных радикалов) в результате дисбаланса между генерацией АФК и антиоксидантов. Антиоксидантные ферментные системы защиты включают в себя супероксиддисмутазу (СОД), каталазу (КАТ), глутатионпероксидазу (ГПс) и другие, которые могут защитить систему от вредного воздействия свободных радикалов кислорода. Повреждение мембранных липидов, белков и ДНК является конечным биомаркером ОС, вызванного действием многих пестицидов [23].

Индукция ОС является одним из основных механизмов действия многих пестицидов [1; 6]. Фипронил в определенных дозах и условиях также является мощным индуктором ОС [20]. В исследованиях в пробирке T.L.Lessiteretal., [16], показали, что ФПН является по своей природе более мощным разрушителем нейронов, чем хлорпирифос. Таким образом, в развивающихся клетках повышается восприимчивость их к фипронил-индуцированному ОС, даже антиоксидантное лечение никак не защищает этих клеток от гибели. Исследования у эмбрионов показало, что незрелая нервная система может быть особенно чувствительна, к негативному воздействию на структуру и функцию с повреждением рецепторов гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) [21]. В.Clasen etal., [7] исследовали антиоксидантное состояние, ОС и параметры роста

карповых рыб подвергшихся действию фипронила на рисовых полях. Было выявлено, что инсектицид фипронил вызывает изменения биохимических параметров в различных тканях карпа, не затрагивая рост или выживание рыбы.

К сожалению, в доступной нам литературе мы не нашли исследований о влиянии ФПН на беременные млекопитающие. По нашим данным, длительное воздействие низких доз ФПН в течение 30 дней до беременности значительно увеличивает ОС. Беременность способствует дальнейшей индукции ОС. Наиболее выраженный фипронил-индуцированный ОС выявлено на 21 день беременности, когда уровень МДА во много раз выше, чем контрольные параметры. По данным D.Hainzlet.al [11], несмотря на высокий уровень МДА и СОД у кошек на 21 день беременности показано значительное снижение ферментной активности по сравнению с контрольной группой. Наряду с этим, в контрольной группе крыс в течение беременности, мы обнаружили, тенденцию к снижению активности ферментов антиоксидантной защиты печени раньше, чем по сравнению с беременными крысами. Известно, что физиологическая беременность сопровождается образованием большого количества свободных радикалов, в основном активных форм кислорода (АФК). Беременность характеризуется высокими показателями АФК во время эмбрионального и фетального развития плаценты [5].

Обычно, в этих условиях, организм вынужден мобилизовать антиоксидантные ферменты из печени в другие органы, которые нуждаются в дополнительной антиоксидантной защите, в первую очередь, к плаценте. По нашим данным после родов активность антиоксидантных ферментов снова увеличивался, и на 21-й день лактации было значительно выше по сравнению с контрольными показателями. Всё это показывает, что интоксикация во время беременности приводит к дисбалансу между молекулами прооксидантного, в том числе реактивного кислорода и азота, а также антиоксидантной системы защиты, которая может играть ключевую роль в патогенезе различных осложнений беременности, таких как самопроизвольный аборт, невынашивание, и преэклампсии [2].

При воздействии ФПН, мы не отметили сокращения числа потомков, или угрозу выкидыша или других явных признаков нарушения беременности. Потомки самок, получавших ФПН, по количеству и размеру существенно не отличаются от контрольных. Отмечено лишь некоторое запоздалое открывание глаз и отлипания ушей по сравнению с контролем. Но это не значит, что фипронил-индуцированный ОС не оказывает на дородовое и послеродовое развитие потомства. Эпидемиологические исследования показали, что изменения в нервной системе, полового развития, распространенность астмы и аллергии во многих случаях связаны с воздействием загрязнителей на ранних этапах жизни [19]. Ранний постнатальный период является наиболее уязвимым к действию вредных факторов окружающей среды [3;4].

У потомства от матерей с длительным воздействием ФПН, мы также наблюдали значительную индукцию уровня ОС. МДА у потомства постепенно увеличивался, и его максимальное значение наблюдалось на 14 день после родов. Затем уровень МДА постепенно уменьшался и на 30 сутки постнатального периода существенно не отличался от контрольного. Это означает, что ОС, который возник еще в эмбриональном периоде, продолжает развиваться в послеродовом периоде жизни. ОС снижается по мере прекращения поступления пестицида, или его токсичных метаболитов через грудное молоко. Этим объясняется снижение уровня МДА и активности СОД и КАТ на 30 сутки после рождения, когда полностью прекращается поступление ФПН или его метаболитов.

ОС во время беременности может играть ключевую роль в патогенезе многих заболеваний потомства, которых можно наблюдать в разные периоды постнатальной жизни [5; 19; 24]. Наши исследования ясно показали развитие выраженного ОС у потомства, когда на организм матери действует малые дозы ФПН во время беременности и в период лактации. Конечно, пренатальный и ранний постнатальный ОС может вызвать различные нарушения дальнейшего развития органов и систем, особенно нервной, эндокринной, репродуктивной и иммунной систем потомства. Наши результаты подтверждают мнение других исследователей и указывают на необходимость проведения гораздо более интенсивных исследований последствий воздействия ФПН на развитие плода и новорожденного в естественных условиях [20]. Важное значение имеет разработка эффективных методов профилактики и лечения возможных будущих негативных последствий дородового и послеродового воздействия ФПН на потомство.

Заключение.

Длительное воздействие низких доз ФПН, приводит к ОС у беременных и у их потомства. Самый высокий уровень ПОЛ у беременных связано с пониженной активностью ферментов антиоксидантной (СОД и КАТ). У потомства более высокий уровень ОС наблюдается в период лактации. Хотя степень окислительного стресса ОС у потомства уменьшается после прекращения приема пестицида или его метаболитов через грудное молоко, последствия воздействия фипронили-индуцированного ОС на развивающийся организм, нуждается в дальнейших исследованиях.

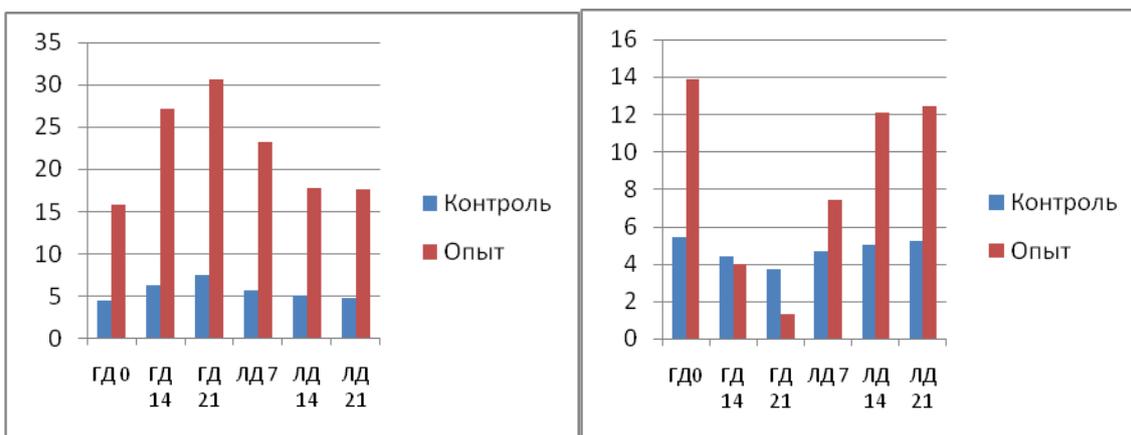


Рисунок 1- Уровень перекисного окисления липидов (МДА) в ткани печени крыс самок во время беременности и лактации. Примечание: ГД - дни гестации; ЛД - дни лактации.

Рисунок 2 - Активность антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы (СОД) в ткани печени крыс самок во время беременности и лактации.

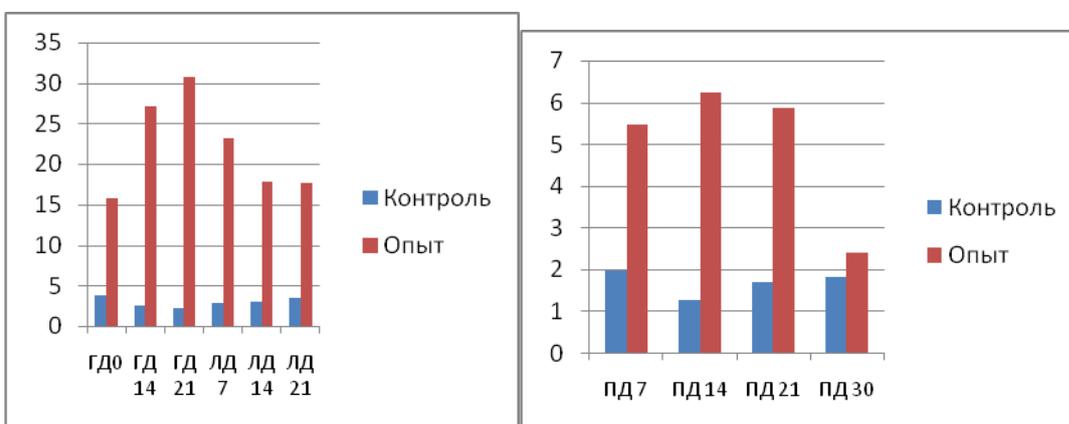


Рисунок 3 - Активность антиоксидантного фермента каталазы (КАТ) в ткани печени крыс самок во время беременности и лактации.

Рисунок 4 - Уровень перекисного окисления липидов (МДА) в ткани печени потомства в динамике постнатального онтогенеза. Примечание: ПД - дни постнатального онтогенеза.

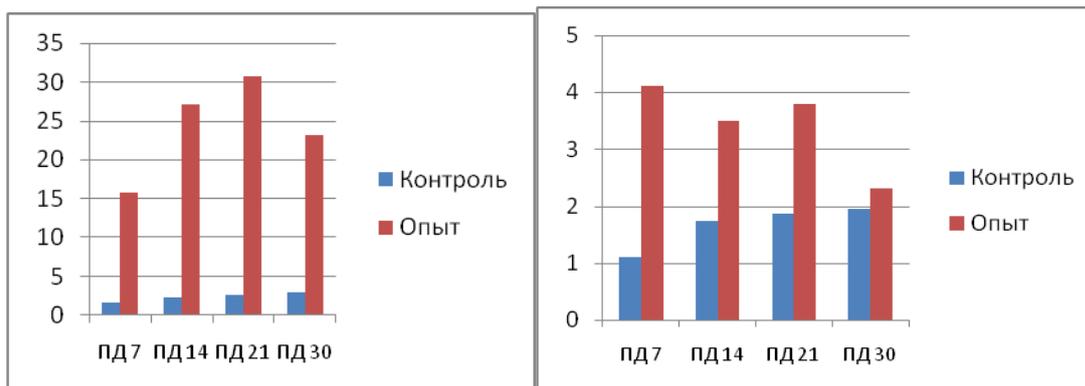


Рисунок 5 - Активность антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы (СОД) в ткани печени потомства в динамике постнатального онтогенеза.

Рисунок 6 - Активность антиоксидантного фермента каталазы (КАТ) в ткани печени потомства в динамике постнатального онтогенеза.

Литература

1. Abdollahi M. Pesticides and oxidative stress: a review. / M.Abdollahi, A.Ranjbar, S.Shadina, S.Nikfar, A.Rezaie // *Medic. Sci. Monitor.* -2004. -Vol. 10. -P. 141-147.
2. Agarwal A. The effects of oxidative stress on female reproduction: a review. / A.Aponte-Mellado, B.J.Premkumar, A.Shaman, S.Gupta // *Reproductive Biology and Endocrinology.* -2012. -Vol. 10. -N1, -P. 10-49.
3. Ahmed O.M. Effects of experimentally induced maternal hypothyroidism and hyperthyroidism on the development of rat offspring: I. The development of the thyroid hormones-neurotransmitters and adenosinergic system interactions / S.M.Abd El-Tawab, R.G.Ahmed // *Int. J. Dev. Neurosci.* -2010.-Vol. 28. -P. 437-454.
4. Ahmed R.G. Perinatal TCDD exposure alters developmental neuroendocrine system. / R.G.Ahmed // *Food Chem. Toxicol.* -2011. -Vol. 49. -P. 1276-1284.
5. Al-Gubory K.H. The roles of cellular reactive oxygen species, oxidative stress and antioxidants in pregnancy outcomes. / P.A.Fowler, C.Garrel // *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology.* -2010. -Vol. 42. -N.10. -P.1634-1650.
6. Amin K.A. Deltamethrin-induced oxidative stress and biochemical changes in tissues and blood of catfish (*Clarias gariepinus*): antioxidant defense and role of alpha-tocopherol / K.S.Hashem // *BMC Veterinary Research.* -2012. -Vol. 8. N.1. -P.8-45.
7. Clasen B. Effects of the commercial formulation containing fipronil on the non-target organism *Cyprinus carpio*: Implications for rice–fish cultivation / V.L.Loro, R.Cattaneo, B.Moraes, T.Lópes, L.Antonio de Avila, R.Zanella, G.B.Reimche, B.Baldisserotto // *Ecotoxicology and Environmental Safety.* -2012. -Vol. 77. -P. 45-51.
8. Ferreira M. Action of the chemical agent fipronil (active ingredient of acaricide Frontline) on the liver of mice: An ultrastructural analysis / P.R.De Oliveira, S.E.Denardi, G.H.Bechara, M.I.Mathias // *Microscopy Research and Technique.* -2012. -Vol. 75. N. 2. -P. 197-205. <http://dx.doi.org/10.1002/jemt.21043>
9. Gan J. Occurrence of Fipronil and Its Biologically Active Derivatives in Urban Residential Runoff / S.Bondarenko, L.Oki, D.Haver, J.X.Li // *Environmental Science & Technology.* -2012. -Vol. 46. -N. 3. -P. 1489-1495.
10. Hainzl D. Fipronil insecticide: Novel photochemical desulfinylation with retention of neurotoxicity // *Proceedings of the National Academy of Sciences.* -1996. -Vol. 93. -N. 23. -P. 12764-12767.
11. Hainzl D. Mechanisms for Selective Toxicity of Fipronil Insecticide and Its Sulfone Metabolite and Desulfinyl Photoproduct / L.M.Cole, J.E.Casida // *Chemical Research in Toxicology.* -1998. -Vol. 11. N. 12. -P. 1529-1535.

12. KarimovKh.Y.a. Changes in some indices of the synthesis of nitric oxide during the early stages of hepatocarcinogenesis / F.K.h.Inoyatova, M.T. Mukhamedova // *Experimental and Toxicologic Pathology*. -2003. -Vol. 55. -N. 1. -P. 17-19.
13. Ki Y.W. Reactive oxygen species and mitogen-activated protein kinase induce apoptotic death of SH-SY5Y cells in response to fipronil / J.E.Lee, J.H.Park, In.C.Shin, H.C.Koh // *Toxicology Letters*. -2012. -Vol. 211. N. 1. -P. 18-28.
14. Lee J.E. Akt/GSK3 β signaling is involved in fipronil-induced apoptotic cell death of human neuroblastoma SH-SY5Y cells / J.S.Kang, Y.W.Ki, S.H.Lee, S.J.Lee, K.S.Lee, H.C.Koh // *Toxicology Letters*. -2011.-Vol. 202. -N. 2. -P. 133-141.
15. Lee S.J. Acute illnesses associated with exposure to fipronil—surveillance data from 11 states in the United States, 2001–2007 / P.Mulay, B.Diebolt-Brown, M.J.Lackovic, L.N.Mehler, J.Beckman, J.Waltz, J.B.Prado, Y.A.Mitchell, Sh.A.Higgins, A.Schwartz, G.M.Calvert // *Clinical Toxicology*. -2010. -Vol. 48. -N. 7. -P. 737-744.
16. Lessiter T.L. Is fipronil safer than chlorpyrifos? Comparative developmental neurotoxicity modeled in PC12 cells / E.A.MacKillop, I.T. Ryde, F.J.Seidler, T.A. Slotkin // *Brain Research Bulletin*. -2009. -Vol. 78. -N. 6. -P. 313-322.
17. Mohamed F. Acute Human Self- Poisoning with theN- Phenylpyrazole Insecticide Fipronil-a GABAA- Gated Chloride Channel Blocker / L.Senarathna, A.Percy, M.Abeyewardene, G.Eaglesham, R.Cheng, Sh.Azher, A.Hittarage, W.Dissanayake, M.H.Rezvi Sheriff, W.Davies, N.A.Buckley, M.Eddleston // *Clinical Toxicology*. -2004. -Vol. 42. -N. 7. -P. 955-963.
18. Ohi M. Reproductive adverse effects of fipronil in Wistar rats // *Toxicology Letters*. -2004. -Vol. 146. -N. 2. -P. 121-127.
19. Schoeters G.E. Biomonitoring and biomarkers to unravel the risks from prenatal environmental exposures for later health outcomes / E.D.Hond, G.Koppen, R.Smolders, K.Bloemen, P.DeBoever, E.Govarts // *American Journal of Clinical Nutrition*. -2011. -Vol. 94. -N. 6. -P. 1964-1969.
20. Slotkin T.A. Oxidative stress from diverse developmental neurotoxicants: Antioxidants protect against lipid peroxidation without preventing cell loss / F.J. Seidler // *Neurotoxicology and Teratology*. -2010. -Vol. 32. -N. 2. -P. 124-131.
21. Stehr C.M. The Developmental Neurotoxicity of Fipronil: Notochord Degeneration and Locomotor Defects in Zebrafish Embryos and Larvae // *Toxicological Sciences*. -2006. -Vol. 92. -N. 1. -P. 270-278.
22. Tingle C.C. Fipronil: environmental fate, ecotoxicology, and human health concerns / J.A.Rother, C.F.Dewhurst, S.Lauer, W.J.King // *Rev Environ Contam Toxicol*. -2003. -Vol. 176. -P. 1-66. Review.
23. Tuzmen N. Biochemical effects of chlorpyrifos and deltamethrin on altered antioxidative defense mechanisms and lipid peroxidation in rat liver / N.Candan, E.Kaya, N.Demiryas // *Cell Biochemistry and Function*. -2008. -Vol. 26. -N. 1. -P. 119-124.
24. Valko M. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease / D.Leibfritz, J.Moncol, M.T.Cronin, M.Mazur, J.Telser // *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*. -2007. -Vol. 39. -N. 1. -P. 44-84.

ТҮЙІН

С.К. Тулеметов, м.ғ.к., доцент, М.Ю.Акрамова, З.А.Ахадова, К.С.Шералиев, м.ғ.к.

Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты, Ташкент қ., Өзбекістан
Ташкент педиатриялық медициналық институты, Ташкент қ., Өзбекістан

ФИПРОНИЛАН ТӨМЕН МӨЛШЕРІНІҢ ЖҮКТІ ЕГЕУКҰЙРЫҚТАР ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ҰРПАҚТАРЫНЫҢ ҚЫШҚЫЛДАНУ СТРЕССІНЕ ҰЗАҚ ӘСЕРІ

Жұмыста фипронил (ФПН) төмен мөлшерінің жүкті егеуқұйрықтар және оның ұрпағына липидтер асқыноттығының қышқылдану(ЛІАҚ) жағдайына әсері және оксидантқа қарсы қорғау (ОҚҚ) қарастырылған. Фипронил (ФПН) төмен мөлшерінің жүкті егеуқұйрықтар және оның ұрпағының

қышқылдану стрессіне (ҚС) алып келетіні байқалды. Егеуқұйрықтарда ЛАҚ негізгі көрсеткіші ретінде малон диальдегиді деңгейінің жоғарылауы жүктіліктің 14-21 күнінде байқалды. Бұл каталаза, ОҚҚ маңызды жүйесі белсенділігінің азаюымен қатар жүрді. ҚС деңгейі ұрпағында пестицид немесе оның метаболиттерін емшек сүтімен алған жағдайда азайды.

Кілт сөздер: уланудың дамуы, фипронил, ұрпақ, қышқылдану стрессі, жүктілік.

SUMMARY

S.K.Tulemetov, M.Yu.Akramova, Z.A.Ahadova, K.S.Sheraliyev

Tashkent state of dental institute, Tashkent pediatric medical institute

PROLONGED EXPOSURE OF LOW DOSES OF FIPRONIL CAUSES OXIDATIVE STRESS IN PREGNANT RATS AND THEIR OFFSPRING

In the present study we the effect of prolonged exposure to low doses of FPN on the state of lipid peroxidation and antioxidant protection of pregnant rats and their offspring. It was found that prolonged exposure to low doses of fipronil leads to oxidative stress in pregnant females and their offspring. In pregnant rats the maximum increase in the level of malondialdehyde as the main indicator of lipid peroxidation, detected on 14-21 days of pregnancy. This was accompanied by a marked reduction in the activity of catalase, one of the important antioxidant defense systems. Similarly, fipronil caused by oxidative stress in the offspring, which had maximum expressed on 7-14 days after birth, in the milk feeding period. Although the degree of oxidative stress in the offspring decreases after cessation of receipt of the pesticide or its metabolites through of breast milk, the effects of fipronil-induced oxidative stress on the developing organism needs further extensive studies.

Key words: developmental toxicity, fipronil, offspring, oxidative stress, pregnancy.

УДК 616.37- 002-036.11

Ненова О.Н.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса. Украина, e-mail:

godlevsky@odmu.edu.ua

ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИН-1 - ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОМ

АННОТАЦИЯ

Уровень продукции интерлейкина-1 (ИЛ-1) мононуклеарными клетками у пациентов с профессиональным контактным дерматитом, вызванным солями хрома был существенно (в 3,8 раз) выше, чем у практически здоровых. Включение в комплекс лечебных мероприятий липоевой кислоты и пентоксифиллина сопровождалось снижением стимулируемых бактериальным липополисахаридом ИЛ-1 – зависимой реакции бласттрансформации лимфоцитов и редукцией клинических проявлений заболевания. Данные изменения были существенно более выраженными, чем в условиях традиционного лечения.

Ключевые слова: аллергический профессиональный контактный дерматит, соли хрома, цитокины, альфа-липоевая кислота, пентоксифиллин.

В патогенезе профессионального дерматита, вызванного контактом с солями хрома важная роль принадлежит увеличению продукции провоспалительных цитокинов, в частности, интерлейкина-1 (ИЛ-1) [3, 7]. ИЛ-1 представляет собой семейство цитокинов, опосредующих широкий спектр изменений в организме при развитии воспалительного процесса и продуцируется моноцитами и макрофагами [1, 7]. Поэтому важным является исследование функционального состояния клеток-продуцентов ИЛ-1 у пациентов с профессиональным контактным дерматитом.

Ранее данный вопрос у рабочих прецизионного машиностроительного производства не исследовался.

Целью данной работы было определение уровня продукции мононуклеарными клетками ИЛ-1 в крови у работников прецизионного машиностроительного производства, у которых был диагностирован аллергический контактный дерматит, вызванный соединениями хрома. Дополнительной задачей работы было исследование ИЛ-1- продуцирующей активности системы мононуклеаров в условиях включения в комплекс лечебных мероприятий альфа-липоевой кислоты и пентоксифиллина (ПТФ). Данные препараты оказывают трапевтическое действие за счет повышения антиоксидантного потенциала тканей, а также снижения продукции провоспалительных цитокинов [4, 5, 6].

Материалы и методы исследования. В исследовании наблюдали 27 рабочих машиностроительного предприятия «Микрон», которым в комплекс лечебных мероприятий включали альфа - липоевую кислоту и ПТФ. При этом применяли пентоксифиллин («Sigma», США) (5- 10 внутривенных инфузий из расчета 0,1- 0,2 г на одну инфузию), а также препараты липоевой кислоты «ASTAMedicaAG», Германия из расчета 0,01- 0,02 г в сутки.

Традиционное лечение в отдельной группе пациентов проводили с применением десенсебилизирующей, а также дезинтоксикационной терапии с обязательным устранением пациентов от контакта с аллергеном.

Стаж работы на предприятии состави не менее 3,5 лет и в среднем составил 11,3+2,1 года. У всех пациентов был поставлен диагноз аллергического контактного дерматита, индуцированного солями хрома. Пациенты были заняты на участках гальванизации, машиноборочного и юстировочного цехов, а также использовали в технологическом процессе цемент. Стаж работы на предприятии составил в среднем 14,5+2,7 года. Средний возраст пациентов составил 47,8+3,4 года.

Группой контроля служили 25 рабочих завода, у которых также диагностировали контактный аллергический дерматит и которым осуществляли традиционное лечение. Кроме того, 27 инженерно- технических работника завода, которые относились к категории практически здоровых, составили группу сравнения. Обе группы не отличались от основной группы по показателю возраста.

Методика определения ИЛ-1 осуществлялась по [1, 2] с некоторыми модификациями и заключалась в выделении мононуклеарных клеток из крови в градиенте плотности фикол- верографин. Для разделения прилипающих и неприлипающих клеток суспензию мононуклеаров с концентрацией 2×10^6 на 1 мл среды RPMI=1640 с 10% инактивированной АВ (IV) сыворотки разливали по 0,2 мл в лунки пластиковых плоскодонных планшет и культивировали в течение 45 мин при 37° С и 5% содержании CO₂. Собирали неприлипшие клетки (93,5% лимфоцитов) и хранили при 4° С до использования.

Прилипшие клетки (более 90% моноцитов) осторожно промывали несколько раз средой 199. Во все лунки добавляли по 0,1 мл среды RPMI-1640 содержащей 0,1% полиэтиленгликоля (ПЭГ-6000 “Serva”, Германия) и 50 мкг/мл гентамицина. Клетки активировались липополисахаридом (ЛПС) E. coli 055 (“Serva”, Германия) импульсным методом. Для этого в часть лунок с моноцитами вносили по 0,02 (20 мкг/мл) ЛПС, в другие- 0,02 мл среды RPMI-1640 и инкубировали при 37° С и 5% содержании CO₂ в течение различных интервалов времени (0,5 и 1,5) [1]. По окончании культивирования отсасывали всю жидкость и лунки с клетками промывали средой 199. Затем к монослою моноцитов добавляли по 0,2 мл неприлипших клеток (лимфоцитов) с концентрацией 2×10^6 /мл среды РМ -1640 с 20 мМ глутамина, 10% инактивированной АВ (IV) сыворотки и 50 мкг/мл гентамицина.

В клеточную смесь, состоящую из активированных или интактных моноцитов и лимфоцитов добавляли субоптимальную дозу (1мкг/мл) фитогемагглютина (ФГА, "Серва", Германия) в объеме 0,02 мл. Планшеты помещали в термостат при 37° С с 5% CO₂ и культивировали в течение 72 ч. После окончания реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) готовили мазок клеток, в которых морфологически определяли бластные клетки. Активность ИЛ-1 выражали индексом стимуляции пролиферации лимфоцитов (ИСПЛ) и определяли по формуле: ИСПЛ= О/К, где О- процент бластных клеток в пробах, содержащих моноциты, активированные ЛПС импульсным методом, и ФГА- стимулированные лимфоциты; К-

относительное число бластных клеток в пробах содержащих неактивированные (интактные) моноциты и ФГА- стимулированные лимфоциты. Иммунологические исследования осуществляли на первые и 7-е сутки с момента начала лечебных мероприятий.

Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием общепринятых в медико- биологических исследованиях критериев оценки различий между группами.

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучение ИСПЛ в группе пациентов с традиционным лечением показало, что к концу первых суток с начала лечения уже при длительности инкубации с ЛПС в течение 0,5 ч отмечалась выраженная тенденция к стимуляции РБТЛ у пациенток - число бластных клеток составило 27,2+ 3,2%, а в группе сравнения- 21,3+ 3,3% ($P>0,05$) (Рис. 1, А). Увеличение продолжительности инкубации до 1,5 ч имело своим следствием возрастание ИСПЛ в 3,8 раза - число бластных клеток у пациентов составило 229,3+ 18,9%, в то время как у практически здоровых - 61,0+ 4,5% ($P<0,05$). Определение данного показателя на 7-й день с момента начала традиционного лечения показало, что ИСПЛ в этот период также оставался весьма высоким - 2,6 (у пациентов число бластных клеток составило 155,3+ 12,1 и у практически здоровых- 59,4+ 5,3% ($P<0,05$)).

В группе пациентов с применением разработанного лечения (альфа- липоевая кислота+ ПТФ) обнаружено, что к концу первых суток с момента начала лечения, при продолжительности инкубирования моноцитов обработанных ЛПС в течение 0,5 ч не отмечалось влияния на РБТЛ иммунокомпетентных клеток: количество бластных клеток составило в контроле (активированные моноциты практически здоровых)- 18,8+ 3,2% и у пациентов с аллергическим контактным дерматитом - 21,2+ 2,7% ($P>0,05$) (Рис. 1, Б).

Продолжительность инкубации с ЛПС в течение 1,5 ч вызывало отчетливую способность усиливать пролиферацию лимфоцитов в ответ на субоптимальную дозу ФГА, что проявлялось увеличением показателя ИСПЛ в среднем до 2,2 - возрастанием числа бластных клеток до 128,5+ 11,8 в сравнении с 54,5+ 4,8 в контроле (практически здоровые) ($P<0,05$). На 7-й день с момента начала лечения наблюдалось снижение индекса ИСПЛ- до 1.2 -при этом число бластных клеток у пациенток составило 68,2+ 5,5% а в контроле- 56,4+ 4,7% ($P>0,05$) (Рис. 1, Б).

Таким образом, проведенные исследования показали, что в условиях развития контактного аллергического дерматита у рабочих контактирующих с солями хрома у пациентов наблюдается возрастание продукции ИЛ-1 моноцитами крови. Данный эффект проявляется выраженным увеличением продукции цитокина до начала лечения, что соответствует ранее представленным данным [5] свидетельствующим о важном патогенетическом значении ИЛ-1 в формировании профессиональных аллергических дерматитов в ответ на действие соединений металлов. Важным является тот момент, что ранее речь шла об идентификации воспалительных изменений кожи, как источника цитокинов. Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что профессиональный контактный аллергический дерматит возможно рассматривать как системный процесс гиперпродукции цитокинов, в котором принимают участие мононуклеарные клетки крови, поскольку их инкубация с ЛПС сопровождается активированием ИЛ-1 зависимых изменений со стороны лимфоцитов [3].

Благоприятная динамика со стороны исследуемых иммунологических показателей, а также клинических проявлений аллергического дерматита в условиях применения разработанного лечения, включающего применение альфа- липоевой кислоты и ПТФ связана с некоторым снижением содержания ИЛ-1 в плазме крови, в то время как у пациентов, получавшим традиционное лечение, подобный эффект был выражен в значительно меньшей степени.

Приведенные данные свидетельствуют о противовоспалительном и противоаллергическом характере влияний комплексного лечения с применением альфа- липоевой кислоты и ПТФ, которое может быть реализовано посредством снижения продукции цитокинов и, в частности ИЛ-1, мононуклеарными клетками. Поэтому применение в комплексе лечебных мероприятий альфа- липоевой кислоты и ПТФ возможно рекомендовать при профессиональных аллергических дерматитах, вызванных не только соединениями хрома, но и солями других металлов, которые сегодня широко применяются в условиях машиностроительного производства.

Можно также полагать, что применение разработанного лечебного комплекса представляется перспективным в контексте разработки методов лечения заболеваний, в патогенезе которых имеет значение повышенная продукция цитокинов.

ВЫВОДЫ: 1. Развитие аллергического дерматита вызванного контактом рабочих с солями хрома в условиях машиностроительного производства, связаны с высокой способностью мононуклеарных клеток продуцировать ИЛ-1. 2. Применение в комплексе лечебных мероприятий альфа- липоевой кислоты и пентоксифиллина обеспечивает повышение эффективности лечения, обеспечивает снижение активности мононуклеарной системы в отношении продукции ИЛ-1.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаменко Г.П. Метод определения интерлейкина- 1 в культуре лимфоцитов и активированных импульсным способом моноцитов крови человека//Лаб. дело.- 1990.- № 5.- С. 42-45.
2. Адаменко Г.П., Козин В.М. Клинико- лабораторная оценка цитокинов при воспалительных заболеваниях кожи// Вестник дерматологии и венерологии.- 1993.-№3, С.11-15
3. Аллергический контактный дерматит и ассоциированные алергодерматозы: современные представления об этиологии, патогенезе и диагностике/О.Л.Иванов, А.Н.Львов, Е.С.Феденко, С.С.Землякова// Российский журнал кожных и венерических болезней.- 2010.-N 4.-С.47-51.
4. Дьяченко Ю.Ю. Современные аспекты фармакотерапии алергодерматозов/ Ю.Ю.Дьяченко // Новая аптека, 2014.-N 6.-С.87-89.
5. Clark S.C., Zirwas M.J. Management of occupational dermatitis/ S.C.Clark, M.J.Zirwas //Dermatol.Clin.-2009.- Vol.27, N3.- P. 365-383
6. Pentoxiphylline and propentophylline are inhibitors of TNF-alpha release in monocytes activated by advanced glycation endproducts/ Meiners I., Hauschildt S., Nieber K., Munch G. // J. Neural. Transm.- 2014.- Vol. 111, N3.- С.441-447.
7. Pellegrino M., Minervini B. Tumor necrosis factor-alpha and interleukin-1 beta. Two possible mediators of allergic inflammation// Minerva Pediatr.- 2006.- V.48, N7-8:- P.309-312.

ТҮЙІН

Ненова О.Н.

Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина, e-mail: godlevsky@odmu.edu.ua

КӘСІБИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ МОНОНУКЛЕАР ЖАСУША ҚАНЫНЫҢ ИНТЕРЛЕЙКИН-1 - ПРОДУКЦИЯЛАНУ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ӨЗГЕРУІ

Кәсіби контактілі дерматиті бар пациенттердің хром тұздары әсерінен интерлейкин-1 продукциясының (ИЛ-1) деңгейінің мононуклеарлы жасушалармен өзгеруі сау адамдарға қарағанда (3,8 есе) көп болуы байқалды. Емдеу шараларына липолық қышқыл және пентоксифиллинді қосу стимулданған бактериалды липополисахаридтің бласттрансформациясына, лимфоциттердің ИЛ-1 – тәуелді реакциясына және аурудың клиникалық көріністерінің редукциясына алып келді. Бұл дәстүрлі емдеуге қарағанда жақсы көрініс тапты

Кілт сөздер: аллергиялық кәсіби контактілі дерматит, хром тұзы, цитокин, альфа-липоелік қышқыл, пентоксифиллин.

SUMMARY

Nenova O.N.

Odessa National Medical University, Odessa , Ukraine, e-mail: godlevsky@odmu.edu.ua

PECULIARITIES OF BLOOD MONONUCLEAR CELLS INTERLEUKIN-1-PRODUCTION IN PATIENTS WITH OCCUPATIONAL ALLERGIC DERMATOSIS

The level of production of interleukin-1(IL-1) by blood mononuclears in patients with professional contact dermatitis induced with chromium salts was substantially (by 3,8 times) increased when compared with healthy control. Administration of lipoic acid together with pentoxiphyllin was followed of pronounced decrease of bacterial lypopolysacharide stimulated and IL-1 depended reaction of lymphocytes blasttransformation along with the reduction of production along with lessening of clinical manifestations. These changes were greater in comparison with that one observed in traditionally treated patients.

Key words: allergic occupational contact dermatitis, chromium salts, cytokines, alpha-lipoic acid, pentoxiphyllin.

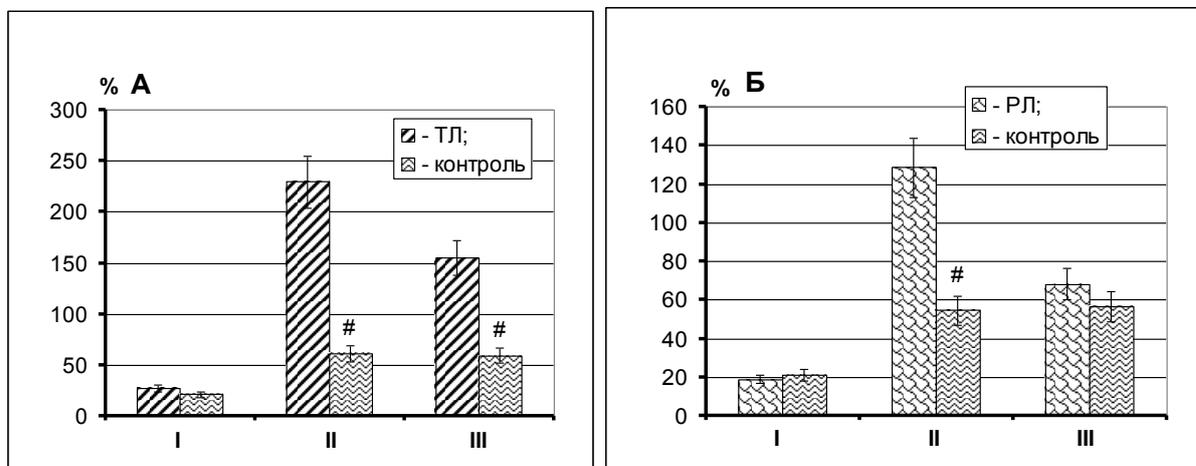


Рисунок 1 - Изменения ИЛ-1-продуцирующей активности мононуклеарных клеток в различных условиях лечения аллергического контактного дерматита.

Обозначения: по оси абсцисс – число бластных клеток в % по отношению к общему числу мононуклеарных клеток, принятому за 100%.

По оси ординат- I – и II- первые сутки с момента начала лечения, длительность инкубации соответственно – 0,5 и 1,5 ч III- 7-е сутки с начала лечения, длительность инкубации – 1,5 ч. РЛ- разработанное лечение и ТЛ- традиционное лечение.

#-P<0,05 в сравнении с соответствующим показателем в группе наблюдения (ANOVA+ Newman- Keuls тест).

УДК: 616.024-009.27.612.37

Ненова О.Н.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина, e-mail:
godlevsky@odmu.edu.ua

ВЛИЯНИЕ ДИАЗЕПАМА И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА ПОВЕДЕНИЕ КРЫС В ТЕСТЕ "ОТКРЫТОГО ПОЛЯ"

АННОТАЦИЯ

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей исследовательской поведенческой активности крыс в тесте "открытого поля" в условиях применения диазепам. Приведенные результаты показали, что в условиях применения транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) через 24 часа с момента воздействия отмечалось снижение двигательной активности животных, проявлявшееся в уменьшении числа пересеченных квадратов- на 38,6% в сравнении с контролем (P<0,05). При этом речь шла об эффекте уменьшения числа пересеченных внешних квадратов-на 46,9 %. Сравнимое с эффектом ТМС действие оказывало применение диазепам (0,5 мг/кг, в/бр) - число пересеченных квадратов было меньше такового в контроле на 35,8 %, в том числе внешних квадратов- на 34,8% (P<0,05). В условиях сочетанного применения ТМС и диазепам число пересеченных квадратов было меньше, чем в контроле на 53,1%, что

было также меньше, чем в группе с одним применением ТМС на 23,7% ($P>0,05$) и в сравнении с группой с одним применением диазепама на 27,0% ($P>0,05$)

Ключевые слова: транскраниальная магнитная стимуляция, тест «открытого поля», диазепам.

Важной задачей в условиях морского рейса является устранение тревожно-депрессивных расстройств, что может быть достигнуто как с помощью фармакотерапии, так и транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) [2]. ТМС, в основе которой лежит воздействие на ткань мозга импульсным магнитным полем высокой интенсивности (1,0 Тл), вызывает существенные изменения со стороны нейромедиаторных систем мозга. В частности, отмечается снижение активности бета-адренорецепторов и возрастание тонуса серотонинергической системы мозга [7]. Под влиянием ТМС отмечено усиление сомногенных эффектов тиопентала [5]. Учитывая установленные противозепилептические эффекты применения ТМС [3,6,8], представлялось вероятным, что под влиянием ТМС возможно отметить усиление действия противозепилептических препаратов.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение показателей исследовательской поведенческой активности крыс в тесте "открытого поля" в условиях применения диазепама.

Материал и методы исследований. В работе использовались крысы линии Wistar исходной массой 180-250 г. Животных содержали в стандартных условиях, при постоянной температуре (23°C) и относительной влажности- 60%, 12 часовой смене темноты и света, свободном доступе к воде и пище.

Животных приручали путем ежедневного удерживания в руках в течение 5 минут. Генератор магнитных импульсов создан на кафедре биофизики, информатики и медицинской аппаратуры на основе теории расчета электронных цепей [4]. Теоретическая оценка показала, что импульсы, генерируемые данным устройством, обладают следующими параметрами: длительность - 1 мс, абсолютная величина двух противофазных пиков- 0,2 Тл, скорость нарастания тока в катушке- 1,0А/ 1 \square с. Частота импульсов составляла 2 Гц и длительность воздействия -10 с. Форма генерируемых импульсов была синусоидальной с амплитудой положительного отклонения - 0,12 Тл и величиной отрицательного отклонения - 0,08 Тл. Катушка имела диаметр- 4,0 см, длину- 7,0 см, диаметр проволоки- 2,0 мм, общее число витков-60.

Катушку располагали таким образом, что достигалось стимулирование темпоро - парietальной зоны коры- расстояние от катушки до поверхности черепа составило 2,5 см. Каждое животное подвергалось воздействию 100 электромагнитных импульсов. В течение стимуляции не отмечалось формирования двигательных реакций у животных. Контрольных киндлинговых крыс удерживали возле катушки не проводя ТМС (ложная ТМС).

Исследование показателей в тесте "открытого поля" осуществляли традиционным методом [1] и проводили через 2 и 24 ч с момента осуществления ТМС. В отдельных сериях наблюдений животным вводили диазепам в дозе 0,5 мг/кг, в/бр ("GedeonRichter", Венгрия).

Статистическую обработку результатов исследований осуществляли с помощью критериев ANOVA и Newman-Keuls.

Результаты и обсуждение. Приведенные результаты показали, что в условиях применения ТМС через 24ч с момента воздействия отмечалось снижение двигательной активности животных, проявлявшееся в уменьшении числа пересеченных квадратов- на 38,6% в сравнении с контролем ($P<0,05$) (Табл. 1). При этом речь шла об эффекте уменьшения числа пересеченных внешних квадратов-на 46,9 %. Сравнимое с эффектом ТМС действие оказывало применение диазепама (0,5 мг/кг, в/бр) - число пересеченных квадратов было меньше такового в контроле на 35,8 %, в том числе внешних квадратов- на 34,8% ($P<0,05$). В условиях сочетанного применения ТМС и диазепама число пересеченных квадратов было меньше, чем в контроле на 53,1%, что было также меньше, чем в группе с одним применением ТМС на 23,7% ($P>0,05$) и в сравнении с группой с одним применением диазепама на 27,0% ($P>0,05$) (Табл. 1).

Общее число стоек у животных под влиянием ТМС снижалось на 70,9%, в то время как под влиянием диазепама данный показатель уменьшался на 41,7% ($P<0,05$) (Табл. 1). Под влиянием применения диазепама на фоне воздействия ТМС общее число стоек снижалось в сравнении с контролем на 86,4% ($P<0,05$). При этом данный показатель был достоверно меньше

такового в группе с одним применением диазепама (на 76,7%, $P < 0,05$). Кроме того, данный показатель был меньше, чем в группе с одним ТМС 53,3% ($P < 0,1$).

Вертикализации у стенки камеры (стойки с опорой) в условиях применения диазепама уменьшались на 35,1% ($P = 0,055$), а при ТМС- на 68,2% ($P < 0,05$). При этом различия между группами с применением диазепама и ТМС отсутствовали ($P = 0,069$). В то же время, сочетанное применение диазепама и ТМС сопровождалось значительным снижением числа стоек в сравнении с таковым в контроле (на 81,8%, $P < 0,05$), а также в сравнении с показателями в группах с применением диазепама (на 72,0%, $P < 0,05$) и ТМС (на 46,2%, $P > 0,1$).

Стойки без опоры в условиях сочетанного применения диазепама и ТМС отсутствовали (Табл. 1). При этом данный показатель был меньше, чем в группах с одним применением диазепама ($P = 0,038$) и имел выраженную тенденцию к снижению в сравнении с соответствующим показателем в группе крыс с одним ТМС ($P = 0,069$). Во всех экспериментальных группах отмечалось достоверное снижение общего числа вертикальных стоек без опоры в сравнении с группой контроля ($P < 0,05$) (Табл. 1).

Показательными с точки зрения взаимоусиливающего влияния диазепама и ТМС являются данные, свидетельствующие об эффективности сочетанного применения указанных факторов в отношении показателя заглядывания в дыры пола, которая отмечается в отсутствие отсутствия достоверных различия между показателями в отдельных группах, в которых только при сочетании воздействий - ТМС+ диазепама наблюдалась существенная редукция данного показателя в сравнении с контролем ($P < 0,05$) (Табл. 1).

Сравнение эффективности раздельного и сочетанного применения диазепама и ТМС у крыс в раннем постстимуляционном периоде (2 ч с момента завершения ТМС) показало, что в этих условиях имеет место развитие сравнительно сходных по своей выраженности изменений показателей исследовательской активности животных во всех экспериментальных группах, которые характеризовались как угнетение исследовательского поведения (Табл. 2).

Таким образом, полученные результаты показали, что ТМС по ряду параметров обеспечивает усиление действия диазепама в отношении исследовательской двигательной активности крыс в тесте "открытого поля". Причем, данный эффект усиления действия препарата отмечается через 24 ч с момента воздействия и отсутствует в течение раннего постстимуляционного периода.

В то же время, следует отметить, что ранее было установлено усиление сомногенного действия тиопентала, которое отмечалось в раннем постстимуляционном периоде (0,5- 2 ч) после осуществления воздействия пятьюдесятью импульсами [5]. При этом тиопентал- индуцированный сон наиболее выраженным образом усиливался на 30-й минуте, а не через 2 ч, в то время как двигательная активность животных через 2 ч с момента воздействия была снижена в большей степени, чем через 30 мин и не была связана с миорелаксацией.

Данная динамика эффектов может объясняться тем, что в раннем постстимуляционном периоде под влиянием ТМС осуществляется активирование системы ГАМК- эргической медиации мозга за счет высвобождения запасов ГАМК, которая играет важную роль в реализации действия тиопентала. В этот временной интервал отмечается развитие противоэпилептических эффектов ТМС [3, 8] и усиливаются эффекты действия препаратов, обеспечивающих высвобождение других нейромедиаторов, в частности, фенфлурамина, усиливающего активность серотонинергической системы [7]. В то же время, отсроченные эффекты ТМС могут быть связаны с пластическими изменениями на уровне рецепторных систем или метаболизма отдельных медиаторов [6,7].

Представляет интерес тот момент, что ТМС не вызывает миорелаксации характерной для действия диазепама [5], что может свидетельствовать о специфических механизмах влияния ТМС на бензодиазепин- ГАМК- рецепторный комплекс.

ВЫВОДЫ:

Самостоятельное применение транскраниальной магнитной стимуляции и диазепама вызывают снижение показателей локомоторной активности крыс в тесте открытого поля. Совместное применение транскраниальной магнитной стимуляции и диазепама вызывает потенцированный эффект подавления двигательной активности животных в тесте открытого поля.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Буреш Я., Бурешова О., Хьюстон Д. Методики и основные эксперименты по изучению мозга и поведения. -М.: Высшая школа, 1991. -400 с.
2. Волянский В.Е. Клиническое течение и терапия психо- вегетативного синдрома стрессорного генеза//Вестник морской медицины.- 1998.- №2.- С.8-11.
3. Годлевский Л.С., Шандра А.А., Барняк Е.М., Мацко А.М., Мандель А.В., Олейник А.А., Жилинская А.В., Брусенцов А.И. Влияние транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) на эпилептиформную активность у крысы электростимуляционным киндлингом.//Нейрофизиология - 2001- Т.33, - №2.- С. 129- 133.
4. Годлевский Л.С., Мацко О.М., Мандель О.В., Барняк Е.М., Соколовский В.С., Брусенцов О.И., Мороз В.В., Годован В.В. Пристрій для генерації імпульсів магнітного поля високої інтенсивності. Свідоцтво №36933 Бюл №3 від 16.04.2001.
5. Кресюн В.И., Годлевский Л.С., Антоненко П.Б., Годован В.В. Нейротропное действие электромагнитного поля большой интенсивности В сб.: Современные аспекты лечения эпилепсии. (Тезисы конф., Одесса, 2001).- 2001, С. 21-22.
6. Ebert U., Ziemann U. Altered seizure susceptibility after high- frequency transcranial magnetic stimulation in rats//Neurosci. Lett.-1999.- V.273,N1.- P.155- 158.
7. Levkovitz Y., Marx J., Grisaru N., Segal M. Long- term effects of transcranial magnetic stimulation on hippocampal reactivity to afferent stimulation. J.Neuroscience, 1999, V.19,N8.- P. 3198- 3203.
8. Ziemann U., Steinhoff B.J., Tergau F., Paulus W. Transcranial magnetic stimulation: its current role in epilepsy research// Epilepsy Res.-1998.-V.30,N 1.- P.11- 30.

ТҮЙІН

Ненова О.Н.

Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина, e-mail: godlevsky@odmu.edu.ua

ДИАЗЕПАМ ЖӘНЕ ТРАНСКРАНИАЛДЫ МАГНИТТІК СТИМУЛЯЦИЯНЫҢ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРҒА "АШЫҚ ДАЛА" ТЕСТІНДЕ ӘСЕРІ

ТМС жүргізгеннен кейін 24 сағаттан кейін (100 импульсов, 0,1 Тл) интактілі жануарларда горизонталды және вертикалды жүріс белсенділігінің редукциясы тіркелді, оның айқындылығы диазепам әсерімен көрсетілді, ол 0,5 мг/кг мөлшерін енгізгеннен кейін 20 мин кейін байқалды. Диазепамнің ұқсас ендіруі (0,5 мг/кг), алдын ала ТМС тен кейін, жануарлардың вертикалды бағанының айқын редукциясын қамтамасыз етті және обеспечивало более выраженную, чем при отдельных воздействиях редукцию вертикальных стоек животных и снижало число исследования отверстий в полу "ашық дала" еденіндегі тесік зерттеулерін азайтты. "Ашық дала" тесті көрсеткішінің ТМС жүргізгеннен кейін 2 сағаттан кейін (100 импульсов, 0,1 Тл) диазепам (0,5 мг/кг, в/бр) ендіруі диазепам және ТМС бөлек қолданудан айырмашылық болмады.

Кілт сөздер: транскраниалды магниттік стимуляция, "ашық дала", диазепам.

SUMMARY

Nenova O.N.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION INTENSIFIES DIAZEPAM ACTION IN 'OPEN FIELD' TEST

It was established that in 24 h from the moment of transcranial magnetic stimulation (TMS) performing (100 impulses, 0,1 Tl) the reduction of both horizontal and vertical locomotor activity of intact rats was registered. The pronouncement of such a reduction corresponded to those ones pertinent to diazepam action which were exerted in 20 min from the moment of i.p. pharmacon administration. The analogous injection of diazepam (0,5 mg/kg) after preliminar TMS was followed by more pronounced reduction of rearings and investigation of holes in the floor of "open field" in comparison with the separate influence by TMS and diazepam. All indices of "open field" test which were investigated in 2 h

from the moment of TMS and 0,5 h from the moment of diazepam administration (0,5 mg/kg, i.p.) were not differ from those ones determined under conditions of separate application of mentioned factors..

Key words: transcranial magnetic stimulation, “open field”, diazepam.

Таблица 1 - Показатели двигательной активности крыс в тесте "открытого поля" через 24 ч с момента проведения ТМС и 30 мин после в/бр применения диазепама (M+m).

	Интактные крысы (n=7)	Диазепам (0,5 мг/кг) (n=7)	ТМС (100 импульсов) (n=7)	ТМС+ диазепам (0,5 мг/кг) (n=7)
Число пересеченных квадратов	25,4+ 1,5	16,3+ 1,6*	15,6+ 2,4*	11,9+ 2,0*
Число внешних квадратов	22,4+ 1,7	14,6+ 1,7*	11,9+ 2,8*	9,7+2,0*
Число внутренних квадратов	3,0+ 0,8	1,7+ 0,7	3,1+ 1,3	2,2+ 1,8
Общее число стоек	10,3+ 1,0	6,0+ 0,7*	3,0+ 0,8*	1,4+ 0,4*#@
Стойки с опорой	7,7+ 0,9	5,0+ 0,9	2,6+ 0,8*	1,4+ 0,4*#
Стойки без опоры	2,6+ 0,5	0,7+ 0,3*	0,4+ 0,2*	0*#
Заглядывание в дыры	1,3+ 0,4	0,6+ 0,3	0,4+ 0,3	0,1+ 0,1*
Грумлинг	0,4+ 0,2	1,0+ 0,3	1,3+ 0,6	0,6+ 0,2
Число болюсов	0,4+ 0,3	1,0+ 0,5	0,4+ 0,3	0,9+ 0,5
Число уринаций				

Примечание: *- P<0,05 #- P<0,05 в сравнении с показателями в группе с применением одного диазепама; @- P<0,05 в сравнении с показателем в группе с одной ТМС.

Таблица 2 - Показатели двигательной активности крыс в тесте "открытого поля" через 2 ч с момента проведения ТМС и 30 мин после в/бр применения диазепама (M+m).

	Интактные крысы (n=9)	Диазепам (0,5 мг/кг) (n=9)	ТМС(100импульсов) (n=9)	ТМС+ диазепам (0,5 мг/кг) (n=9)
Число пересеченных квадратов	23,1+ 1,6	15,7+ 1,4*	11,3+1,2*	12,5+1,8*
Число внешних квадратов	20,2+ 1,9	14,5+ 1,8*	9,5+1,4*	10,4+2,1*
Число внутренних квадратов	2,9+ 0,7	3,2+1,1	1,8+0,4	2,1+0,8
Общее число стоек	8,5+0,7	5,4+ 0,5*	2,2+ 0,6*	2,5+ 0,7*
Стойки с опорой	6,2+ 0,4	4,5+ 0,7	1,6+ 0,4*	1,9+ 0,3*
Стойки без опоры	2,3+ 0,4	0,9+ 0,4*	0,6+ 0,2*	0,8 0,3
Заглядывание в дыры	1,2+ 0,3	0,8+ 0,3	0,5+ 0,2	0,7+ 0,3*
Грумлинг	0,6+ 0,2	1,1+ 0,4	0,8+ 0,3	1,2+ 0,3
Число болюсов	0,7+ 0,3	0,9+ 0,3	0,5+ 0,2	0,8+ 0,3
Число уринаций	0,6+ 0,2	0,3+ 0,2	0,7+ 0,2	0,6+ 0,2

Примечание: *- P<0,05 #- P<0,05 в сравнении с показателями в группе с применением одного диазепама; @- P<0,05 в сравнении с показателем в группе с одной ТМС.

УДК: 616.5-002.52

Ненова О.Н.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина, e-mail:
godlevsky@odmu.edu.ua

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОЖИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Резюме

У пациентов, страдающих кожными формами туберкулеза, исследованы показатели иммунологической реактивности. Установлено активацию супрессорного Т- клеточного звена иммунитета и повышение антителопродукции. Применение лечения с включением воздействий низкоинтенсивным лазерным излучением инфракрасного диапазона (длина волны - 0.89 мкм, частота импульсов - 300 Гц, мощность воздействия 2,8 мВт, время воздействия - 10 мин) на очаги поражения сопровождалось восстановлением в течение двух недель показателей иммунологической реактивности и редукцией клинических проявлений туберкулеза кожи.

Ключевые слова: туберкулез кожи, иммунологическая реактивность, лазерное излучение низкой интенсивности инфракрасного диапазона.

Развитие туберкулеза сопряжено с выраженными изменениями иммунологической реактивности, которые при развитии процесса характеризуются активацией Т- лимфо-цитарной системы с преобладанием супрессорной активности лимфоцитов и увеличением антитело-продуцирующей активности [2, 3].

Представляет интерес исследовать характер выраженности иммунологических расстройств у больных туберкулезом с кожными проявлениями, что до настоящего времени не проводилось. Кроме того, в задачу настоящей работы вошло изучение показателей клеточного и гуморального компонентов иммунологической реактивности у пациентов с туберкулезом кожи в стадии обострения и ремиссии.

Материал и методы исследования. Исследование иммунологической реактивности у пациентов, страдающих кожными формами туберкулеза проведено в период с 2009 по 2014 г.г. у 24 больных туберкулезной волчанкой (фаза острого и подострого течения - 11 и ремиссии- 13 больных), а также у 36 пациентов, страдающих папуло- некротической формой туберкулеза кожи (14- фаза подострого и острого течения и 22- фаза ремиссии). При этом в целом в исследовании было 20 мужчин и 40 женщин возрастом от 18 до 56 лет. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 3,5 лет. Очаговые формы туберкулеза кожи регистрировались у 17 больных, диссеминированные- у 43. У 52 пациентов были диагностированы легочные проявления туберкулеза.

После диагностики кожной формы заболевания применяли лечение, которое включало применение противотуберкулезных препаратов, местное противовоспалительное лечение, а также воздействие инфракрасным лазерным излучением низкой интенсивности (ИЛИНИ) на зону очагов поражения. В качестве источника ИЛИНИ использовался прибор "Узор 2К". Были избраны следующие параметры ИЛИНИ: (длина волны - 0.89 мкм, частота импульсов - 300 Гц, мощность воздействия 2,8 мВт, время воздействия на область очагов поражения - 10 мин). Всего проводили 10 сеансов ИЛИНИ в течение пяти дней.

Анализ состояния иммунной системы у пациентов оценивали путем определения В- звена лимфоцитарной системы- реакции розеткообразования с эритроцитами мышей, а также уровня иммуноглобулинов (М, G, А) и циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови [1]. Т- звено иммунологического контроля оценивали по реакции розеткообразования с эритроцитами барана [1]. Контрольными показателями служили аналогичные исследования в группе практически здоровых.

Результаты исследований обрабатывали статистически с применением общепринятых в медико- биологических исследованиях критериев отличий.

Результаты исследования и их обсуждение.

Иммунологическая реактивность до начала лечения в группе с подострым течением заболевания характеризовалась высоким содержанием Т- лимфоцитов, которые превышали по своему абсолютному уровню таковой в группе контроля (практически здоровые) на 44,4% ($P < 0,05$), причем Т- супрессорный пул был выше, чем в контроле на 74,7% ($P < 0,05$), а коэффициент Тх/Тс- был ниже такового в контроле в 2,16 раз ($P < 0,05$) (Табл. 1). Кроме того, отмечалась тенденция к увеличению содержания В- лимфоцитов (на 16,0%, $P > 0,05$). До начала лечения также имел место высокий уровень IgG, превышавший контрольное значение на 22,8% ($P < 0,05$) и высокое содержание ЦИК, которое в 2 раза превышало аналогичный показатель в группе контроля ($P < 0,05$) (Табл. 1). Характерная динамика лечения в данной группе заключалась в постепенном снижении содержания Т- лимфоцитов, абсолютный уровень которых к концу первой недели не отличался от такового в группе контроля и к концу второй недели лечения был меньше, чем до начала лечения на 24,4% ($P < 0,05$).

При этом выявлялась тенденция к возрастанию числа Т \square лимфоцитов на фоне снижения уровня супрессорных (Т \square) клеток (Табл. 1). Так, на 7-й день с момента начала лечения уровень Т \square лимфоцитов не отличался от такового в контроле ($P > 0,05$) и к 14-м суткам сохранялась тенденция к дальнейшему снижению данного показателя. Коэффициент Т \square /Т \square оставался сниженным в течение первой недели лечения и только к концу второй недели возрастал и не отличался от такового в группе контроля. При этом данный показатель был больше его значений на 3-й и 7-й дни лечения (соответственно в 2 раза и на 49,3%, $P < 0,05$). Под влиянием лечения имело место снижение содержания IgG и показателя ЦИК- данные показатели не отличались от соответствующих результатов в группе контроля к концу первой недели лечения ($P > 0,05$) Табл. 1). Необходимо подчеркнуть, что клинические проявления к концу осуществления лечебных мероприятий становились значительно менее выраженными и переходили в фазу ремиссии у 17 больных, а также подвергались полному обратному развитию у 8 пациентов.

В группе больных с проявлениями туберкулеза в фазу ремиссии отмечались тенденция к возрастанию уровня Т- лимфоцитов в сравнении с показателем в группе контроля ($P > 0,05$) (Табл. 2), однако все исследованные показатели не имели отличий от таковых в группе контроля. В первую неделю лечения отмечалось возрастание активности Т- лимфоцитов- на 49,3%- на третьи и на 38,9% на седьмые сутки с начала лечения ($P < 0,05$).

В конце лечения данные отличия сохранялись ($P < 0,05$). В течение данного периода времени также имела место более высокая активность хелперных лимфоцитов- коэффициент Т \square /Т \square был больше, чем в группе практически здоровых на 17,3% на третьи сутки ($P < 0,05$) (Табл. 2).

При этом в клиническом плане полное обратное развитие кожных проявлений имело место у 22 больных, частичное- у 13 пациентов.

Таким образом, в условиях подострой и острой фаз развития кожных проявлений туберкулеза кожи у больных отмечается выраженное изменение иммунологической реактивности, заключающееся в активации Т- клеточного звена - в основном за счет активности супрессорных лимфоцитов. Данные нарушения имеют продолжительный характер и возникают в условиях одновременного снижения содержания иммуноглобулинов классов М и G, повышения активности В- лимфоцитов. В течение двухнедельного курса лечения тенденция к нормализации активности Т- лимфоцитов сочетается со снижением активности В- лимфоцитов, возрастанием количества иммуноглобулинов М и G, а также увеличением уровня ЦИК.

У больных кожными формами туберкулеза в фазу ремиссии имели место некоторые тенденции, свидетельствующие о незначительном повышении активности хелперного звена лимфоцитарной системы, что было особенно демонстративно в сравнении с показателями в группе больных, имевших подострую фазу развития заболевания.

Проведение лечебных мероприятий сопровождалось временным эффектом стимуляции функции хелперных Т- лимфоцитов. Этот результат свидетельствует в пользу того, что ремиссия - выздоровление сопряжены у больных туберкулезной волчанкой и папуло- некротической

формой туберкулеза кожи с повышением активности клеток- хелперов, а также со снижением антителопродукции [2, 3].

Учитывая показанную роль ИЛИНИ в стимуляции иммунологической реактивности [4], можно полагать, что данное воздействие является весьма эффективным в плане компенсации кожных проявлений туберкулеза.

ВЫВОДЫ: Воздействие лазерным излучением низкой интенсивности обеспечивает положительный эффект в отношении показателей иммунологической реактивности у пациентов, страдающих кожными формами туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б., Губергриц Е.А., Линеvский Ю.В., Гетманец Р.А., Лунева Т.Е. Прогностическое значение некоторых иммунологических показателей при хроническом панкреатите//Лаб. дело.- 1990.- N5.- С.48- 51.
2. Кноринг В.Е., Симбирцев А.С., Сахарова И.Я., Рекстина Т.А., Давыдова Н.И., Котов А.Ю., Калинина Н.М., Пигарева Н.В, Леонченко Е.М. Изменения в продукции интерлейкина-1 α , фактора некроза опухоли- α и интерлейкина2 в зависимости от состояния иммунитета у больных туберкулезом легких//Проблемы туберкулеза.- 1999.- N4.- С.32-35.
3. Литвинов В.И., Гергерт В.Я., Мороз А.М., Апт А.С., Еремеев В.В., Космиади Г.А., Куликовская Н.В., Лядова И.В., Никоненко Б.В. Иммунология туберкулеза: современное состояние проблема//Вестник Российской Академии мед наук.- 2009, №7- С.8-11.
4. Чичук Т.В., Страшкевич И.А., Клебанов Г.И. Свободнорадикальные механизмы стимулирующего действия низкоинтенсивного лазерного излучения// Вестник РАМН.- 2011.-№2.- С. 27-32.

Таблица 1 - Изменение показателей Т- и В- системы иммунитета у больных кожными формами туберкулеза в фазу подострого течения.

	Практически здоровые (n= 23)	Период наблюдения			
		До лечения (n=25)	3-й день (n=22)	7-й день (n=21)	14-й день (n=20)
Тобщ, %	36,5+ 2,7	66,4+ 4,9	62,5+ 3,7*	56,3+ 4,2*#	52,7+ 3,6*#
Г/л	1,08+ 0,09	1,56+ 0,11*	1,44+ 0,09*	1,21+ 0,08	1,18+ 0,09#
Т α , %	17,6+ 3,8	14,3+ 3,3	14,7+ 2,8	16,3+ 3,3	18,9+ 3,2
Г/л	0,17+ 0,03	0,14+ 0,02	0,15+ 0,02	0,15+0,02	0,16+0,03
Т β , %	14,6+ 2,8	25,5+ 3,6*	27,5+3,8*	22,4+ 4,0	19,3+ 3,2
Г/л	0,14+ 0,02	0,21+ 0,02*	0,23+ 0,03*	0,20+ 0,04	0,16+0,03
Т α /Т β	1,21+ 0,08	0,56+ 0,07*	0,53+ 0,06*	0,73+ 0,05*	1,09+ 0,06@ α
Вобщ, %	16,4+ 3,5	19,5+1,7	19,2+ 3,7	17,7+ 3,5	17,9+ 2,8
Г/л	0,50+ 0,11	0,58+ 0,10	0,55+ 0,14	0,50+ 0,09	0,52+ 0,08
IgA	2,02+ 0,18	3,45+ 0,74	3,25+ 0,64	3,02+ 0,60	2,89+ 0,39
IgM,	1,43+ 0,13	1,29+ 0,20	0,92+ 0,08*	1,47+ 0,21	1,52+ 0,25
IgG,	13,6+ 0,76	16,7+ 0,67*	15,9+ 0,87*	14,5+ 0,8	13,8+ 0,93
ЦИК, ед.экст.	0,09+ 0,02	0,18+ 0,02*	0,15+ 0,01*	0,12+ 0,02	0,11+ 0,03

Примечание: *- P<0,05 в сравнении с показателями в группе практически здоровых; #-P<0,05- в сравнении с показателями до начала лечения; @-P<0,05- в сравнении с показателями на 3-й день лечения; α -P<0,05- в сравнении с показателями на 7-й день лечения.

Таблица 2 - Изменение показателей Т- и В- системы иммунитета у больных с кожными формами туберкулеза в фазу ремиссии.

	Практически здоровые (n=23)	Период наблюдения			
		До лечения (n=35)	3-й день (n=32)	7-й день (n=34)	14-й день (n=34)
Тобщ, %	36,5+ 2,7	42,0+ 3,6	54,5+ 3,1*	50,7+ 4,0*	47,6+ 3,3*
Г/л	1,08+ 0,09	1,16+ 0,08	1,30+ 0,10	1,23+ 0,09	1,15+ 0,06
Т□, %	17,6+ 3,8	19,0+ 3,2	21,3+ 2,7	19,8+ 2,5	20,7+ 2,5
Г/л	0,17+ 0,03	0,17+ 0,07	0,19+ 0,08	0,18+0,08	0,19+0,08
Т□	14,6+ 2,8	15,3+ 3,1	15,0+ 3,5	14,6+ 3,3	16,1+ 3,1
Г/л	0,14+ 0,03	0,15+ 0,03	0,15+ 0,03	0,14+ 0,02	0,16+0,03
Т□ /Т□	1,21+ 0,04	1,24+ 0,03	1,42+ 0,04*	1,36+ 0,05	1,29+ 0,05
Вобщ, %	16,4+ 3,5	18,2+ 3,4	15,4+ 4,3	17,5+ 3,6	19,2+ 3,2
Г/л	0,50+ 0,09	0,53+ 0,10	0,49+ 0,11	0,51+ 0,08	0,48+ 0,09
IgA	2,02+ 0,18	3,40+ 0,82	3,25+ 0,71	3,01+ 0,70	2,86+ 0,72
IgM,	1,43+ 0,13	1,32+ 0,26	1,25+ 0,17	1,40+ 0,31	1,51+ 0,24
IgG,	13,6+ 0,76	13,1+ 0,83	12,5+ 0,89	13,2+ 0,95	13,8+ 0,92
ЦИК, ед.экст.	0,09+ 0,02	0,14+ 0,03	0,12+ 0,02	0,12+ 0,02	0,11+ 0,02

Примечание: то же, что в Табл. 1.

ТҮЙІН

Ненова О.Н.

Ұлттық медицина университеті, Одесса қаласы, Украина

ТӨМЕН ИНТЕНСИВТІ ИНФРАҚЫЗЫЛ ЛАЗЕРЛІК СӘУЛЕЛЕНУІН ҚОЛДАНА ОТЫРЫП ТЕРІ ТУБЕРКУЛЕЗИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ РЕАКТИВТІЛІГІН ЕМДҮЕ

Тері туберкулезі бұрімен зардап шегуші науқастардың иммунологиялық реактивтілігінің көрсеткіштері зерттелінді. Антидене өнімдерінің жоғарлауы және Т-жасаушалық топтың супрессорлық иммунитеттің белсенділігі анықталды. Төмен интенсивті лазер сәулесін қолдануын енгізе отырып екі апта көлемінде қалпына келтіріге арналған инфрақызыл диапазоны құрылған реактивті көрсеткіштерін зақымдау ошақтарына әсерін емдеу (толқын ұзындығы 0.89 мкм, импульс жиілігі 300 Гц, ықпыл ету қуаты 2,8 мВт, әсер ету уақыты- 10 мин.) және тері туберкулезінің клиникалық редакциясы айқындалды.

Кілт сөздер: тері туберкулезі, иммунологиялық реактивтілік, төмен интенсивті диапазоның инфрақызыл лезерлік сәулеленуі.

Summary

Nenova O.N.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN PATIENTS SUFFERED FROM SKIN TUBERCULOSIS AFTER TREATMENT WITH LASER UNFRARED IRRADIATION OF LOW INTENSITY

The indices of immunological reactivity have been studied in patients who suffered from skin forms of tuberculosis. The activation of T-suppressive chain of immunity and activation of the antibodies production have been established. The treatment, which included the influence with infrared laser irradiation of low intensity (length of wave - 0.89 mcm, frequency of impulses - 300 Hz, power of the irradiation 2,8 mVt, and time of exposition - 10 min) upon foci of pathology was followed by normalization of immunological indices during two weeks along with the reduction of clinical the manifestations of skin tuberculosis.

Key words: skin tuberculosis, immunological reactivity, infrared laser irradiation of low intensity.

ӘОЖ: 61.614

А.А.Алибеков, бөлім бастығы, **И.Ажибекова**, дәрігер зертханашы, **С.Х.Тоянова**,
Ф.А.Ергашева, зертханашы
ҚР ҰЭМ ТҚҚК «Ұлттық сараптама орталығы» ШЖҚ РМК Оңтүстік Қазақстан облыстық
филиалы, Шымкент қ., Қазақстан

ҰЛТТЫҚ САРАПТАМА ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖҰМЫС САПАСЫН РЕЙТИНГТІК БАҒАЛАУ ӘДІСТЕМЕСІН ТӘЖІРИБЕГЕ ЕНГІЗУ

Түйін

Рейтингтік бағалау – бірнеше кәсіпорындардың немесе оның филиалдарының іс-әрекеттерін салыс-тырмалы түрде бағалау әдісі. Өзін-өзі бағалау ұйым потенциалын ашу әдіснамасы. Жұмыстың негізгі мақсаты – Кәсіпорын тәжірибесіне рейтингтік бағалау жүйесін ендіру арқылы халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын жоғарылатуға қол жеткізу.

Кілт сөздер: рейтинг, критерий, ұпай.

Қазақстан Республикасының санитариялық-эпидемиологиялық қызметін жетілдірудің негізгі міндеттерінің біріне мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалаудың тиімділігін жоғарылату мен санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің инновациялық бағыттылығын дамыту жатады. Бұл жетістіктерге қол жеткізудің бірден-бір жолы жұмыс сапасын халықаралық стандарттарға сәйкестендіре отырып арттыру. Заманауи түсінік бойынша сапа дегеніміз жұмыстың тиімділігін сараптау мен бағалаудан оның нәтижесі мен ұйымдастырушылық құрылымына талдау жасауға дейін ұлғайған ұғым. Яғни, жұмыс қорытындысының бастапқы алға қойылған мақсатқа сәйкестілігіне талдама жасау.

Ұйымның тұрақты жетістігіне оның өз тұтынушылары мен өзге де мүдделі жақтарының мұқтаждықтары мен қажеттілігіне жауап беру қабілеттілігі арқасында қол жеткізуге болады. Тұрақты жетістікке ұйымның эффективті менеджменті арқылы, өзінің тіршілік ортасын ұғынуы арқылы, оқыту және тиісті жақсартылу мен инновацияны қолдану арқылы қол жеткізуге де болады. Бұл сайып келгенде рейтингтік бағалау қажеттілігін туындатады.

Атқарылған жұмыстарын рейтингтік бағалау арқылы жұмыс сапасының жоғарылауына ықпал етуді талап ететін кәсіпорындардың бірі - Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Тұтынушылардың құқықтарын қорғау комитетіне қарасты «Ұлттық сараптама орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны (бұдан әрі – Кәсіпорын). Оның құрамына Еліміздің әрбір облыс орталықтарында орналасқан 14 облыстық және 2 қалалық филиал кіреді. Кәсіпорын мен оның филиалдары қызметінің мақсаты - халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету болып табылады.

Осы мақсатты жүзеге асыру үшін санитарлық-гигиеналық, бактериологиялық, паразитологиялық, вирусологиялық, радиологиялық зерттеулерге негізделген қызметтерге қоса, санитариялық эпидемиологиялық аудит, жұмыс орнын аттестациялау, дезинфекциялық жұмыстар сияқты бірқатар қызметтер атқарады. Аталған қызметтердің сапасы халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығының арта түсуіне ықпал етуші бірден-бір фактор екенін ескерсек, бүгінгі таңда кәсіпорын қызметкерлерінің жұмыс сапасын арттыруға деген ынтымақ оятуға рейтингтік бағалау үрдісінің тәжірибеге ендірілуі заман талабы деп түсінуге болады.

Рейтингтік бағалау – бұл кез-келген кәсіпорынның (мұйымның) рейтингтік үрдісінің жүзеге асырылуы нәтижесінде алынған жіктемелік орны, яғни атқарған жұмысына берілген баға. Экономикалық талдама жасағанда шаруашылық жүргізуші бірліктердің іс-әрекеттерінің нәтижесін салыстыру барысында бірер сұрақтар туындайды. Бұл мәселенің екі аспектісі болуы мүмкін. Біріншісі негізін қайсыбір объектікті көрсеткіштер құрайтын бірнеше кәсіпорындарды салыстырылумен байланысты. Ол да өз тұрғысында талдама жасаушының маңыздылықты пайымдауына байланысты.

Мұндай салыстырманы сыртқы салыстырма деп атауға болады. Екінші аспект кәсіпорынның қол жеткізген нәтижесінің қайсыбір эталондарға сәйкестілік мәселесі. Сыртқы

салыстырмада әртүрлі бағыттағы рейтингі қолданады. Ал енді шаруашылық жүргізуші субъектінің экономикалық эффективтілігін бағалаудың интегральды көрсеткіштерін жасаумен байланысты болатын салыстырмалы талдамаларды ішкі салыстырма деп атауға болады. Сондықтан, кәсіпорынның шаруашылық жүргізу туралы ақпараттар көзімен қатар, бухгалтерлік есептілігі маңызды роль атқарады.

Негізгі бөлім. Рейтингтік бағалау критерийлері Кәсіпорын филиалдарының негізгі атқаратын жұмыстарына жасалған жоспарларын талдау негізінде құрастырылады (*№1 кестеге сәйкес*). Әрбір критерий ұпаймен есептеледі. Максимальды деңгей – 52 ұпайды құрайды.

№1 кесте - Кәсіпорын филиалдарының жұмыс сапасын рейтингтік бағалау критерийлері

№	Аталуы	Ұпайық есептері
1.	Мемлекеттік тапсырыс жоспарының орындауы	81%-дан төмен - «0 ұпай»; 81-90% - «+3 ұпай»; 91-99% - «+6 ұпай»; 100% және жоғары «+9 ұпай»
2.	Аймақтық зерттеу номенклатурасының орындалуы	71%-дан төмен «+0 ұпай»; 71-80% - «+2 ұпай»; 81-90% - «+4 ұпай»; 91-100% - «+6 ұпай».
3.	Ақылы қызмет бойынша табыс жоспарының орындалуы	71%-дан төмен – «0 ұпай»; 71-75% – «+2 ұпай»; 76-80% – «+4 ұпай»; 81-90% – «+8 ұпай». 91-100% – «+10 ұпай». 100-дан жоғары – «+ 12 ұпай»
4.	Медиа- жоспардың орындалуы	71%-дан төмен – «0 ұпай»; 71-80% – «+3 ұпай»; 81-90% – «+6 ұпай»; 91-100% – «+9 ұпай» .
5.	Мемлекеттік тапсырыс пен ақылы қызмет бойынша «оң» нәтижелі сынағалардың үлес салмағы	0,1- 1,0 %-не – «+1 ұпай»; 1,1-2,1%-не – «+3 ұпай»; 2,1-3,1%-не – «+5 ұпай»; 3,2-ден жоғары %-не – «+8 ұпай».
6.	Мамандардың біліктіліктерін арттыру жоспарының орындалуы	71%-дан төмен «+0 ұпай»; 71-80% - «+2 ұпай»; 81-90% - «+4 ұпай»; 91-100% - «+6 ұпай».
7.	Филиал мамандарының есепік кезеңдегі жалпы санаттылығы (<i>жұмысқа кіргеніне 3 жыл толмаған жас мамандарды қоспағанда</i>)	70%-дан төмен – «0 ұпай»; 71-80% - «+3 ұпай»; 81-90% – «+6 ұпай»; 91-100% – «+9 ұпай».
8.	Басшылықтың (жоғарғы инстанциялардың) тапсырмаларын өз уақытында орындамауы	Әрбір кешіктіріліп орындалған тапсырма үшін – « - 4 ұпай».
9.	Сапаны сырттай бақылау бойынша ретестілеу сынағаларының дұрыс анықталу нәтижелілігі	59% - дан төмен – « - 8 ұпай»; 60-69%-ға – « - 6 ұпай»; 70-89%-ға – « - 4 ұпай»; 90-99%-ға – « - 2 ұпай»;
10.	Кәсіпорын директоры тарапынан әкімшілік шара көрудің көрсеткіштері	Басшылыққа көрілген шара үшін – « - 5 ұпайдан», әрбір басқа да қызметкерлерге көрілген шаралар үшін – « - 2 ұпайдан»

Бағалау әрбір тоқсан соңында жүргізіледі. Әрбір тоқсанда жұмыс сапасын бағалаудың қорытынды ұпайы шығарылып, көрсеткіштер деңгейі №2 кестеге сәйкес жарияланады.

Жалпы қорытындысы жылдың соңында әрбір тоқсан көрсеткіштерінің орташа ұпайымен шығарылып, 50-52 ұпай жинаған филиал «үздік филиал», 47-49 ұпай жинағандар «белсенді филиал» номинациясына ие болады, ал жылдық «төмен», «өте төмен» көрсеткіштермен аяқтаған филиалдардың себеп-салдары талданып, жағдайды түзету жоспарлары құрылады. Түзету жоспарынан нәтиже шықпай, филиал келесі жылғы қорытындысын сол көрсеткіштермен қайталап аяктаса, филиал жұмысына комплекттік тексеру жүргізу арқылы қорытынды шығару қажеттілігі туындайды.

№2 кесте -Токсандық көрсеткіштер бойынша жылдық қорытындының шығарылуы

	Буын аталуы	Токсандық ұпайлар				Жылдық орташа ұпай
		I-тоқсан	II-тоқсан	III-тоқсан	IV-тоқсан	
1.	ОҚО филиалы					
2.	ШҚО филиалы					
3. және т.б.					

Сонымен қатар, кәсіпорын шаруашылық жүргізу құқығында болғандықтан, «үздік филиал» және «белсенді филиал» номинациясына іліккен филиалдар үшін ынталандыру сыйақылары тағайындалған дұрыс. Ол үшін барлық филиалдардың ақылы қызмет бойынша айлық табыстарының беліглі бір пайызы рейтингтік бағалаудың ынталандыру сыйақысына бөлінуі туралы алдын ала шешім қабылдануы тиіс. Ал «үздік филиал» номинациясын екі жыл қатар, және әрі қарай сол деңгейді жоғалтпаған филиал үшін «үлгілі санитарлық-эпидемиологиялық сараптаушы» ауыспалы вымпелы берілуі тиіс.

Қорытынды: Рейтингтік бағалалау - ұйымның тұрақты табысына қол жеткізуге, мүмкін-діктерін саралауға, әрекет жоспарын құруға, жақсару приоритеттерін айқындауға бағытталған өзін өзі бағалаудың бір формасы деп қарайтын болсақ, ҚР СТ ИСО 9004-2010 «Ұйымның тұрақты табысына жету менеджменті» стандартында көрсетілгендей өзін өзі бағалау – ол ұйымның патен-циалын ашу әдіснамасы болып табылады. Кәсіпорын жұмысының халықаралық стандарттарға сай атқарылуы халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын нығайтуға және арттыруға қосқан үлкен үлесіне айнала бермек.

Әдебиеттер

1. ҚР СТ ИСО 9004-2010 Ұйымның тұрақты табысына жету менеджменті.
2. Кәсіпорынның ҚР ҚМ Мемлекеттік мүік және жекешелендіру комитеті төрағасының 13.09.2012 жылғы №34 бұйрығымен бектілген Жарғысы.

Резюме

А.А.Алибеков, начальник отдела, **И.Ажибекова**, врач-лаборант, **С.Х.Тоянова**, **Ф.А.Ергашева**, лаборант
Южно-Казахстанский областной филиал РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы», Шымкент,
Казахстан

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЭКСПЕРТИЗЫ МЕТОДИКИ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Рейтинговая оценка - это метод сравнительной оценки деятельности нескольких предприятий или его филиалов. Самооценка – это методология раскрытия потенциала организации. Цель данной работы – это достижение повышения санитарно-эпидемиологического благополучия населения путем внедрения в практику Предприятия системы рейтинговой оценки.

Ключевые слова: рейтинг, критерий, балл.

Summary

A. Alibekov, Chief of department, **I. Agibekova**, laboratory doctor-assistant, **S.H. Toianova**, **F.A. Ergasheva**, laboratory assistant
South-Kazakhstan regional branch RSE on PVC «National Center for Expertise»

INTRODUCTION IN PRACTICE OF NATIONAL CENTER EXAMINATIONS METHODOLOGY OF RATING ESTIMATION OF QUALITY OF ACTIVITY

A rating estimation is a method of comparative estimation of activity of a few enterprises or his branches. A self-appraisal is methodology opening of potential of organization. An aim hired is this achievement of increase of sanitary-epidemiology prosperity of population by a way introduction in practice of Enterprise system of rating estimation.

Keywords: rating, criterion, point.

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 615.014:582.929.4

М.И. Шанайда – канд. биол. наук, доцент

С.М. Марчишин – д-р фарм. наук, профессор

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь, Украина, e-mail: shanayda @rambler.ru

КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ И КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГИДРОКСИКОРИЧНЫХ КИСЛОТ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ КУЛЬТИВИРУЕМЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА LAMIACEAE

АННОТАЦИЯ

Изучены качественный состав и количественное содержание гидроксикоричных кислот в надземной части трех культивируемых представителей семейства Lamiaceae (*Ocimum americanum*, *Lophanthus anisatus* и *Satureja hortensis*) методами бумажной и высокоэффективной жидкостной хроматографии. В сырье каждого вида установлено наличие и содержание гидроксикоричных кислот (хлорогеновой, кофейной, п-кумаровой, ферулловой или розмариновой). Розмариновая кислота доминирует в траве всех изученных видов. Результаты исследований могут быть использованы в хемотаксономии Губоцветных, а также при планировании фармакологических экспериментов.

Ключевые слова: *Ocimum americanum*, *Lophanthusanisatus*, *Saturejahortensis*, гидроксикоричные кислоты

Актуальность темы. Гидроксикоричные кислоты принадлежат к группе фенольных соединений с выраженными антиоксидантными и противовоспалительными свойствами; установлен седативный, иммуностимулирующий, гипохолестеринемический и ноотропный эффект этих соединений [3, 8]. Представители подсемейства *Nepetoideae* семейства *Lamiaceae* привлекают внимание исследователей как перспективный источник гидроксикоричных кислот [1, 6, 7].

Цель исследования. Цель наших исследований – анализ качественного состава и количественного содержания гидроксикоричных кислот в траве трех неофициальных эфиромасличных растений подсемейства *Nepetoideae* семейства *Lamiaceae*: *Ocimum americanum* L., *Lophanthus anisatus* Adans. и *Satureja hortensis* L. Объектом исследований является надземная часть растений, собранная время их цветения в условиях культуры на территории Тернопольской обл. (Украина).

Материалы и методы. Идентификацию гидроксикоричных кислот осуществляли методом бумажной хроматографии (бумага «Filtrak 4») 20% спиртово-водных экстрактов надземной части растений в двух системах растворителей: этилацетат-муравьиная кислота-вода (10:2:3) и 2 % кислота уксусная. Результаты оценивали в УФ-свете до и после обработки хроматограмм парами аммиака.

Изучение качественного состава, а также количественного содержания гидроксикоричных кислот проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Осуществляли обратно-фазную хроматографию с использованием колонки Supelco Discovery C18 размером 250×4.6 мм, как сорбент использовали силикагель [2]. В качестве подвижной фазы использовали сольвент А (0,005 N ортофосфорная кислота фирмы Sigma-Aldrich) и сольвент В (ацетонитрил фирмы Sigma-Aldrich). Режим хроматографирования был следующим: максимальная скорость подачи подвижной фазы 0,7 мл/мин, рабочее давление элюента 100-120 bar (10000-12000 кПа);

температура термостата колонки 25 0С; объем введенной пробы 5-20 мкл, время хроматографирования – 50 мин. Режим элюирования – градиентный. Время сканирования 0,6 сек, диапазон детектирования - 190-400 нм, длина волны 330 нм. В качестве стандартных образцов использовали п-кумаровую, ферулловую, хлорогеновую, розмариновую и кофейную кислоты (Sigma-Aldrich). Для экстракции гидроксикоричных кислот и приготовления образцов стандартных растворов использовали метанол.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов проведения бумажной хроматографии позволил установить наличие в траве растений розмариновой и хлорогеновой кислот. На основе ВЭЖХ-анализа 60% метанольных экстрактов в каждом из растений обнаружено наличие 3-4 гидроксикоричных кислот и установлено их количественное содержание (табл. 1, рис. 1). Идентифицированные нами нами гидроксикоричные кислоты являются производными п-кумаровой кислоты.

Таблица 1 - Количественное содержание гидроксикоричных кислот в траве исследуемых видов, $\times 10^{-2}$, %

Название вещества	Время удерживания, мин	<i>Ocimum americanum</i>	<i>Lophanthus anisatus</i>	<i>Satureja hortensis</i>
Хлорогеновая кислота	18.38-22.53	31.85	25.45	-
Кофейная кислота	25.45-31.80	0.46	2.35	1.19
п-Кумаровая кислота	31.81-32.74	-	1.85	0.82
Ферулловая кислота	37.17	-	-	2.82
Розмариновая кислота	40.89-40.90	278.75	119.32	146.52

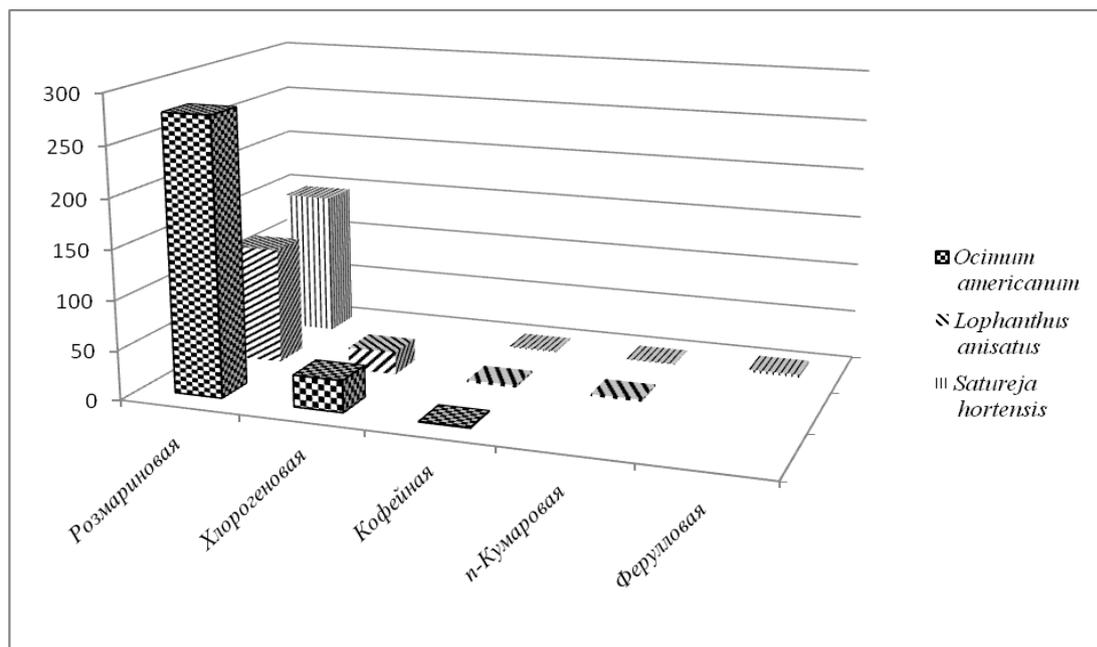


Рисунок 1 - Сравнительное содержание гидроксикоричных кислот в траве представителей семейства Lamiaceae

Как видно из полученных результатов (см. табл. 1, рис. 1), доминирующий компонент травы всех трех видов – розмариновая кислота, которая является известным антиоксидантом и достаточно распространена среди других представителей подсемейства Nepetoideae семейства Lamiaceae [4, 8]. Максимальное содержание этого соединения обнаружено в траве *Ocimum americanum*, минимальное – в траве *Lophanthus anisatus*. Следует отметить, что при изучении

водных экстрактов травы изучаемых растений [6] было установлено доминирование п-гидроксикоричной и ферулловой кислот.

При культивировании в Грузии [4] трава *Satureja hortensis* характеризуется наибольшим содержанием розмариновой и хлорогеновой кислот. ВЭЖХ-анализ травы *Ocimum basilicum*, выращенного в Румынии [7], показал доминирование в листьях растения п-кумаровой и ферулловой кислот.

Как видно из полученных результатов, качественный состав гидроксикоричных кислот является, в значительной степени, сходным как в исследуемых нами видах, так и в выращенных в других странах растениях из родов, к которым они принадлежат. Это свидетельствует о хемотаксономическом родстве растений. Вместе с тем, количественное содержание этих соединений довольно сильно варьирует, что можно объяснить влиянием на растения разных климатических условий, особенностями культивирования и их значительным внутривидовым полиморфизмом [3].

ВЫВОДЫ

Методами бумажной и высокоэффективной жидкостной хроматографии проанализированы качественный состав и количественное содержание гидроксикоричных кислот в надземной части трех представителей подсемейства *Nepetoideae* семейства *Lamiaceae* – *Ocimum americanum*, *Lophanthus anisatus* и *Satureja hortensis*. Розмариновая кислота является доминирующим компонентом надземной части всех трех исследованных видов растений. Полученные результаты могут быть использованы в хемотаксономии Губоцветных, а также при планировании дальнейших фармакологических исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кошовий, О.М.. Фенольний склад деяких представників підроду *Scalaria* роду *Salvia* // О.М. Кошовий // Акт. пит. фарм. і мед. науки та практики. - 2012. - Т. 3(10). - С. 11-14.
2. Марчишин, С.М. Определение гидроксикоричных кислот в антиаллергическом сборе методом ВЭЖХ / С. М. Марчишин, С. С. Козачок // Сетевое научное издание : Медицина и образование в Сибири. – 2013. — № 4— Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1101
3. Ноотропная активность некоторых фитопрепаратов и фенилпропаноидов / В.А. Куркин (и др.) // Растит. ресурсы. – 2007. – Вып. 2. – С. 76–83.
4. Химический состав и фармакологическая активность листьев чабера садового (*Saturejahortensis*L.) произрастающего в Грузии / Э.П. Кемертелидзе (и др.), Химико-фарм. журнал. – 2004. – Т.38, № 6. – С. 33–35.
5. Чумакова, В.В. Изучение фенольных соединений травы лопуха анисового / В.В. Чумакова, О.И. Попова // Фармация. – 2011. – № 3. – С. 20–22.
6. Шанайда, М.И. Анализ содержания органических кислот в надземной части представителей семейства *Lamiaceae* Juss./ М.И.Шанайда, В.В.Шанайда// Лекарственные растения: фундаментальные и прикладные аспекты: докл. Междунар. науч. конф., Новосибирск, Россия, 21-22 мая 2013. – Новосибирск, 2013. - С.243-244.
7. Evaluation of antioxidant and antimicrobial activities and phenolic profile for *Hyssopus officinalis*, *Ocimum basilicum* and *Teucrium chamaedrys* L. / L. Vlase (etc.) // *Molecules*. – 2014.– Vol. 19, № 5. – P. 5490-5507.
8. [Petersen M.](#) Rosmarinic acid / М. [Petersen](#), М. [Simmonds](#) // [Phytochemistry](#). – 2003. – Vol. 62, № 2. – P. 121-125.

ТУЙІН

М.И.Шанайда - биол.ф.к., доцент, Тернополь мемлекеттік медицина университеті, Тернополь к, Украина, shanayda@rambler.ru

С.М.Марчишин - фарм.ф.д., профессор, Тернополь мемлекеттік медицина университеті, Тернополь к, Украина

САПАЛЫҚ ҚҰРАМЫ МЕН ОТБАСЫ LAMIACEAE ӨКІЛДЕРІ ӨСІРІЛЕТІН ӘУЕ БӨЛІМДЕРІНДЕ ГИДРООКСИКОРИЧНЫЕ ҚЫШҚЫЛЫНЫҢ САНДЫҚ МАЗМҰНЫ

Сапалық құрамы және отбасы Lamiaceae (*Ocimumamericanum*, *Lophanthusanisatus*, *Saturejahortensis*L.) қағаз және өнімділігі жоғары сұйық хроматография әдістері үш мәдени мүшелерінің жер үсті бөліктерінде фенолоқислоты сандық мазмұны, шикізат жиынтығы бар-жоғы және фенолоқислоты (chlorogenic, caffeic, p-coumaric, ferullovoy немесе розмарин) мазмұны әрбір түрі. Розмари қышқылы барлық түрлері зерттелген шөптер басым болып табылады. Нәтижелері Chemotaxonomy Labiatae, сондай-ақ одан әрі фармакологиялық зерттеулер жоспарлау пайдалануға болады.

Кілт сөздер: *Ocimum americanum*, *Lophanthusanisatus*, *Saturejahortensis*, гидрооксикоричные қышқылы.

SUMMARY

M.I. Shanayda -c. biol. sc., associate-professor, Ternopil' State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky, Ternopil', Ukraine, shanayda @ rambler.ru

S.M. Marchyshyn - d. pharm.sc., professor, Ternopil' State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky, Ternopil', Ukraine

QUALITATIVE COMPOSITION AND CONTENTS OF HYDROXYCINNAMIC

It is established the hydroxycinnamic acids derivatives composition of *Ocimumamericanum*, *Lophanthusanisatus* and *Saturejahortensis* herbs belonging to Lamiaceae Family. Using of paper and high-performance liquid chromatography methods revealed the qualitative composition and quantitative content of hydroxycinnamic acids derivatives in the aerial parts of investigated species. It was found the presence and content of hydroxycinnamic acids (chlorogenic, caffeic, p-coumaric, ferullic and rosemary) in investigated plants. The rosmarinic acid is quantitatively dominated in the herb of all species. The results can be used in chemotaxonomy of Labiatae, as well as planning further experiments on laboratory animals.

Key words: *Ocimum americanum*, *Lophanthusanisatus*, *Satureja hortensis*, hydroxycinnamic acids

ӘОЖ: 615.322: 582.998.2

Бахтиярова Б.А. – «Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Орынбасарова К.К. - фарм.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Махатов Б.Қ. - фарм.ғ.д., профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

ТУРАН ЖУСАННЫҢ АМИНҚЫШҚЫЛДЫ ҚҰРАМЫН ЗЕРТТЕУ

Түйін

Біздің мақаламызда туран жусан өсімдігі аминқышқылдарының құрамын зерттеу нәтижелері берілді. Аминқышқылды анализатор тәсілімен сандық және сапалық құрамы анықталды. Алынған мәліметтерді белсенді диспансерлік бақылауды құруда пайдалануға болады.

Кілт сөздер: туран жусан, аминқышқыл, спектр, аминқышқылды анализатор, хроматография.

Жусан тұқымдасының өсімдіктері химиялық құрамы жағынан өте бай болып келеді, ол биологиялық кең спектріне байланысты бос және байланысқан аминқышқылдарынан тұрады [1].

Өсімдікте аминқышқылдарының кең таралуы және олардың жоғары белсенділік көрсетуінің арқасында өсімдіктен алынған дәрілік заттардың тиімді әсер етуіне септігін тигізеді. Атап өтетін болсақ, метионин гепатопротекторлы дәрілік зат ретінде қолданылса, аспарагин қышқылының тұзы-жүрек-қантaмыр ауруларын, глутамин қышқылы- орталық жүйке жүйесінің ауларын емдеу үшін қолданылады. Осы мақсатта дәрілік өсімдік шикізатының құрамындағы аминқышқылдарын сапалық және сандық тұрғыдан зерттеудің тәжірибелік және ғылыми мәні бар [2].

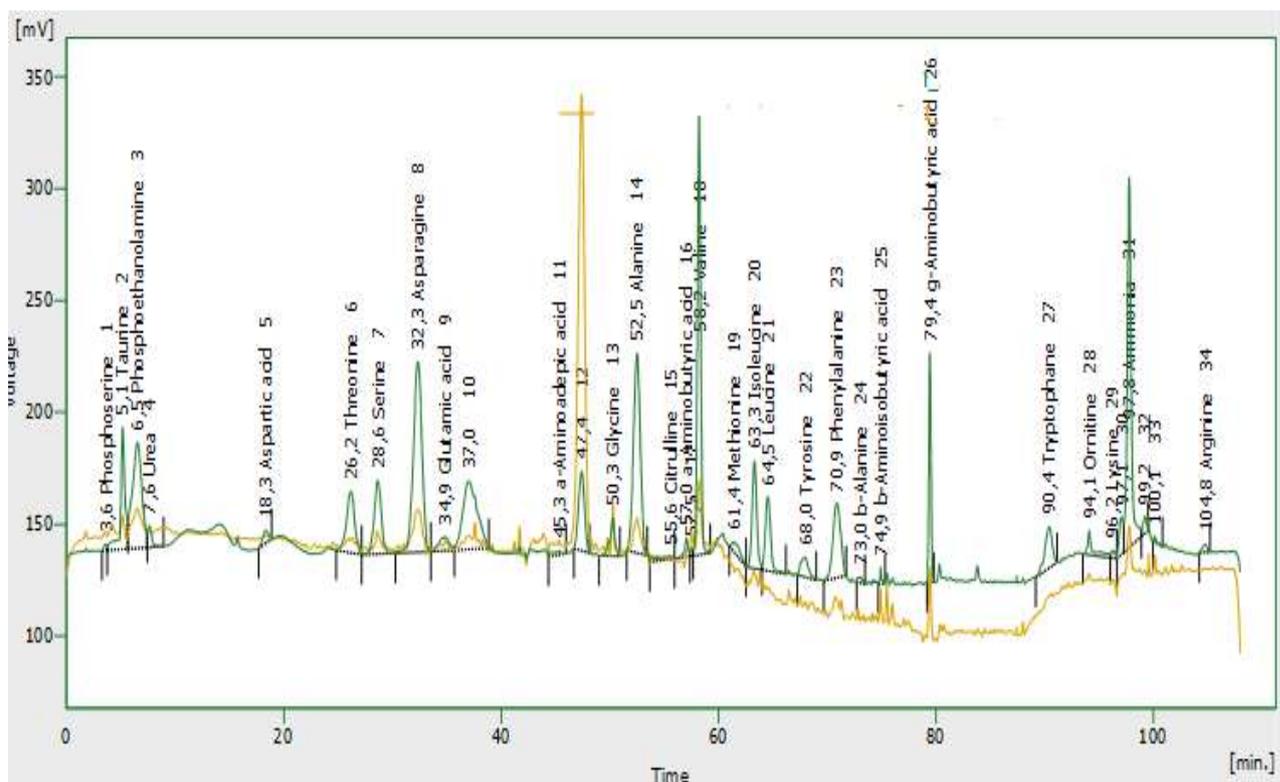
Жұмыстың мақсаты: туран жусан өсімдігінің аминқышқылдарының құрамын зерттеу болып табылды.

Материалдар мен әдістер: Туран жусан өсімдігінің құрамындағы аминқышқылдарын сапалық талдау үшін біз еріткіштер жүйесіндегі жұқа қабатты хроматографияны пайдаландық. Хроматографиялық зерттеулер үшін алдымен жылжымайтын фаза, камераның қанығу уақытын, хроматографиялық пластинкалардың белсену уақытын, сынама енгізу әдістеріне өңдеу жүргізілді.

Кесте 1 – Аминқышқылдардың идентификациясы

№	Куәгерлер және сығындылар	Rf мәні	УК-жарық	диазотталған сульфанил қышқылы
1	L-аргинин	0,72	-	Әлсіз-қызғылт
2	L-тирозин	0,71	-	
3	Аминосірке қышқылы	0,77	-	
4	Триптофан	0,84	-	
5	Метионин	0,92	-	
6	DL-оргинин	0,68	-	
7	Валин	0,82	-	
8	DL-лизин	0,75	-	
9	Фенилаланин	0,86	-	
10	DL-лейцин	0,84	-	
11	DL-орнитин	0,59	-	
12	Лейцин	0,76	-	
13	L-глутамин	0,49	-	
14	Треонин	0,80	-	
15	Изотин	0,85	-	Сарғыш түсті
16	Аспарагин қышқылы	0,54	-	Жасыл түсті
17	Глутамин қышқылы	0,59	-	
18	Изолейцин	0,67	-	
19	Серин	0,43	-	
20	DL-аспарагин	0,67	-	
Сығындылар	H ₂ O	0,35; 0,56	күлгін	күлгін
	Ацетон	0,5; 0,52; 0,75; 0,94	күлгін	күлгін
	50 % ацетон	0,35; 0,56; 0,74	әлсіз-күлгін	қоңыр
	70 % спирт	0,73; 0,86	әлсіз-күлгін	қоңыр
	50 % спирт	0,50; 0,86	әліс-күлгін	әлсіз-қоңыр
	30 % спирт	0,81;	күлгін	қоңыр
	40 % спирт	0,50; 0,35;	күлгінді-қызғылт	қоңыр

Туран жусаны өсімдігінің құрамындағы аминқышқылдары туралы нақты мәлімет алу және хроматографиялау үшін 70% спирттегі тұнба, сулы-спиртті сығынды, 40%, 60%, 70%, 90% этил спиртіндегі экстракция жолымен алынған сығындылар алынды.



Сурет 1 - Туран жусанын аминқышқылды анализаторда талдау нәтижелері

Хроматографиялық камераға 5 мл жылмалы фазаны құйып, қақпағын жауып қанығуы үшін 2 сағатқа қалдырдық.

Жоғарыда алынған спиртті ерітінділерді және олардың стандартты үлгілерінің ерітінділерін «Силикагель» хроматографиялық пластинканың старт сызығына капиллярмен тамызады. Пластинканы 5 минут бойы ауада кептіреді, содан кейін гексан-ацетон (8:2) немесе бензол-этилацетат (2:1) еріткіштер жүйесі бар камераға салады, жоғары ағынды әдіспен хроматографиялайды. Еріткіштердің ағыны старт сызығынан 10-12 см өткеннен кейін пластинканы камерадан шығарып, 5 минут бойы суық ауа ағынында немесе сорғыш шкафта кептіреді және УК жарығында қарайды.

Кесте 2- Туран жусанның жер үсті бөлігінің аминқышқылды құрамы

№	Аминқышқылы	Құрамы мг/100 г	№	Аминқышқылы	Құрамы мг/100 г
1	Аланин	928	11	Аспаргат	1385
2	Глицин	480	12	Цистин	64
3	Лейцин	462	13	Оксипролин	2
4	Изолейцин	428	14	Фенилаланин	350
5	Валин	365	15	Тирозин	402
6	Глютамат	2720	16	Гистидин	296
7	Треонин	360	17	Орнитин	2
8	Пролин	848	18	Аргинин	510
9	Метионин	132	19	Лизин	352
10	Серин	400	20	Триптофан	112

Дақтарын және олардың флуоресценциясының түсін пластинкада жай қаламмен белгілейді. Хроматограмманы 10% калий гидроксидінің спиртті ерітіндісімен бүркейді, кептіргіш шкафта 2-3 минут 110-1200 С-та кептіреді, содан кейін жаңа дайындалған диазотталған сулфанил

қышқылы ерітіндісімен бүркіді. Дақтары қызғылт сары түстен көк-күлгін түске дейін боялады [3,4].

Аминқышқылдардың идентификациясы арнайы куәгерлер мен сығындылардан алынған Rf мәндерін салыстыру және УК жарықта түстерін салыстыру арқылы жүргізілді.

20 аминқышқылдың Rf шамасы мен мемлекеттік стандартты үлгі (МСУ) таңба түсіретін және сығындыларды салыстыру барысы өсімдікте барлық аминқышқылдардың барын, бірақ жеке компоненттердің әртүрлі сығындыларда әртүрлі екендігін көрсетті және сандық мөлшері туралы нақты мәлімет алу үшін аминқышқылды анализатор Amino Acid Analyzer S 433 әдісімен анықтадық.

Зерттеу нәтижелерін қорытындылай келе, туран жусан жер үсті бөлігінің аминқышқылды құрамына сапалық және сандық талдаулар жүргізіліп 20 аминқышқыл анықталды. Алынған нәтижелер туран жусан өсімдігін медицина мен фармация саласында қолдану мүмкіншілігі бар екендігін көрсетті.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. П.Д.Соколов, Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Сем. Asteraceae. СПб., 1993.
2. М.И. Горяев, Химический состав полыней / М.И.Горяев, В.С.Базалицкая, П.П.Поляков. – Алма-Ата, 1962.
3. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Т.2. / Под.ред.А.У.Тулегеновой. -1-е изд. – Алматы: Жибек жолы, 2009.
4. Государственная фармакопея СССР: вып.2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье / МЗ СССР.-11-е изд.доп.-М.: Медицина, 1987. –Т І,ІІ.

Резюме

Бахтиярова Б.А. – «Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Орынбасарова К.К.- фарм.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Махатов Б.Қ.- фарм.ғ.д., профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

ИЗУЧЕНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПОЛЫНИ ТУРАНСКОЙ

Изучен качественный состав и количественное содержание аминокислот полыни туранской. Аминокислотном анализаторе установлено качественное и количественное содержание аминокислот. Полученные данные могут быть использованы при разработке АДН.

Ключевые слова: полынь туранская, аминокислоты, спектр, аминокислотный анализатор, хроматография.

SUMMARY

Бахтиярова Б.А. – «Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Орынбасарова К.К. - фарм.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Махатов Б.Қ. - фарм.ғ.д., профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

STUDY OF AMINO ACID COMPOSITION OF ARTEMISIA TURANICA

Was defined the qualitative and quantitative composition of the amino acid content in Artemisia turanica. Was identified the qualitative and quantitative content with amino acid analyzer method. The obtained data can be used in the development of active outpatient observation.

Key words: Artemisia turanica, amino acid, amino acid analyzer, chromatography.

ӘОЖ: 615. 322: 543.2

Бахтиярова Б.А. – «Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Орынбасарова К.К.- фарм.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Нургазиева Г.А. - м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, стоматологиялық пәндер кафедрасы, Шымкент қ.

Махатов Б.Қ.- фарм.ғ.д., профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент

ТУРАН ЖУСАН ШӨБІНІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРЫНЫҢ САПАЛЫҚ ҚҰРАМЫН ТАЛДАУ

ТҮЙІН

Мақалада Оңтүстік Қазақстан облысында өсетін *Artemisia Turanica* өсімдігінің биологиялық белсенді заттарының сапалық құрамын талдау нәтижелері көрсетілген. Талдау нәтижесінде эфир майлары, флавоноидтар, иілік заттар, кумариндер, сесквитерпеноидтар бар екендігі анықталды.

Кілт сөздер: *Artemisia Turanica*, сапалық талдау, эфир майлары, флавоноид, кумарин, хроматография.

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтаудың ең маңызды тапсырмаларының бірі халықты жаңа, эффективті, зиянсыз, әрі арзан дәрілік препараттармен қамтамасыз ету [1].

Химиялық қосылыстарды синтездеу жолымен алынатын препараттардың жақсы әсер ететінін және олардың кең спектрлі әсері бар екендігі белгілі. Бірақ соңғы кездегі түрлі тәжірибелерден көріп отырғанымыздай адам ағзасының табиғатына жат нәрсе болғандықтан олар адам ағзасында түрлі аллергиялық, концерогендік және басқа жанама реакциялар туғызып отырады [2].

Сондықтан да қазіргі заманғы медицинада дәрілік өсімдік шикізатынан алынатын дәрі дәрмектерді қолдану кең жолға қойылып отыр.

Біздің елімізде туран жусанының химиялық құрамы туралы әдеби деректер жоқ болғандықтан, оның химиялық құрамын тереңірек зерттеуді ұйғардық.

Жұмыстың мақсаты: туран жусанның жер үсті бөлігінің химиялық құрамын, сонымен қатар өзіне тән бөлініп алынған биологиялық белсенді заттарының медицина мен фармациядағы тәжірибелік маңыздылығын зерттеу болып табылады.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу барысында Оңтүстік Қазақстан облысы, Ордабасы ауданы, Қожатоғай елді мекенінде гүлдену кезеңінде, табиғи фитоценозда жиналған, *Artemisia turanica* жер үсті бөлігінің сапалық құрамы қарастырылды.

Жаңа дәрілік өсімдіктерді фитохимиялық зерттеу кезінде, өсімдік құрамынан табиғи қосылыстардың максималды бөлінуі және ББЗ құрамын алдын ала бағалау жүргізу үшін, эксперименталды түрде оптималды экстрагент таңдау қажет. Бөліп алуды тамшылай немесе экспресс – хроматографиялық әдіспен табиғи қосылыстарының негізгі топтарына тән реакция жүргізу үшін пайдаланады.

Сығынды алу үшін, өлшемі 1мм електен өткен, 10,0 г туран жусан шөбінің ұсақталған салмағын өлшеп алып полярлы 1:10 қатынастағы экстрагенттерді құяды (су, 10 %, 30%, 50%, 70%, 96% спирт, ацетон және 50% сулы ацетон, этилацетат, хлороформ, бензол, гексан) қосып, бөлме температурасында 2-3 күнге, мерзімді түрде араластырып, тұндыруға қалдырады. Полярлығы әртүрлі экстрагенттерді пайдалану, ДӨШ алынатын қосылыстардың мүмкін болатын топтарын анықтау үшін оптималды шарт болады (гликозидтер, агликондар, күрделі эфирлер, құрамында ОН, С=О, СООН, NH ((NH₂)) майлы және хош иісті топтары бар қосылыстар полярлы және жоғары молекулалы қосылыстар). Бөлме температурасында алынған сығындылар тамшы әдісімен ББЗ тобының сапалық құрамы бойынша және экстрактивті заттар сандық құрамы

бойынша анықталды [3]. Ол үшін әрбір сығындыдан фильтрлі қағазға сығынды дақтарын енгізді (әрбір сығындыдан 10 нүктеден кем емес, ара қашықтығы 1-1,5 см $d=0,5$ см). Әрбір дақ бетіне әрбір ББЗ үшін тән айқындағышты енгізіп, барлық сығындылардың сапалық құрамы анықталды.

Ары қарай, алдын ала өлшенген және тұрақты салмаққа жеткізілген фарфор табақшаға, әрбір сығындыдан аликвота алып, су моншасында буландырып, кептіргіш шкафында 100-105°C температурасында тұрақты массаға дейін кептіріп, температуралық әсер етусіз әртүрлі еріткіштер арқылы алынатын экстрактивті заттардың санын есептейміз.

Содан кейін барлық сынымаларды су моншасында 1 сағат қыздырып, қыздырғаннан кейінгі дақтардың боялу интенсивтілігінің өзгерістерін және экстрактивті заттар санын бағалай отырып, сығындыдан- бөлініп алынған экстрактивті заттарды анықтау үшін, сапалық талдауын қайталайды [4].

Тиімді экстрагентті таңдау бойынша эксперименталды зерттеу нәтижелері, шикізатты экстракциялаудың ең жақсы шарттары: экстрагент – 70 % этил спирті, шикізат – экстрагент қатынасы – 1:50, экстракция уақыты – 60-70 минут болатынын дәлелдейді. Экстрагирлеудің тиімді нәтижелерін этилацетат және бутанол көрсетті (1-кесте).

Кесте 1 – Туран жусан шөбінің экстрагирлеу мен экстрагент шарттарына байланысты экстрактивті заттар құрамы

№	Экстрагент, концентрациясы	Шикізаттың арақатынасы:экстрагент	Экстракция уақыты, мин	Экстрактивтік заттардың құрамы, %
1	40% этил спирті	1:50	60	9,45±0,01
2	70% этил спирті	1:50	45	18,64±0,03
3	96% этил спирті	1:50	60	4,32±0,01
4	70% этил спирті	1:50	30	20,62±0,04
5	70% этил спирті	1:50	60	24,12±0,03
6	70% этил спирті	1:50	90	27,59±0,03
7	70% этил спирті	1:50	120	28,73±0,04
8	70% этил спирті	1:30	45	17,46±0,03
9	Ацетон	1:50	60	4,92±0,04
10	Ацетон	1:50	30	3,69±0,02
11	50 % сулы ацетон	1:50	60	2,28±0,02
12	50 % сулы ацетон	1:50	30	1,34±0,02
13	Этилацетат	1:50	60	19,42±0,01
14	Этилацетат	1:50	30	14,11±0,04
15	Хлороформ	1:50	60	1,92±0,03
16	Хлороформ	1:50	30	1,25±0,04
17	Бензол	1:50	60	9,67±0,03
18	Бензол	1:50	30	5,34±0,04
19	Гексан	1:50	60	4,46±0,01
20	Бутанол	1:50	60	17,85±0,02

Негізгі ББЗ пен ББЗ топтық құрамын бағалаудың міндетті реакцияларын жүргізгеннен кейін, алынған сығындылардың компонентті құрамын, жұқа қабатты хроматография әдісімен, ББЗ топтарын анықтайтын стандарт – заттармен бірге, спецификалық айқындағыштар әсерінен дақтар түсі мен R_f көрсеткіштері бойынша УК – жарығында салыстыра отырып зерттелінді.

Биологиялық белсенді заттардың кез келген тобы үшін сулы-спиртті немесе басқада бөлінділерді 1-5 мл көлемінде қолданылады. Бөліндінің құрамы күрделі болғандықтан жеке спецификалық реакцияларды бөліп қарай алмаймыз, ал көзге көрінетін реакция белгілері әрдайым тек қана бір затты білдіре бермейді. Бұл жағдайларда бірнеше реакцияларды қатар жүргізу ұсынылады (2-кесте).

Кесте 2 - Туран жусанның биологиялық белсенді заттарын сапалық талдау

Сапалық реакциялар	Сапалық талдау нәтижесі	
	Туран жусан шөбі	
Флавоноидтар		
Цианидинді сынама	Әлсіз қызғылт бояу	
Кумариндер		
Г.А.Кузнецова ұсынған кумариндерді анықтаудың экспресс әдісі	5 % NaOH ерітіндісі	диазореактив (диазотталған п-нитроаналин)
	Сары	шие-қызыл
Иілік заттар		
Түсті және тұнбаға түсіру реакциялары	Түсті реакция	Тұнбаға түсіру реакция
	1 % железоаммонилы квасц реактиві	10% сірке қышқылы қатысындағы қорғасын ацетатының тұзы
	қара- көк	Тұнба
Сесквитерпенді лактондар		
Гидроксамдысынама	Гидроксиламиннің спиртті ерітіндісі	Темір хлоридінің спиртті ерітіндісі
	жасыл түс	қызыл-күлгін
Эфир майлары		
Альфа жағдайдағы қаңқаның ароматты альдегидпен конденсация реакциясы	Концентрлі күкірт қышқылы қатысындағы ванилин ерітіндісімен	
	малина түске боялуы	

Сулы – этанолды сығындыны дайындау үшін, туран жусан шөбінің ұсақталған ауа – құрғақ, тесігінің өлшемі бір миллиметр болатын електен өткен, нақты салмағына шикізатының нақты аспасына, 1:50 қатынасындағы су – спирт ерітіндісін (70 %) құяды. Тұндыру үшін қараңғы жерде 2 тәулік уақытта бөлме температурасында ұстады. Кейін тұнбаны фильтрлеп (бірінші фильтр) қайтадан бірінші реттегідей сол құрам мен сол мөлшерде су – спирт ерітіндісін құяды. Екінші рет сол шартта 5 күн тұндырады (екінші фильтр). Тұндырғаннан кейін екі фильтрты бір – біріне қосады.

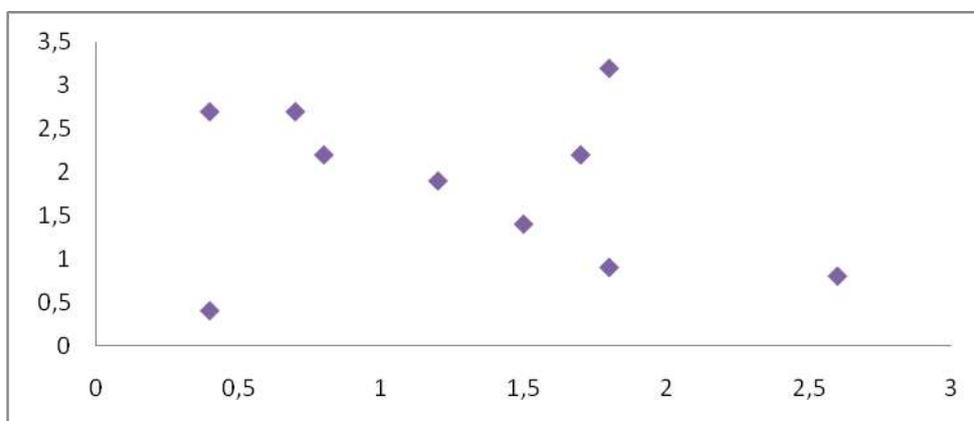
Құрамындағы қоспалар мен ақуыздарды тұндыру үшін 5 мл үлгінің халықаралық стандарттағы қатынасын (ҮХСК) 100 мл экстрактқа шаққандағы 5% үлгінің халықаралық стандарты (ҮХС) қышқылын алып, нәтижесінде алынған фильтрты қағаз фильтр арқылы фильтрлеп, қараңғы бөлмеге бір тәулікке қояды. Қайтадан пайда болған тұнбаны, вакуумды роторлы булағышты пайдалана отырып фильтрледі [5].

Туран жусан өсімдігінің құрамындағы биологиялық белсенді заттарын сапалық талдау үшін біз еріткіштер жүйесіндегі жұқа қабатты хроматографияны (ЖҚХ) пайдаландық. Хроматографиялық зерттеулер үшін алдымен жылжымайтын фаза, камераның қанығу уақытын, хроматографиялық пластинкалардың белсену уақытын, сынама енгізу әдістеріне өңдеу жүргізілді (кесте 3).

Хроматографиялық зерттеулер «Сорбфил» (10x10, 10x15 Ресей) пластинкаларында жүргізілді. Пластинкаларға сынамалар микрошприцтер (МШ Ресей) мен көлемі 2 мкл микрокапиллярлар (Ресей) арқылы енгізілді. Енгізілген сынаманың оптималды көлемі 5 мкл құрады. Флавоноидты қосылыстарды анықтау үшін хроматограммада хлорлы алюминийдің 10% спиртті ерітіндісін, аммиак буын, натрий гидроксидінің спиртті ерітіндісін, ары қарай УК – жарығында 2 % цирконий хлор тотығының метанолды ерітіндісін қолданды. Хроматограммаларды УК – жарығында хромогенді реактивпен өңдеуге дейін және өңдегеннен кейін қарадық (сурет 1) [6].

Кесте 3 - Туран жусанның жер үсті бөлігінен кумариндер мен флавоноидтарды ЖҚХ әдісімен 70 % спирттегі сулы-спиртті сығындысының нәтижесі

Еріткіштің системасы	70 % спирттегі сулы-спиртті сығындысы		Стандартты үлгі		
	Rf мәні	сіңіру аймағының түсі	Аталуы	Rf мәні	Сіңіру аймағының түсі
Кумарин 1. Бензол: ацетон – 9:1	0,02	көк	-	-	-
	0,26	көк	умбеллиферон	0,27	көк
	0,66	қызыл	изоприминеоин	0,70	қызыл
	0,80	сары	императорин	0,82	Сары
2. Бензол: этилацетат-9:1	0,02	көк	-	-	-
	0,26	көк	-	-	-
	0,48	Қызғылт	-	-	-
	0,56	Қызыл	-	-	-
	0,60	қызылт-қызыл	императорин	0,60	әлсіз қызыл
	0,82	Ашық-сары	-	-	-
3. Толуол: этилформиат : құмырсқа қышқылы - 5:4:1	0,51	көк	эскулетин	0,46	көк
	0,61	Қызыл	ксантотоксол	0,63	Қызыл
	0,73	сары-жасыл	кумарин	0,73	сары-жасыл
	0,77	Күлгін	императорин	0,78	Күлгін
4. Эфир: бензол: сірке қышқылы- 5:5:1	0,05	көк	умбеллиферон	0,07	көк
	0,39	көк	скополетин	0,35	көк
	0,61	сары-жасыл	кумарин	0,62	сары-жасыл
Флавоноидтар хлороформ : метанол : су – 61:32:71	0,05	көк			
	0,23	көк			
	0,32	Сары			
	0,93	сары-жасыл	кверцетин	0,97	сары жасыл



Сурет 1 - Туран жусанның жер үсті бөлігінің сулы-спиртті сығындысының хроматограммасы

Жүргізілген зерттеу нәтижелерін қорытындылай келе, бір тұқымдасқа жататын өсімдіктер, біркелкі химиялық құрамды болады және ұқсас фармакологиялық әсер көрсететіні ғылыми түрде дәлелденген. Филогенетикалық ұқсастықтың осы қағидасын және жусан тұқымдасын зерттеу бойынша алынған нәтижелерді ескере отырып, туран жусан өсімдігінде әртүрлі бағытта әсер ететін биологиялық белсенді заттардың болуын болжауға болады.

Өңделген әдебиет деректеріне сәйкес, туран жусанында және оған ұқсас түрлерінде эфир майлары, флавоноидтар, кумариндер, терпеноидтар бар. Жусанның жер үсті бөлігіне фитохимиялық зерттеу кезінде осы биологиялық белсенді заттар топтарының болуы анықталды. Алынған нәтижелер экстракттар мен фракцияларды ары қарай стоматологияда қолдану мүмкіндігін анықтау мақсатында фармакологиялық зерттеу жүргізу болып табылады. Зерттеу жастары 2-3 айлық зертханалық ақ тышқандарға салмағы 35-40 г, салмағы 200-350 г қояндарға жүргізіледі. Болашақта алынатын нәтижелер стоматологияда ауыз қуысының қабыну ауруларын кешенді емдеу және алдын алу мақсатында қолданылу мүмкіндігі бар.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 193-ІVот 18.09.2009 г.
2. Аканов А.Д., Камалиев М.Д. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы. / В книге: Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой / Под ред. Kutzin., Cashin С, JakabM.- Европейское региональное бюро ВОЗ/Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011. - 442 с.
3. Государственная фармакопея Республики Казахстан. -Алматы: Издательский дом «Жибек жолы». -2008.-Том 1.-С. 208 -220.
4. Биологически активные вещества растительного происхождения / Б. Головкин [и др.]. М.: Наука, 2001. - Т.1. - 350 с.
5. Кузнецова Г.А. Природные кумарины и фурукумарины/Г.А.Кузнецова.-Ленинград: издательство «Наука», Ленинградское отделение, 1967.
6. Бандюкова В.А. Качественный анализ флавоноидов в растительном материале при помощи хроматографии на бумаге.Методические рекомендации/В.А.Бандюкова, А.А.Шинкаренко.-Пятигорск,1972.

РЕЗЮМЕ

Бахтиярова Б.А. – «Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Орынбасарова К.К. - фарм.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Нургазиева Г.А. - м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, стоматологиялық пәндер кафедрасы, Шымкент қ.

Махатов Б.Қ. - фарм.ғ.д., профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент

КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ТРАВЫ ПОЛЫНИ ТУРАНСКОЙ

В статье приведены результаты научного исследования качественного анализа биологически активных веществ полыни туранской растущей на территории ЮКО. В результате исследований, был определен качественный анализ эфирных масел, флавоноиды, дубильных веществ, кумарина, сесквитерпеноидов, входящих в химический состав полыни туранской.

Ключевые слова: Artemisiaturanica, качественный анализ, эфирные масла, флавоноиды, кумарины, хроматография.

SUMMARY

Бахтиярова Б.А. – «Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Орынбасарова К.К. - фарм.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент қ.

Нургазиева Г.А. - м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, стоматологиялық пәндер кафедрасы, Шымкент қ.

Махатов Б.Қ. - фарм.ғ.д., профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, фармакогнозия және химия кафедрасы, Шымкент

QUALITATIVE ANALYSIS OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES HERB ARTEMISIA TURANICA

The results of the scientific study qualitative analysis of biologically active substances Artemisia turanica growing on the territory of SKR. As a result, research was determined qualitative analysis of essential oils, flavonoids, tannins, coumarin, sesquiterpenoids, belonging to the chemical composition of Artemisia turanica.

Key words: Artemisia turanica, qualitative analysis, essential oils, flavonoids, coumarins, chromatography.

А.К. Патсаев – д.х.н., профессор, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан,
patsaev_anapia@mail.ru,

А.Е. Бухарбаева – старший преподаватель, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан,
ladyai@mail.ru,

К.Дж. Кучербаев – к.х.н., старший научный сотрудник, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, kkjamal@mail.ru

Х.Б. Алиханова – к.х.н., и.о., профессора ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан,
patsaev_anapia@mail.ru

Г.А. Нургазиева – к.м.н., зав.кафедрой стоматологических дисциплин, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, galima_n@mail.ru

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В РАСТЕНИИ ASTRAGALUSALOPECIAS PALL. ФЛОРЫ ЮЖНОГО КАЗАХСТАНА

РЕЗЮМЕ

В статье приведены результаты определения содержания органических кислот в растении Astragalusalopenciaspall. флоры Южного Казахстана. В результате проведенных исследований содержание органических кислот в исследуемых частях растения составило: содержание органических кислот в надземной части – 4,5%; в соцветиях растения – 3,9%; в корнях растения содержание органических кислот – 3,4%

Ключевые слова: растительное сырье, флавоноиды, дубильные вещества, органические кислоты, титриметрия.

С развитием медицинской науки в современном мире возросла роль фармацевтической индустрии, повысился интерес к поиску новых лекарственных растений и созданию безопасных и эффективных препаратов на их основе.

Флора Казахстана характеризуется богатейшими запасами полезных растений, которые применяются в народной медицине и перспективны для исследований. Одним из перспективных растений являются растения рода Астрагал.

Астрагал (*Astragalus*) - род растений семейства бобовых (*Fabaceae*). Многолетние, редко однолетние травы и полукустарники, реже кустарнички и кустарники.

По литературным данным род *Astragalus* L. - очень обширный и полиморфный, насчитывающий от 1200 до 2200 видов мировой флоры. В Казахстане встречается 308 видов, в Южном Казахстане произрастает 143 вида из них 12 видов применяются в народной медицине [1-3].

Астрагалы Казахстана до сих пор остаются не до конца изученными, как в химическом, так и в фармакогностическом отношении. Из генеративных и вегетативных органов астрагалов выделен ряд биологически активных веществ: алкалоиды, флавоноиды, тритерпеновые сапонины, азотсодержащие соединения, в том числе непротеиновые аминокислоты, глициты, фенольные кислоты и их эфиры, кумарины, высшие жирные кислоты, полисахариды, витамины группы В, С, Е, РР, соли глицирризиновой кислоты, микроэлементы, дубильные вещества, эфирные масла, камедь и др [4-5].

Спектр использования астрагалов в качестве лекарственных растений чрезвычайно широк: они проявляют успокаивающее, гипотензивное, кардиотоническое, диуретическое, антимикробное, противовоспалительное, иммуномодулирующее, ранозаживляющее и другие действия [6]. В клинической стоматологии применяют отвар из листьев астрагала в составе комплексной терапии стоматитов, пародонтита и других воспалительных процессов. Этот отвар местно действует как хорошее ранозаживляющее средство.

На кафедре фармакогнозии и химии ЮКГФА исследуют ранее неисследованное растение для лечения заболеваний полости рта, вызванные экотоксикантами.

Цель работы. Исследование химического состава исследуемого растения для дальнейшей стандартизации.

Объектом исследования является ранее неизученное растение, произрастающее в Южном Казахстане *Astragalus alopecias* Pall. Предметом исследования являются надземная часть (трава и соцветия) и корень растения.

Образцы для исследования собраны в фазе массового цветения в конце мая 2015г. в Ордабасинском районе с. Кожатогай Южно-Казахстанской области в научно - исследовательском объекте «Бактыолен» РГП «Юго-Западный научно-производственный центр сельского хозяйства» МСХ РК.

Методы исследования:

Качественный состав БАВ исследовали с помощью современных методов фитохимического анализа: хроматография на бумаге и в тонком слое сорбента.

В исследовании биологически активных веществ растения Астрагала лисовидного нами проведены качественные реакции на основные группы вторичных метаболитов в растительном сырье. Результаты качественного анализа показали наличие в растительном сырье флавоноидов, сапонинов, дубильных веществ и органических кислот.

Органические кислоты. Органические кислоты разных групп одновременно могут быть в составе многих растений. Они находятся в клеточном соке и присутствуют во всех органах, особенно много их в листьях и незрелых плодах.

Наиболее распространены: уксусная (начало «ацетатного пути биосинтеза» многих других соединений), муравьиная, масляная, щавелевая, яблочная, винная, валериановая и изовалериановая, лимонная кислоты.

Наряду с одно-, двух-, трехосновными карбоновыми и оксикислотами, во многих растениях содержатся аминокислоты, феноло-, ароматические и «лишайниковые» кислоты.

Являясь обязательной составной частью растений, они в большем или меньшем количестве извлекаются полярными растворителями и переходят в состав многих фитопрепаратов (настоев, настоек, экстрактов, сиропов, соков, субстанций, извлечений).

Не все кислоты имеют самостоятельное значение как биологически активные вещества, но дополняют, или усиливают биоактивность и биодоступность других веществ растений.

Результаты и обсуждения. Определение содержания свободных органических кислот.

Аналитическую пробу сырья измельчают до размера частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 2 мм. 25 г измельченного сырья помещают в колбу вместимостью 250 мл, заливают 200 мл воды и выдерживают в течение 2-х часов на кипящей водяной бане, затем охлаждают, количественно переносят в мерную колбу вместимостью 250 мл, доводят объем

извлечения водой до метки и перемешивают. Отбирают 10 мл извлечения, помещают в колбу вместимостью 500 мл, прибавляют 200-300 мл свежeproкипяченной воды, 1 мл 1% спиртового раствора фенолфталеина, 2 мл 0,1% раствора метиленового синего и титруют раствором натрия едкого (0,1 моль/л) до появления в пене лилово-красной окраски.

Содержание свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту в абсолютно сухом сырье в процентах (X) вычисляют по формуле:

$$X = \frac{V \times 0.0067 \times 250 \times 100 \times 100}{m \times 10 \times (100 - W)}$$

где: 0,0067г – количество яблочной кислоты, соответствующее 1 мл раствора натрия едкого (0,1 моль/л), г;

V- объем раствора натрия едкого (0,1 моль/л), пошедшего на титрование, мл;

m- масса сырья, г;

W- потеря в массе пр высушивании, %

Надземная часть астрагала лисовидного:

$$X = \frac{1,3 \times 0.0067 \times 250 \times 100 \times 100}{5,069 \times 10 \times (100 - 4)} = 4,5\%$$

Соцветия астрагала лисовидного

$$X = \frac{1,1 \times 0.0067 \times 250 \times 100 \times 100}{5,011 \times 10 \times (100 - 5)} = 3,9\%$$

Корень астрагала лисовидного

$$X = \frac{1 \times 0.0067 \times 250 \times 100 \times 100}{5,150 \times 10 \times (100 - 5)} = 3,4\%$$

В результате проведенных исследований содержание органических кислот в исследуемых частях растения составило: содержание органических кислот в надземной части – 4,5%; в соцветиях растения – 3,9%; в корнях растения содержание органических кислот – 3,4%; (рисунок 1).

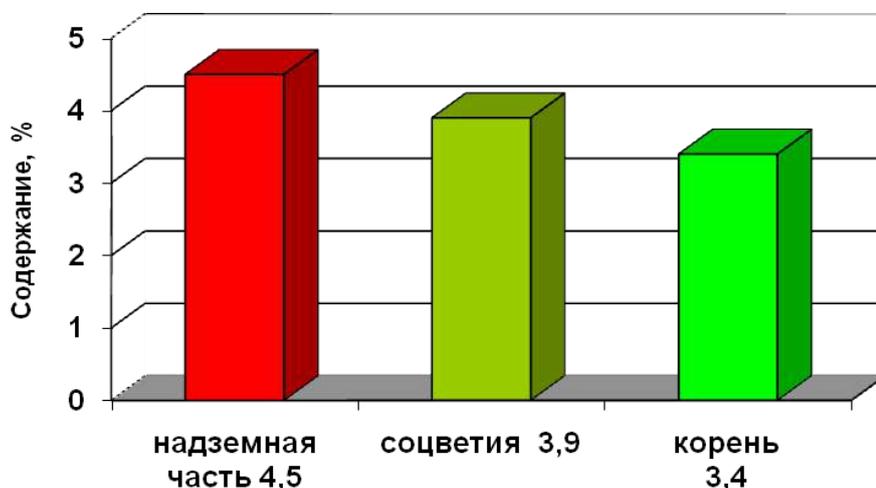


Рисунок 1 - Содержание органических кислот в растении *Astragalusalopacias*Pall.

Выводы. На основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что растение *Astragalusalopercias*Pall. содержит достаточно высокое количество органических кислот, флавоноидов, дубильных веществ и полисахаридов, которые могут обуславливать необходимый фармакологический эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гончаров Н.Ф. // Астрагалы СССР. - Сов. Ботаника, 1944. – № 6. – С. 56-62.
2. Флора Казахстана. Алма-Ата: Наука. 1961. Т.5. - С. 94 –110.
3. Л.М. Грудзинская, Н.Г. Гемеджиева// Список лекарственных растений Казахстана, Алматы, 2012, т.18 (4) с. 62
4. Государственная фармакопея СССР: Вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье // МЗ СССР. - 11-е изд., доп. - М.: Медицина, 1989. - 400 с.
5. Фармакогнозия: учебник. – 4-е из., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002.
6. Д.А. Муравьева, И.А. Самылина, Г.П. Яковлева. Лобанова И. Е. Антимикробная активность масляных и этанольных экстрактов *Astragalus glycyphyllos* / И. Е. Лобанова, Ю. Л. Якимова // Вестник Новосибирского Государственного Университета. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 79–83.

Түйін

- А.К. Патсаев** – д.х.н., профессор, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, patsaev_anapia@mail.ru,
А.Е.Бухарбаева – старший преподаватель, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, ladyai@mail.ru,
К.Дж. Кучербаев – к.х.н., старший научный сотрудник, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, kkjamal@mail.ru
Х.Б. Алиханова – к.х.н., и.о., профессора ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, patsaev_anapia@mail.ru
Г.А. Нургазиева – к.м.н., зав.кафедрой стоматологических дисциплин, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, galima_n@mail.ru

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ФЛОРАСЫНДАҒЫ *Astragalus alopecias* Pall. ӨСІМДІГІ ҚҰРАМЫНДАҒЫ ОРГАНИКАЛЫҚ ҚЫШҚЫЛДАРЫН АНЫҚТАУ

Мақалада Оңтүстік Қазақстан флорасындағы *Astragalus alopecias* pall. өсімдігі құрамындағы органикалық қышқылдарының құрамын анықтау нәтижелері келтірілген. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде зерттеуге алынған өсімдіктің бөліктеріндегі органикалық қышқылдардың құрамы анықталды: жер үсті бөлігіндегі органикалық қышқылдың құрамы- 4,5%; гүлшоғырында - 3,9%; тамырындағы органикалық қышқылдың құрамы- 3,4% құрады.

Кілт сөздер: өсімдік шикізаты, флавоноидтар, иілік заттар, органикалық қышқыл, титриметрия.

Summary

- А.К. Патсаев** – д.х.н., профессор, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, patsaev_anapia@mail.ru,
А.Е.Бухарбаева – старший преподаватель, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, ladyai@mail.ru,
К.Дж. Кучербаев – к.х.н., старший научный сотрудник, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, kkjamal@mail.ru
Х.Б. Алиханова – к.х.н., и.о., профессора ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, patsaev_anapia@mail.ru
Г.А. Нургазиева – к.м.н., зав.кафедрой стоматологических дисциплин, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, galima_n@mail.ru

DETERMINATION OF ORGANIC ACIDS IN THE PLANT *Astragalus alopecias* Pall.FLORA OF SOUTH KAZAKHSTAN

The results of determination of the content of organic acids in the plant *Astragalus alopecias pall.* Flora of South Kazakhstan. As a result of the research content of organic acids in the investigated parts of the plant were as follows: organic acid content in the aboveground part of -4,5 %, the inflorescences plant – 3,9%, in the roots of the plant the organic acid -3,4%.

Key words: vegetable raw materials, flavonoids, tannins, organic acid, titration.

УДК 615.15:334.02

К.Д. Шертаева, д.фарм.н., профессор, зав кафедрой Организации и управления фармацевтического дела, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан

Тюльбашева К.Н – зав. аптекой Областной клинической больницы, г.Шымкент, Южно-Казахстанская область, Казахстан

Г.И. Утегенова, к.фарм.н, ст.преп., Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан, gulnara64.64@mail.ru

О.В., Блинова, к.фарм.н., ас.профессор, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан

А. Абуова, магистрант 1 года обучения, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В ФАРМАЦИИ

АННОТАЦИЯ

Одним из основных требований, предъявляемых к информационному обеспечению управления человеческими ресурсами в фармации в современных условиях, является создание системы аттестации и оценки деятельности фармацевтического персонала. Целью проводимых исследований является разработка системы оценки труда и управление социально-психологическим климатом в коллективе.

Ключевые слова: человеческие ресурсы, квалификация, аттестация, социально-психологический климат.

Актуальность

Формирование кадрового резерва является одним из главных шагов управления человеческими ресурсами. На этом этапе происходит отбор кандидатур из родного коллектива, для дальнейшего их назначения на высвобождаемые руководящие должности. Сам процесс объективного создания кадрового резерва положительно влияет на мотивацию фармацевтического персонала, так как сотрудники, как правило, положительно воспринимают так называемых «выходцев из народа», нежели «чужаков».

Для получения объективной оценки об уровне профессиональной подготовки и результативности деятельности работника в фармацевтических организациях целесообразно проводить аттестацию.

Аттестация фармацевтического персонала - это определение уровня профессиональной подготовки фармацевтического персонала и его соответствия к требованиям занимаемой должности и квалификационной характеристики. К основным задачам аттестации фармацевтического персонала относятся:

- установление соответствия фармацевтического работника занимаемой должности;
- определение использования фармацевтического работника в соответствии со специальностью и квалификацией;

- определение уровня профессиональной подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;
- определение необходимости повышения профессиональной квалификации фармацевтического персонала;
- стимулирование карьерного профессионального роста фармацевтического работника;
- стимулирование в улучшении результативности труда фармацевтического персонала;
- обеспечение принятия кадровых решений по продвижению фармацевтического персонала.

Аттестация фармацевтического персонала выполняет организационные, коммуникативные, стимулирующие функции для улучшения работы с фармацевтическим персоналом.

Поэтому для проведения аттестации фармацевтического персонала необходима комплексная система оценки, включающая в себя систему показателей и индикаторов деятельности, профессиональных, личностных качеств и результативности труда фармацевтического персонала.

Цель исследования: разработка системы оценки труда и управление социально-психологическим климатом в коллективе

Материалы и методы: Материалами исследования служили данные литературных источников отечественной и зарубежной. В качестве методов исследования использовались: аналитический, логический, социологический.

Результаты и обсуждение:

В настоящее время система оценки труда фармацевтических работников не совершенна и не раскрывает профессиональный и творческий потенциал фармацевтического персонала, не способствует его совершенствованию [1].

Чтобы объективно и точно оценивать, необходима разработка критериев оценки, по которым можно было бы оценить профессиональную, коммуникативную компетентность и другие параметры трудовой деятельности фармацевтического персонала. Для этого необходимы профессиональные эксперты отдела работы с персоналом, которые могли бы дать объективную оценку каждому работнику для дальнейшего перспективного развития фармацевтической деятельности.

Для процесса оценки деятельности фармацевтического персонала применяют: - планирование оценочных мероприятий; - процедуру оценки фармацевтического персонала; - сбор и обработка данных по результатам оценки фармацевтического персонала; - анализ и принятие решений по результатам оценки фармацевтического персонала [2].

Особое место в фармацевтическом предпринимательстве занимает уровень межличностных, профессиональных взаимоотношений, профессиональной подготовки, конкретных условий учреждения, всё это в немалой степени определяется личностью каждого члена коллектива и руководителя, стилем и методами его работы [3].

Каждый специалист в фармацевтической организации отвечает за профессиональный уровень выполнения своих служебных обязанностей. Современные фармацевты должны обладать высокой общей и профессиональной культурой общения [4].

Беспокойство вызывает и то обстоятельство, что значительное число фармацевтов считают более важным получение прибыли, а не оказание фармацевтической помощи и это отрицательно влияет на взаимоотношение и психологическую атмосферу в коллективе. Этот факт можно объяснить современными реалиями фармацевтического рынка, когда подавляющее большинство аптечных организаций находится в частной собственности, а для частника главным критерием успеха является получение прибыли [5] (рис 1).

Поэтому мы считаем, что один из путей совершенствования управления человеческими ресурсами в фармации, который недостаточно изучен в нашей стране (по анализу литературных данных), является социально-психологический климат фармацевтического коллектива.

Взаимоотношения людей в процессе совместной деятельности, которой каждый человек посвящает значительную часть своей жизни, всегда вызывает особый интерес и внимание. Совместная деятельность людей не может быть нейтральной по отношению к нравственности. Современному руководителю необходимо устанавливать контакт со своими подчиненными, а это - большое искусство. С каждым подчиненным необходимо устанавливать теплые отношения, создавать благоприятный социально-психологический климат в коллективе, ведь именно такие действия - залог увеличения производительности труда, стабильной работы предприятия, а,

следовательно, получение прибыли - главной цели всех фармацевтических организаций.

Для любого коллектива свойственно понятие социально-психологический климат (СПК). СПК - это относительно устойчивая морально психологическая атмосфера общения и взаимодействия людей [6].

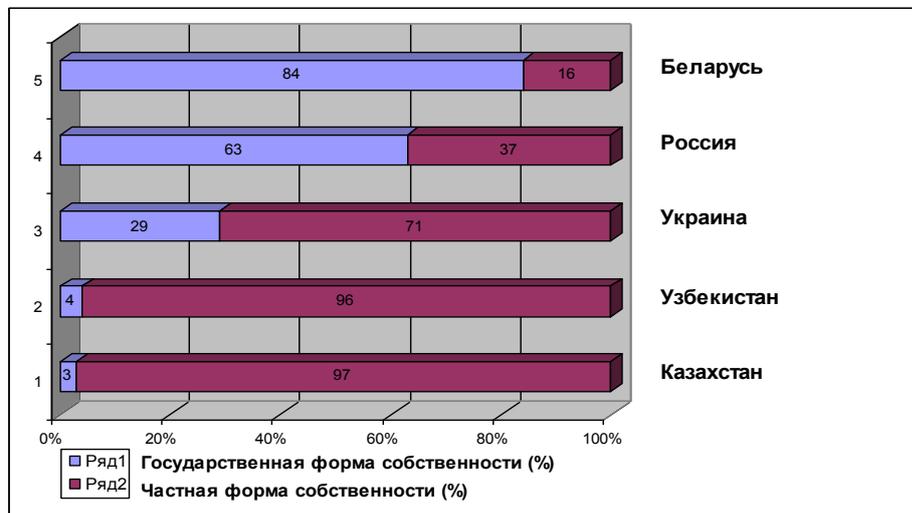


Рисунок 1 - Форма собственности фармацевтических организаций

Различают 2 вида СПК:

1. благоприятный - такая атмосфера, которая основана на моральной поддержке и духовном единстве людей.
2. неблагоприятный - эта атмосфера характеризуется чувствами соперничества, зависти, конфликтности.

Неблагоприятный климат снижает мотивацию, производительность труда, чувство удовлетворенности и комфорта у членов коллектива.

Поэтому руководителю, а особенно менеджеру по работе с персоналом, очень важно знать, какие социально-психологические процессы протекают в фармацевтическом коллективе, уметь их регулировать, находить причины неудовлетворенности членов коллектива.

При умелом использовании социально-психологических методов управления в управлении человеческими ресурсами в фармации легко регулируются отношения между работниками субъектов фармацевтической деятельности путем создания хорошего социально-психологического климата на основе формирования коллективного сознания, настроения, мнений и суждений. Для этого, используются множество методов воздействия, такие как убеждение, социальное нормирование и регулирование, моральное стимулирование, информирование работников, управление групповым личностным поведением фармацевтов[7].

Выводы:

Совершенствование управления человеческими ресурсами в фармации необходимо осуществлять на основе существующей системы кадровой работы с адаптацией лучших образцов современного опыта управления фармацевтическим персоналом и применением системы оценки труда и поддержания благоприятного социально-психологического климата в коллективе

Литература

1. Ромашов О.О. Особенности управления персоналом в малом бизнесе и предпринимательстве – Москва – 2002. – с. 32-33.
2. Воренов А.В. Современные методы совершенствования коммерческой деятельности фармацевтического предприятия \ М.: Книжный мир – 2007. – с. 156-157.
3. Бас В.Н. управление персоналом в организации, ориентированной на качество \ Реферат – 2003. – С. 21-23.

4. Митин А.Н. Культура управление в системе взаимоотношений персонала организации – 2002. С. 29-31.
5. Фатеев В.Г. Организация и управление фармацевтическим предприятием в условиях неопределенности внешней среды // Пермь – 2001. – С. 66-68.
6. Гришин А.В., Малаховская М.В. Мотивационных порядок оплаты труда работников аптечных (фармацевтических предприятий) // Методическое руководство. Томск: сибирский мед. Ун-т – 2000. – С. 24-26.
7. Малинина Елена: психолог кадрового агентства, эксклюзив персонал Адаптация сотрудника: случайности или подготовленная программа // сайт: ЭМСИ консалтинг <http://www.emcon.ru/> - 2000. – с/ 1-7.
8. Беляцкий Н.П. Менеджмент: Деловая карьера/ Н.П. Беляцкий // Минск: Вышэйшая школа - 2001. – 302

ТҮЙІН

К.Д. Шертаева, фарм.ғ.д., профессор, фармация ісін ұйымдастыру және басқару кафедрасының меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Тюльбашева К.Н – Облыстық клиникалық аурухана дәріханасы меңгерушісі, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Г.И. Утегенова, фарм.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы gulnara64.64@mail.ru

О.В., Блинова, фарм.ғ.к., ас.профессор, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

А. Абуова, 1 оқу жылы магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ФАРМАЦИЯ САЛАСЫНДА АДАМ РЕСУРСТАРЫМЕН БАСҚАРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ ТУРАЛЫ

Қазіргі таңда фармация саласында адам қорларын басқаруда негізгі шарттарының бірі – аттестациялау жүйесін және фармацевтикалық қызметкерлердің қызметін бағалау болып табылады. Зерттеудің мақсаты еңбекті бағалау жүйесін өңдеу және ұжымда әлеуметтік-психологиялық жағдайымен басқару.

Кілт сөздер: адам ресурстары, дәрежесі, аттестация, әлеуметтік-психологиялық жағдай

ANNOTATION

K.D. Shertaeva, d.farm.n., Professor, Head of the Department of Organization and Management of pharmaceutical business, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan gulnara64.64@mail.ru

Tyulbasheva K.N. - Head. pharmacy Regional Hospital, *Regional Hospital, Shymkent, Kazakhstan*

G.I. Utegenova, k.farm.n., Senior Lecturer, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan gulnara64.64@mail.ru

O.V. Blinova, k.farm.n., as.professor, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

A. Abuova, graduate student 1 year of study, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

ON THE IMPROVEMENT OF HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN PHARMACY

One of the main requirements to the information providing human resource management in pharmacy in modern conditions, it is to create a system of certification and evaluation of pharmaceutical personnel. The aim of the research is to develop a system of job evaluation and management of socio-psychological climate in the team.

Keywords: human resources, qualification, certification, socio-psychological climate.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 576.3/7:661-008.9-074

Т.В. Трегуб, доцент, к.мед.н., Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, 7tamara@ukr.net

И.В. Погорелая, доцент, к.мед.н., Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, dr.irvik@yandex.ru.

М.С. Протункевич, аспирант, Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, Украина

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

АННОТАЦИЯ

Цель работы - изучить влияния минерального концентрата «Вита» на содержание основных фракций липидов в эритроцитах и плазме крови у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Исследования проводили на базе различных больниц г. Одессы в течение 5 лет. Было обследовано 210 больных в возрасте от 18 до 60 лет, из которых мужчин было 75,2%. Исследовано, что при использовании в лечении ЯБ ДПК минерального концентрата «Вита» значительно улучшается клиническое течение ЯБ ДПК и качество жизни таких больных. Со стороны лабораторных данных минеральный концентрат «Вита», обладая выраженным антиацидотическим, анаболическим и антигипоксическим действием, нормализует содержание ФЛ, ТГ, СЖК и отношение ФЛ/Хол как в плазме, так и в эритроцитах крови, что приводит к более качественному функционированию всех липидозависимых структур в организме (гормоны, ферменты и т.д.) и как следствие более качественное восстановление жизнедеятельности организма в целом.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, липидный обмен, фосфолипиды, триглицериды, холестерин, «Вита».

Введение. В современном мире с высоким темпом жизни, частым употреблением фастфуда кислотозависимые заболевания (КЗЗ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выходят на передовые позиции среди заболеваний, влияющих на качество жизни. Желудочная диспепсия в виде изжоги, отрыжки, болей в эпигастриальной области значительно снижают качество жизни, работоспособность больных, приводят к невротизации. Данные симптомы характерны для КЗЗ: гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Особенностью КЗЗ является наличие метаболического ацидоза, который сопровождается повышением концентрации ионов водорода (H^+) в крови и тканях. Организм во много раз чувствительнее к изменениям рН, чем к изменениям содержания электролитов (K^+ , Na^+), поэтому изменения, наступающие в результате ацидоза, носят системный характер.

При метаболическом ацидозе в организме изменяется обмен гормонов (в частности повышение выработки глюкокортикоидов и снижение инсулина), также активируются процессы распада липидов и белков, угнетение биосинтеза жирных кислот, пептидов, аминокислот и нуклеотидов (соответственно, липидов, белков и нуклеиновых кислот) и других регуляторных медиаторов.

Установленное у больных ЯБ ДПК использование в адаптивных перестройках структурных липидов тканей и недостаточный синтез жирных кислот и липидов при

метаболическом ацидозе вызывает существенные изменения содержания липидов в тканях и жидкостях организма.

Количество применяемых в медицине препаратов антиацидотического действия не так уж велико. Одним из таких средств является лекарственный препарат «Намацит» (реестр лекарственных средств Украины 1997 г.), созданный для профилактики и лечения гепатитов и циррозов печени различной этиологии у детей и взрослых, гипоксии у беременных, плода и новорожденных, для профилактики и лечения кариеса и пародонтита у детей и взрослых. На основе лекарственного препарата «Намацит» разработана и получила разрешение МЗ и Госстандарта Украины лечебно-профилактический минеральный концентрат для приготовления напитков и доминерализованных вод «Вита», который содержит в качестве действующего начала субстрат и активаторы реакций карбоксилирования – начальных реакций биосинтеза.

Исходя из вышесказанного поставлена цель - изучить влияния минерального концентрата «Вита» на содержание основных фракций липидов в эритроцитах и плазме крови у больных ЯБ ДПК.

Материалы и методы. Исследования проводили на базе различных больниц г. Одессы в течение 5 лет. Было обследовано 210 больных в возрасте от 18 до 60 лет, из которых мужчин было 75,2 %. Больные находились на стационарном лечении. Все больные проходили стандартное клинико-лабораторное обследование.

Диагноз ЯБ ДПК устанавливали на основе эндоскопического исследования с биопсией и определением Н. pylori с использованием аппарата Olympus GIF Type 2T10 (Япония). Контрольную группу составили 36 здоровых людей – доноров крови. В опытных группах было по 70 больных. Медикаментозное лечение, рекомендованное современными клиническими протоколами, проводилось во всех группах (омепразол и эрадикационную терапию). Третья группа больных (n=70), кроме медикаментозного лечения, получала минеральный комплекс «Вита» в виде 2 % водного раствора за 15-30 минут до еды в количестве 100 мл в течении 1 месяца.

В эритроцитах и плазме крови у больных ЯБ ДПК определяли содержание фосфолипидов (ФЛ), триглицеридов (ТГ), свободных жирных кислот (СЖК), холестерина (Хол) и эфиров холестерина методом тонкослойной хроматографии по Штало до и после курсов медикаментозного лечения и с применением комплекса минеральных соединений.

Полученные результаты подвергались статистической обработке методом Стьюдента с вычислением среднего арифметического (M), среднего квадратичного отклонения (S), критерия достоверности отличия средних величин (t). Отличия считались достоверными, если p менее 0,05, что отвечает 95 % и большей вероятности безошибочного прогноза. Математическую обработку результатов исследования осуществляли после создания базы данных в системе Microsoft с помощью пакета программ, интегрированных в систему Microsoftoffice с использованием критерия t-Стьюдента.

Обсуждение. Под воздействием комплексного лечения ЯБ ДПК с использованием минерального концентрата «Вита» значительно улучшалась клиническая картина. В частности уменьшалась интенсивность болевого и диспептического синдрома через 2,5±0,3 недели, снижалось нарушение моторики через 2,4±0,3 недели, парасимпатикотонии, улучшалось качество жизни с существенным уменьшением уровня депрессии и тревоги.

У больных ЯБ ДПК по сравнению с контрольной группой наблюдалось снижение содержания ФЛ в 2-3 раза в плазме и эритроцитах крови, а также снижение содержания триглицеридов ТГ в плазме в 40 раз и в эритроцитах крови в 5 раз. Ускоренное окисление СЖК у больных ЯБ приводит к снижению содержания СЖК в плазме и эритроцитах крови в среднем в 5 раз.

Медикаментозное лечение по стандарту вызывает у больных ЯБ ДПК достоверное увеличение содержания ФЛ и ТГ в плазме и эритроцитах крови. Однако, оно не вызывает увеличения содержания СЖК в крови больных в связи с ускоренной утилизацией жирных кислот в биосинтезе ТГ и ФЛ.

Применение минерального концентрата «Вита» нормализует содержание ФЛ, ТГ и СЖК в плазме и эритроцитах крови у больных ЯБ ДПК. Под влиянием медикаментозного лечения в эритроцитах крови у таких больных наблюдают достоверное увеличение содержания ТГ в 2 раза, а

при дополнительном применении минерального концентрата «Вита» содержание ТГ увеличивается в 4 раза.

Минеральный концентрат «Вита» обладает выраженными антиацидотическими и анаболическими свойствами, снижая окисление и ускоряя синтез жирных кислот и липидов. Кроме ТГ в компенсаторных механизмах принимают участие жирные кислоты ФЛ.

Минеральный концентрат «Вита» нормализует содержание ФЛ в плазме и эритроцитах крови у больных ЯБ ДПК, ускоряя синтез жирных кислот, входящих в состав ФЛ и ТГ. Избыток в крови и тканях ионов водорода и недостаток бикарбоната при метаболическом ацидозе обуславливают избыточную кислотопродукцию в слизистой оболочке желудка и недостаточное выделение бикарбоната поджелудочной железой в ДПК.

Развитие метаболического ацидоза в организме больных ЯБ ДПК вызывает усиление протеолиза и липолиза с высвобождением гастринина в слизистой ДПК, нарушение микроциркуляции, дилатацию и стаз в капиллярной сети. Снижение Хол в 1.5-2.0 раза в плазме и эритроцитах крови и эфиров Хол в 4-5 раз в плазме крови у больных ЯБ ДПК связано с особенностями синтеза Хол в печени, а также с ускоренным образованием глюкокортикоидных гормонов при ацидозе, предшественником которых является Хол. Повышенное образование и высокая активность глюкокортикоидов при ацидозе тормозят образование защитного слоя мукоидной слизи в ДПК.

Снижение содержания у больных ЯБ ДПК Хол и жирных кислот в плазме крови является причиной низкого уровня эфиров Хол, тогда как в эритроцитах крови уровень эфиров Хол не отличается от контрольных значений. Применяемые у больных способы медикаментозного лечения существенно не влияют на содержание Хол в крови у больных ЯБ ДПК.

Содержание эфиров Хол в плазме крови больных остаётся значительно ниже контрольных значений под воздействием минерального концентрата «Вита». В эритроцитах крови применение минерального концентрата «Вита» приводит к снижению содержания уровня эфиров Хол.

В результате изменения содержания ФЛ и Хол в крови больных ЯБ отношение ФЛ/Хол в плазме и в эритроцитах крови достоверно снижается, что несомненно имеет значение для развития атеросклеротических изменений сосудов. Медикаментозное лечение и применение минерального концентрата «Вита» достоверно увеличивают отношение ФЛ/Хол, причём более значительное увеличение этого показателя наблюдают в плазме и эритроцитах крови больных под влиянием минерального концентрата «Вита».

Выводы. Таким образом, при использовании в лечении ЯБ ДПК минерального концентрата «Вита» значительно улучшается клиническое течение ЯБ ДПК и качество жизни таких больных. Со стороны лабораторных данных минеральный концентрат «Вита», обладая выраженным антиацидотическим, анаболическим и антигипоксическим действием, нормализует содержание ФЛ, ТГ, СЖК и отношение ФЛ/Хол как в плазме, так и в эритроцитах крови, что приводит к более качественному функционированию всех липидозависимых структур в организме (гормоны, ферменты и т.д.) и как следствие более качественное восстановление жизнедеятельности организма в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биохимия. Учебник для вузов. Под ред. Е.С.Северина. М.: ГЭОТАР-МЕД., 2003. – 111 с.
2. Мельничук Д. О., Пахомова В. О., Білоклицька Г.Ф. та ін. Принципове обґрунтування та розробка засобів і методів інтегральної профілактики та базисної терапії розповсюджених хронічних захворювань людини та тварин // Досягнення біології та медицини. – 2004. - № 2(4). –С. 78-85.
3. Трегуб Т. В., Пахомова В. А., Протункевич М. С., Мельничук Д. А. Влияние минерального концентрата «Вита» на состояние окисленных и восстановленных форм никотинамидных коферментов крови у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Вісник курортології, фізіотерапії та медреабілітації.- 2008.- С. 16-19.
4. Технические условия Украины: ТУ У 00363493-001-97 Минеральный концентрат «Вита» для приготовления воды искусственно-минерализованной и доминерализованной лечебно-профилактической «Аквивита» /Д. А.Мельничук, В. И. Циприян, В. А. Пахомова, Е.

О.Пахомова и др.: Утв. МОЗ Украины N 5.08.07/400 от 13.03.97 г. Без ограничения срока действия. Регистр. Госстандарта 19.02.98 N 095/003938.

ТҮЙІН

Т.В. Трегуб, доцент, **м.ғ.к.**, Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина,
7tamara@ukr.net

И.В. Погорелая, доцент, **м.ғ.к.**, Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса,
Украина, dr.irvik@yandex.ru.

М.С. Протункевич, аспирант, И.И. Мечников атындағы Одесса ұлттық университеті, Украина

ҰЛТАБАР ОЙЫҚЖАРАСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЛИПИДТІК АЛМАСУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ ОНЫ КОРРЕКЦИЯЛАУ

Жұмыс мақсаты - «Вита» минералды концентратының ұлтабар ойықжарасы бар науқастардың қанының эритроциттары мен плазмасындағы негізгі липидтер фракциясының мазмұнына әсерін зерттеу. Зерттеулер Одесса қаласының әр түрлі ауруханалар базасында 5 жыл көлемінде жүргізілді. 210 науқас 18 ден 60 жас шама аралығында зерттелді, олардың ішінде 75,2 % ер кісі болды. Емдеуде «Вита» минералды концентратын қолдану ұлтабар ойықжарасы бар науқастардың клиникалық ағымын, өмір сапасын жақсартқаны байқалды. Лабораториялық көрсеткіш жағынан, «Вита» минералды концентраты ных данных минеральный концентрат «Вита», антиацидотикалық, анаболикалық және антигипоксикалық әсерімен ФЛ, ТГ, СЖК және ФЛ/Хол қатынасын науқастардың қанының эритроциттары мен плазмасындағы құрамын жақсартты, бұл ағзадағы жүйелерді (гормондар, ферменттер және т.б..) орнықтырды.

Кілт сөздер: ұлтабар ойықжарасы, липидтік алмасу, фосфолипидтер, триглицеридтер, холестерин, «Вита».

RESUME

T.V. Tregub, MD, PhD, associate professor, Odessa National medical university, Odessa, Ukraine,
7tamara@ukr.net

I.V. Pogorelaya, MD, PhD, associate professor, Odessa National medical university, Odessa, Ukraine

M.S. Protunkevich, graduate student, Odessa National university, Odessa, Ukraine

FEATURES OF LIPIDS EXCHANGE AND ITS CORRECTION AT THE PATIENTS OF DUODENAL ULCER

Aim of work. To study influences of mineral concentrate "Vita" on maintenance of basic factions of lipids in red corpuscles and plasma of blood for the patients of duodenal ulcer. Researches passed on the base of different hospitals Odessa during 5. It was inspected 210 patients in age from 18 60 to from that men there was 75,2%. Conclusions. Thus, at the use in treatment of duodenal ulcer mineral concentrate "Vita" considerably gets better clinical flow of duodenal ulcer and quality of life of such patients. From the side of laboratory data mineral concentrate "Vita", possessing the expressed anabolic and antihypoxic action, normalizes maintenance of phospholipids, triglycerids and relation of phospholipids/cholesterol both in plasma and in the red corpuscles of blood, that results in more quality functioning of all lipids depends structures in an organism (hormones, enzymes etc.) and as a result more quality renewal of vital functions of organism on the whole.

Key words: duodenal ulcer, lipid exchange, phosphotides, triglycerides, cholesterol, "Vita".

УДК 616.1-008.46-005.98-085.254.1/.835.3

И.В. Погорелая – к.м.н. доцент кафедры общей и клинической фармакологии Одесского национального медицинского университета, г.Одесса, Украина, dr.irvik@yandex.ru.

Т.В. Трегуб – к.м.н. доцент кафедры общей и клинической фармакологии Одесского национального медицинского университета, г.Одесса, Украина, 7tamara@ukr.net.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНЫХ ОТЕКОВ

АННОТАЦИЯ

Целью работы было выявить наиболее эффективную, малоинвазивную и экономически доступную схему лечения больных с СН II Б – III ст. III – IV ФК с рефрактерными отеками. Пролечено 48 больных. Больные рандомизированы поровну на 2 группы. В I группе больные получали фуросемид 1 % 4 мл в/в болюсно после в/в капельного введения эуфиллина 2 % 5 мл, разведенного в 100 мл 0,9 % раствора NaCl; спиронолактон 100-200 мг. Во II группе больные получали в течение 2,5-3 часов в в капельно фуросемид 1 % 4 мл с эуфиллином 2 % 5 мл, разведенные в 100 мл 0,9 % раствора NaCl через день, в сочетании с спиронолактоном по той же схеме, что и в I группе. В результате лечения у 20 больных (83,3 %) I группы наблюдалось незначительное уменьшение отеков и отсутствие эффекта от терапии у 4 больных (16,7 %). Во II группе наблюдалось значительное уменьшение отеков у 19 больных (79,2 %) и постепенное исчезновение их у 5 больных (20,8 %). Таким образом, проведенное исследование показало наиболее эффективную схему лечения (в/в капельная инфузия в течение 2,5-3 часов фуросемида с эуфиллином, в сочетании с пероральным приемом спиронолактона), что дает лучшие результаты лечения больных с СН II Б – III ст. III – IV ФК с рефрактерными отеками и является при этом малоинвазивной и экономически доступной.

Ключевые слова: рефрактерные отеки, фуросемид, эуфиллин, спиронолактон.

Введение. На сегодняшний день в большинстве стран мира сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности и инвалидности населения. Слишком рано у современного человека из-за ухудшения кровотока снижается работоспособность, память, интеллект, зрение, слух, переносимость нагрузок и т.п. Из-за внезапных сосудистых катастроф - инфаркты и инсульты уходят из жизни или становятся инвалидами сравнительно молодые люди на вершине карьеры, или в тот период, когда они достигли желаемого социального статуса. Несмотря на большое внимание современной медицины к этой проблеме, к сожалению, достижения здесь более чем скромные.

По данным Украинского института стратегических исследований МОЗ Украины, ожидается, что к 2030 г. более 23 млн человек умрет от этих недугов, и они удержат первенство среди причин смерти населения планеты. Однако если в развитых странах мира количество смертей от ССЗ снижается, то в других - стремительно растет. Украина - среди последних. Состояние здоровья народа Украины, обусловлено общественными явлениями на рубеже веков, сопровождается высокой смертностью, особенно среди лиц трудоспособного возраста, значительными параметрами инвалидизации и заболеваемости и уменьшением средней продолжительности жизни, которая меньше в среднем на 10 лет по сравнению с другими странами Евросоюза и на 15 - с отдельными, а средняя продолжительность здоровой жизни мужчин достигает лишь 55 лет. В Украине наблюдается значительный вклад ССЗ в формирование показателя бремени болезней (DALY): у мужчин - на 27 %, у женщин - на 33 %.

С 1991 г. прослеживается устойчивая тенденция к росту заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) - за этот период она увеличилась вдвое (до 4 972 случая на 100 тыс. населения в 2013 году), а их распространенность - втрое (до 58429 на 100 тыс.) В структуре заболеваемости взрослого населения ССЗ лидируют гипертоническая болезнь (ГБ) – 41 %, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 28 %, цереброваскулярные болезни (ЦВЗ) – 16 %, в структуре их распространенности – 46 %, 34 % и 12 % соответственно. Отрицательная динамика

присуща каждому из этих нозологических форм. Распространенность ГБ среди населения за период 1991-2013 гг. Выросла в 3,6 раза, ИБС - в 3,3 раза, ЦВЗ - в 2,4 раза. Особенно тревожит тот факт, что болезни системы кровообращения лидируют в структуре первичной инвалидности взрослого населения Украины и его смертности. В течение указанного периода уровень смертности взрослого населения от БСК в Украине вырос вдвое. Такой уровень «сверхсмертности» вызывает особую тревогу, ведь он имеет длительную неблагоприятную динамику, к тому же от ССЗ умирает много людей трудоспособного возраста. Прогнозирование основных показателей оценки здоровья к 2030 г. свидетельствует о сложности этого процесса и необходимость комплексного адекватного лечения. Начало XXI века отмечается изменением и пересмотром многих представлений о причинах, механизмах развития и стратегии лечения ССЗ. ИБС неблагоприятно влияет на систолическое и диастолическое функции левого желудочка, способствует прогрессированию СН, которая осложняется рефрактерными отеками (РО).

Рефрактерными считают отеки, которые не уменьшаются в условиях назначения диуретических лекарственных средств в адекватных дозах в рациональном режиме назначения и рациональной комбинации, то есть те, что почти или совсем не поддаются лечению. Они обычно развиваются на фоне тяжелого течения основного заболевания или его осложнений. При этом имеющиеся тяжелые нарушения внутрисердечной гемодинамики, падение клубочковой фильтрации, повышение реабсорбции натрия в почечных канальцах, значительные нарушения водно-электролитного гомеостаза.

При лечении рефрактерных отеков, следует учитывать, что кроме тяжелого, прогрессирующего основного заболевания на развитие рефрактерности влияют также: гипонатриемия (вследствие длительного приема диуретиков на фоне гипонатриемической диеты), гипопротейнемия, гипоксия, гипоксемия, плетора с повышением артериального давления, артериальная гипотензия.

Существуют принципы лечения рефрактерных отеков:

1. В качестве базисных препаратов следует применять петлевые диуретики (фуросемид, урегит), которые надо вводить в больших дозах, чтобы обеспечить доставку оптимального количества препарата к петле Генле.

2. Для усиления натрийуретического эффекта и диуреза к петлевым диуретикам рекомендуется добавлять тиазидные и калийсберегающие (спиронолактон, эплеренон). Последние также предупреждают чрезмерную потерю калия.

3. Для повышения эффективности диуретической терапии необходимо также проводить лечение, направленное на борьбу с причинами рефрактерности, а именно:

- при гипонатриемии следует сделать перерыв в лечении мочегонными средствами и вводить больным соли натрия и хлора, и только после восстановления нормального содержания электролитов в крови снова проводить активную терапию диуретиками, изменив при необходимости дозы препаратов;

- при гипонатриемии разведения, которая наблюдается у больных с выраженной сердечной недостаточностью (СН II Б - Шст.), когда снижение уровня натрия в плазме свидетельствует часто о превосходстве воды во внеклеточном пространстве, вводят соли калия, а не натрия или коррекции не требуется;

- при гипопротейнемии вводят внутривенно (в/в) капельно 150 мл 20 % раствора альбумина 1 раз в день через день (3-4 введения), а также вливают свежемороженную или нативную плазму;

- при выражении гипоксемии необходимо проводить лечение в барокамере (гипербарическая оксигенация), если невозможно провести баротерапию, следует наладить долговременное ингаляционную малотекучую кислородную терапию;

- при выраженной артериальной гипотензии и снижении вследствие этого клубочковой фильтрации следует провести лечение негликозидными инотропными лекарственными средствами.

Многие специалисты при лечении РО рекомендуют проводить в/в введение маннита, что значительно снижает проксимальную реабсорбцию натрия и воды. Однако это может быть опасно из-за усиления гиперволемии и может вызвать перегрузку ослабленного миокарда, кроме того, при СН увеличение объема циркулирующей крови, что наблюдается во время первой фазы действия

осмотических диуретиков может привести к развитию острой левожелудочковой недостаточности и отека легких.

При лечении РО целесообразно для усиления эффекта диуретиков добавить к ним ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (АПФ). Они снижают сопротивление в почках, при этом растет клубочковая фильтрация, увеличивается диурез, выделение с мочой натрия, кальция, хлора, фосфора выведение калия уменьшается. Важно, что при длительном применении ингибиторов АПФ почечный эффект не снижается.

При низкой эффективности диуретиков, гипоонкотических отеках вместе с гипонатриемией и высоким содержанием в крови антидиуретического гормона применяется метод изолированной ультрафильтрации крови. Этот инвазивный метод высокоэффективен при лечении тяжелой сердечной недостаточности.

Целью работы было выявить наиболее эффективную, малоинвазивную и экономически доступную схему лечения больных с сердечной недостаточностью II Б - III ст. III - IV функционального класса (ФК) по NYHA с рефрактерными отеками.

Материалы и методы. Исследование базировалось на результатах лечения больных терапевтического отделения ГКБ № 1 г. Одессы. Пролечено 48 больных (28 мужчин, 20 женщин) СН II Б - III ст. ФК III - IV со значительными рефрактерными отеками. Возраст больных от 63 до 78 лет.

В работе, как базовые лекарственные препараты, были использованы: фуросемид, спиронолактон, эуфиллин и 0,9 % раствор NaCl в двух различных схемах введения. Фармакологические и фармакокинетику этих препаратов хорошо изучены и известны, но существуют различные комбинации их взаимного назначения в клинике, что дает возможность оптимизировать фармакотерапию.

Фуросемид - салуретик с быстрым и коротким действием, связанным с нарушением реабсорбции ионов хлора в восходящей проксимальной части петли Генле (петлевой диуретик). Он селективно повышает выведение ионов натрия (максимально до 35 %) и, в зависимости от дозы, стимулирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Усиленное выведение и высокие уровни альдостерона провоцируют реабсорбцию натрия в дистальных канальцах и потерю ионов калия и водорода. Экскреция хлоридов превышает выведение натрия и усиливает обмен натрия с калием, что приводит к увеличению потери калия.

Диуретическое действие сопровождается повышением венозной проводимости, снижением сопротивления сосудов, в том числе почечных, что способствует увеличению почечного кровотока. Фуросемид уменьшает перегрузки сердца, расширяя емкостные сосуды при сохранении функции почек и при отсутствии выраженных отеков. Уменьшает давление в левом желудочке у больных с застойной СН через 20 минут после применения. При длительном применении улучшает гемодинамику сердца. Снижение давления крови изначально обусловлено уменьшением объема плазмы и внеклеточной жидкости, а затем - уменьшением сердечного выброса.

Фуросемид повышает плазменную активность ренина, концентрацию аргинин-вазопрессина в плазме. Влияние на ренин-альдостероновую систему, вероятно, играет роль в развитии острой толерантности к препарату. Количество свободного (не связанного) фуросемида выше у больных сердечными заболеваниями, почечной недостаточностью и циррозом печени. У пациентов с заболеваниями печени объем распределения повышен пропорционально пониженной степени связывания с белками. У лиц с заболеваниями почек и со значительной протеинурией, вторичной гипоальбуминемией связывание с белками крови снижено при наличии высоких концентраций свободного фуросемида и связывания с белками первичной мочи, чем можно объяснить резистентность к лечению.

Эуфиллин - препарат, снижающий сопротивление легочных сосудов и улучшает оксигенацию крови, активизирует дыхательный центр продолговатого мозга, повышает его чувствительность довуглекислого газа, улучшает альвеолярную вентиляцию, что приводит к снижению тяжести и частоты эпизодов апноэ. Эуфиллин устраняет ангиоспазм, повышает коллатеральный кровоток и насыщение крови кислородом. Улучшает реологические свойства крови, уменьшает тромбообразование, тормозит агрегацию тромбоцитов (угнетая фактор активации тромбоцитов и простагландин F2-альфа), повышает выносливость эритроцитов к

деформации, нормализует микроциркуляцию. Усиливает почечный кровоток, оказывает диуретическое действие, обусловленное снижением канальцевой реабсорбции, увеличивает выведение воды, ионов хлора, натрия. Терапевтические эффекты развиваются через 5-15 минут после в/в инъекции.

Спиронолактон является калий сберегающим диуретиком с умеренным натрий-уретическим эффектом, который связан с его антагонизмом по отношению к гормону коры надпочечников - альдостерону. Действие этого препарата проявляется в дистальных почечных канальцах: он уменьшает выведение ионов калия и усиливает выведение ионов натрия и воды без значительного нарушения электролитного баланса; снижает титруемую кислотность мочи и уменьшает выведение мочевины. В связи с усилением выведения ионов натрия спиронолактон проявляет умеренный диуретический действие. Препарат препятствует связыванию альдостерона с белковыми рецепторами клеток органов-мишеней. Биодоступность препарата находится в пределах 92-99 %, и она возрастает при приеме его с пищей. Спиронолактону свойственен кумулятивный эффект. Его диуретическое действие развивается постепенно и достигает максимального значения на 2-5 сутки лечения.

Кроме базовых препаратов, в работе использовали, учитывая показания и противопоказания: ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальциевых каналов пролонгированного действия, антагонисты рецепторов ангиотензина II, сердечные гликозиды, статины, антиагреганты и антикоагулянты.

Больные были рандомизированы поровну на 2 группы. В I группе больные получали фуросемид 1 % 4 мл в/в болюсно после в/в капельного введения эуфиллина 2 % 5 мл, разведенного в 100 мл 0,9 % раствора NaCl (для улучшения почечного кровообращения, усиления эффекта и длительности действия фуросемида) спиронолактон 100-200 мг в 2 приема в первой половине дня (100 мг в комбинации с ингибиторами АПФ). Во II группе больные получали в течение 2,5-3 часов в/в капельно фуросемид 1 % 4 мл с эуфиллином 2 % 5 мл, разведенные в 100 мл 0,9 % раствора NaCl через день, в сочетании с спиронолактон по той же схеме, что и в I группе.

В результате лечения у 20 больных (83,3 %) I группы наблюдалось незначительное уменьшение отеков и отсутствие эффекта от терапии у 4 больных (16,7 %). Во II группе наблюдалось значительное уменьшение отеков у 19 больных (79,2 %) и постепенное исчезновение их у 5 больных (20,8 %).

ВЫВОДЫ. Таким образом, проведенное исследование показало наиболее эффективную схему лечения (в/в капельная инфузия в течение 2,5-3 часов фуросемида 1 % 4 мл с эуфиллином 2 % 5 мл, разведенных в 100 мл 0,9 % раствора NaCl, в сочетании с пероральным приемом спиронолактона), что дает лучшие результаты лечения больных СН II Б - III ст. ФК III – IV с рефрактерными отеками и является при этом малоинвазивной и экономически доступной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дудник С. Сердечно-судистые заболевания в Украине: прогнозы – неутешительные // Медицинская газета МОЗ Украины - Ваше Здоровье. – Киев, 2015. – № 1 – С. 4 – 7.
2. Катеренчук І. П. Серцево-судинний континуум – фактори ризику та ендотеліальна дисфункція // Практична ангіологія. – Київ, 2008. – № 5/16 – С. 47 – 52.
3. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артеріальна гіпертензія. – Донецьк, 2008. – № 2 – С. 13 – 18.
4. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України // Український медичний часопис. – Київ, 2008. – № 5/67 – С. 83 – 87.
5. Оновлені рекомендації щодо попередження серцево-судинних захворювань у жінок // Медичні аспекти здоров'я жінки. Спец. випуск. – Київ, 2008. – № 3/1 – С. 25 – 30.
6. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Т 3, кн 1. Лечение болезней сердца и сосудов: – М.: Мед. лит., 2004. – С. 308 – 355.
7. Тополянский А. В. Кардиология: – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 340 – 348.
8. Давыдович О. В., Давыдович Н. Я. Клиническая фармакология и фармакотерапия в кардиологии. – Тернополь: Підручники та посібники, 2007. – С. 190 – 204.

9. Бертрам Г. Катцунг. Базисная и клиническая фармакология: В 2 т. Том 1 / Пер. с англ. – 2-е издание, перераб. и доп. – М.; СПб.: Издательство «Диалект», 2007. – С. 294 – 313.
10. Чазов В. И., Беленков Ю. Н. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. – М.: Литтера, 2005. – С. 100 – 111, 412 –430.

ТҮЙІН

И.В. Погорелая – м.ғ.к., Одесса ұлттық медициналық университетінің жалпы және клиникалық фармакология кафедрасының доценті, Одесса, Украина, dr.irvik@yandex.ru.

Т.В. Трегуб – м.ғ.к., Одесса ұлттық медициналық университетінің жалпы және клиникалық фармакология кафедрасының доценті, Одесса, Украина, 7tamara@ukr.net.

РЕФРАКТЕРЛІ ІСІНУДІ ЕМДЕУДІҢ ОПТИМИЗАЦИЯСЫ

Жұмыс мақсаты - СН II Б – III ст. III – IV ФК рефрактерлі ісінуі бар науқастардың тиімді, аз инвазивті, экономикалық қолжетімді емдеу сызбасын табу. 48 науқас емделді. Науқастар 2 топқа рандомизацияланды. I топта науқастар фуросемид 1 % 4 мл в/в болусті, 100 мл 0,9 % NaCl ерітіндісінде араластырылған эуфиллин 2 % 5 мл к/і, спиронолактон 100-200 мг тамшылай ендірілді ;. II топта науқастар 2,5-3 сағат көлемінде фуросемидті 100 мл 0,9 % NaCl ерітіндісінде араластырылған 1 % 4 мл эуфиллинмен 2 % 5 мл тамшылай күн ара алды, спиронолактон 100-200 мг сызбасы I топтағыдай болды. Емдеу нәтижесінде I топтың 20 науқаста (83,3 %) ісіну аздап азайды терапиядан әсер 4 науқаста байқалмады (16,7 %). II топта ісіну 19 науқаста едәуір азайды (79,2 %) 5 науқаста ісіну жойылды (20,8 %).

Кілт сөздер: рефрактерлік ісіну, фуросемид, эуфиллин, спиронолактон.

RESUME

I.V. Pogorelaya - MD assistant professor department of general and clinical pharmacology of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine, dr.irvik@yandex.ru.

T.V. Tregub - MD assistant professor department of general and clinical pharmacology of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine, 7tamara@ukr.net.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF RESISTANT EDEMA

Objective: determination of effective treatment regimens for patients with heart failure NYHA III-IV and resistant edema (RE). Enrollment: 48 patients, were randomized to 2 groups. Treatment in group 1: euphilline 2 % 5 ml in sodium chloride (0.9 %) 100 ml infusion followed by furosemide i/v bolus 1 % -4.0 ml plus spironolactone 100–200 mg (BID). Treatment in group 2: furosemide 1 % 4 ml plus euphilline 2 % 5 ml (carrier 100 ml of sodium chloride 0.9 %) infusion, duration 2.5–3 hours each second day and spironolactone using the scheme adopted in group 1. Results. Group 1: insignificant improvement of edema status in 20 patients, no response in 4 patients. Group 2: significant improvement of edema status in 19 patients and complete resolve of edemas in 5 patients. Conclusions. The results of the study demonstrate the efficacy of the treatment scheme consisting of furosemide plus euphilline infusion, duration 2.5–3 hours each second day and spironolactone. This kind of treatment provides the better results in patients with heart failure NYHA III-IV and RE.

Key words: resistant edema, furosemide, euphilline, spironolactone.

УДК: 616.36-002.12-06:616.43]

Т.В. Трегуб, доцент, к.мед.н., Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, 7tamara@ukr.net

И.В.Погорелая, доцент, к.мед.н., Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, dr.irvik@yandex.ru.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Аннотация

Цель работы. Подобрать безопасную и эффективную терапию для лечения больных хроническим гепатитом С с разными вариантами клинического течения. Исследования проводили на базе различных больниц г. Одессы, обследовано 115 больных с хроническим вирусным гепатитом С (генотип 1 b), с разными вариантами клинического течения, в возрасте 18-65 лет. Больные с хроническим гепатитом С получали противовирусную терапию, не противопоказанную при сопутствующих и аутоиммунных заболеваниях. Выводы. Таким образом, использование полиоксидония в терапии хронического гепатита С значительно улучшает клиническое течение (особенно тяжелых больных с осложненным течением), лабораторные показатели, вирусологический ответ, ультразвуковую картину печени, а также улучшает прогноз и качество жизни таких больных - снижает развитие осложнений и удлиняет время их наступления, снижает уровень смертности от цирроза печени и ЖКК на фоне HCV, уменьшает возникновение побочных эффектов от других медикаментов и уменьшает медикаментозную нагрузку у таких больных.

Ключевые слова: хронический гепатит С, осложнения, цирроз печени, желудочно-кишечное кровотечение, противовирусная терапия.

Введение. На сегодняшний день тема корректного лечения хронического гепатита С (HCV) крайне актуальна ввиду высокой распространенности этого заболевания, его резистентности к стандартной противовирусной терапии (рибавирин, интерферон), снижения качества жизни, полиорганного поражения с тенденцией к аутоиммунизации, большого количества осложнений самого заболевания и как результат высокой инвалидизации больных. Развитие грозных и опасных для жизни осложнений данного заболевания, таких как цирроз печени с портальной гипертензией и декомпенсацией до печеночной комы, желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), спленомегалия с гиперспленизмом, тромбоцитопенией и профузными кровотечениями, печеночная энцефалопатия, гепато-ренальный синдром делают поиски эффективной терапии крайне актуальными.

Особенностью медикаментозного ведения таких больных является большое количество побочных эффектов при применении стандартной противовирусной терапии, ее дороговизна и большое количество противопоказаний при осложненном течении заболевания. Следует отметить, что одной из возможных причин низкой эффективности противовирусной терапии является высокая мутация вируса гепатита С. Поэтому поиск новых направлений в терапии этого заболевания – одна из важных и актуальных проблем современной внутренней медицины и клинической фармакологии.

Исходя из вышесказанного поставлена цель - подобрать безопасную и эффективную терапию для лечения больных хроническим гепатитом С с разными вариантами клинического течения.

Материалы и методы. Исследования проводили на базе различных больниц г. Одессы в течение 5 лет. Нами было обследовано 115 больных в возрасте от 18 до 65 лет с 1 b генотипом хронического гепатита С. Все больные прошли общеклиническое с эндокринологическим (глюкоза, HbA_{1c}, индекс НОМА, С-пептид, инсулин, антитела к поджелудочной железе IgG и Т4 (свободный), ТТГ, АТ ТПО, АТ ТГ), вирусологическое (генотипирование, уровень вирусной нагрузки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)), инструментальное (ультразвуковое, эндоскопическое) обследование и были разделены на 3 группы. Из них 40 больных были без

признаков цирроза печени, 38 больных - с циррозом печени (класс В по Чайлд-Пью), 37 больных - класс С по Чайлд-Пью. Все больные находились в фазе репликации вируса с разной вирусной нагрузкой. В отношении подбора противовирусной терапии в дополнение к стандартной гепатопротекторной, дезинтоксикационной (и/или лечению осложнений в виде ЖКК, асцита, спленэктомий) терапии мы разделили больных на 3 группы.

В последствии каждую группу на две подгруппы в зависимости от применяемой терапии. I-ю группу разделили на 2 подгруппы: I А гр. (n=18) – получали стандартную терапию (рибавирин+интерферон). I В гр. (n=22) – полиоксидоний + рибавирин. II-я гр. (n=38): II А гр. (n=17) – рибавирин + интерферон + стандартная гепатопротекторная и дезинтоксикационная терапия (по протоколу), II В гр. (n=21) – полиоксидоний+рибавирин+стандартная гепатопротекторная и дезинтоксикационная терапия (по протоколу). III-я гр. (n=37): III А гр. (n=19) – стандартная гепатопротекторная и дезинтоксикационная терапия (по протоколу), III В гр. (n=18) – стандартная гепатопротекторная, дезинтоксикационная терапия (по протоколу) и полиоксидоний. Все препараты применялись в соответствии с рекомендованными схемами в терапевтических дозировках. Подбор препаратов был с учетом противопоказаний сопутствующих заболеваний. Все больные обследовались в начале лечения и каждый месяц в динамике.

Полученные результаты подвергались статистической обработке методом Стьюдента с вычислением среднего арифметического (M), среднего квадратичного отклонения (S), критерия достоверности отличия средних величин (t). Отличия считались достоверными, если p менее 0,05, что отвечает 95 % и большей вероятности безошибочного прогноза. Математическую обработку результатов исследования осуществляли после создания базы данных в системе Microsoft с помощью пакета программ, интегрированных в систему Microsoft office с использованием критерия t-Стьюдента.

Обсуждение. На фоне проводимой терапии клинические проявления болевого и диспептического синдромов уменьшались соответственно в каждой группе: в I А гр. на 9-й день, I В гр. на 5-й, во II А гр. на 9-й день, во II В – на 6-й день, в III А гр. на 12-й день, в III В гр. на 7-й. Нормализация биохимических показателей к концу первого месяца в каждой группе была: в I А гр. - 66,7 %, I В гр. - 90,9 %, во II А гр.- 58,0 %, во II В – 85,7 %, в III А гр. - 42,1 %, в III В гр. - 55,5 %. К концу второго месяца эти показатели в каждой группе были соответственно – в I А гр. - 30,3 %, I В гр. - 95,45 %, во II А гр.- 64,7 %, во II В – 95,2 %, в III А гр. - 57,9 %, в III В гр. - 83,3 %. Астенический синдром уменьшался значительно быстрее (на 3-4 сутки в сравнении с 7-8 сутками в других подгруппах).

Все больные в I В, II В, III В группах, т.е. в группах, получавших полиоксидоний в составе терапии, переносили терапию значительно легче. Быстрый вирусологический ответ имели соответственно в группах I А гр. - 10,5 %; I В гр. – 15 %; ранний вирусологический ответ I А гр. – 15,8 %; I В гр. – 22 %; медленный вирусологический ответ I А гр. - 15,8 %; I В гр. – 15 %; устойчивый ответ I А гр. – 15,8 %; I В гр. – 16 %. Не ответчиков в каждой подгруппе первой группы было 42,1 % и 30 % соответственно.

Во II-й и III-й группах проведение противовирусной терапии было значительно ограничено или невозможно в связи с декомпенсацией цирроза печени или других осложнений. Поэтому проводить исследования вирусологического ответа было не корректно. Следует отметить, что применение полиоксидония уменьшал уровень антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, если таковые исходно имелись у больных с сочетанной патологией. Возникновение лейкопении, тромбоцитопении, анемии на фоне терапии в каждой группе: в I А гр. у двух человек, в I В гр. – не отмечалось, во II А гр. у двух человек, во II В – не отмечалось, в III гр. усугубления этих показателей не отмечалось.

В III В гр. отмечалась тенденция к снижению уровня тромбоцитопении (т.е. увеличение количества тромбоцитов) у 55,5 % больных. Осложнения в виде ЖКК, асцита во II А гр. развивались у 5 больных (27,7 %) в течении 3 месяцев. Во II В – в первые 3 месяца не наблюдались и были двух больных (9 %) через 6 месяцев. В III-й группе эти показатели составили к концу первого месяца: III А гр. 26,3 % и III В гр. 11 %, к концу третьего месяца III А гр. 42 % и III В гр. 22 % соответственно. Т.е. в группах, где больные принимали полиоксидоний в составе терапии, имело место значительное (в 2 раза) уменьшение количества осложнений и значительное удлинение времени их возникновения (практически в 2 раза). Уровень смертности от осложнений

у больных третьей группы, получавших полиоксидоний (ШВ гр. – 11 %) был в 2 раза меньше, чем в подгруппе больных, не получавших полиоксидоний (Ш А гр. – 21 %). Такие осложнения противовирусной терапии как лейкоцитопения, тромбоцитопения, анемия, развившиеся на фоне терапии, наблюдались крайне редко (в отличии от стандартной терапии). При этом следует отметить, что общее количество медикаментов у больных, получавших полиоксидоний во всех группах было значительно меньше по сравнению с больными, находящимися на стандартной терапии.

Улучшение структуры печени и поджелудочной железы (по данным УЗИ) через 1 месяц было у больных в I А гр. 22,2 %, в I В гр. 31,8 %, во II А гр.- 17,6 %, во II В гр. - 27,7 %, в III А гр.- 10,5 %, в III В гр.-22,2 %. Через 2 месяца эти показатели были: I А гр. 27,7 %, в I В гр. - 40,9 %, во II А гр.- 23,5 %, во II В гр. - 38,1 %, в III А гр.-15,7 %, в III В гр.-27,7 %. Через 3 месяца –в I А гр. 33,3 %, в I В гр. - 54,5 %, во II А гр.- 29,4 %, во II В гр. - 47,6 %, в II IA гр.-21,0 %, в III В гр.-33,3 % соответственно.

ВЫВОДЫ: Таким образом, использование полиоксидония в терапии хронического гепатита С значительно улучшает клиническое течение (особенно тяжелых больных с осложненным течением), лабораторные показатели, вирусологический ответ, ультразвуковую картину печени, а также улучшает прогноз и качество жизни таких больных - снижает развитие осложнений и удлиняет время их наступления, снижает уровень смертности от цирроза печени и ЖКК на фоне HCV, уменьшает возникновение побочных эффектов от других медикаментов и уменьшает количество медикаментозной нагрузки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клиническая фармакология – основа рациональной фармакотерапии. Руководство для врачей. / И. Б. Михайлов. – С.-Пб.: Фолиант, 2013.- 650с.
2. Фармакологія: Учебник для студентов высших учебных заведений: перевод с укр.языка / И. С. Чекман, Н. А. Горчакова, Л.И. Казак (и др.); под ред. Проф. И. С. Чекмана. - Винница: Нова Книга, 2013. – 792с.
3. Фармакологія: підручник для студентів стомат. ф-тів вищих навчальних закладів / І. С. Чекман, В. М. Бобирьов, В. Й. Кресюн та ін. – Вінниця: Нова Книга, 2011. – 432с.
4. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / Под ред. А.Н.Беловола, Г.Д. Фадеенко, О.Я. Бабака // Справочник «Семейный врач, терапевт». – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2013. – 552с. В 2 томах.
5. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм.ф-тів/ за ред О. В. Кайдашенка, І.Г. Круповницької та ін. – Вид.2. - Вінниця: Нова Книга, 2013. – 644с.
6. И. Б. Михайлов. Клиническая фармакология (учебник для студентов медицинских вузов)– 5-е изд., перераб. и доп. – С.-Пб.: изд-во «Сотис-Мед», 2013.- 588с.
7. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н., Белоусов Ю.Б. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. - 656с.
8. Бурбелло А.Т., Шабров А.В., Денисенко П.П. Современные лекарственные средства. - М., СПб.: Нева, 2006. - 896 с.
9. Конспект гастроэнтеролога. Часть 2: Симптомы и синдромы в клинической практике. Сборник статей. – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2009.- 128с.
10. Степанов Є. М., Щербиніна М.Б. та ін. Сучасні методи дослідження в гастроентерології: Методичний посібник. - Дніпропетровськ, 2005. - 155 с.
11. Фармакотерапія захворювань пищеварительной системы в практике терапевта. Учебное пособие. - К.: 2006. – 645с.
12. Rx-index COMPENDIUM. Лікарські засоби для застосування в інтенсивній гастроентерології. – К.:ТОВ «Фармацевт практик», 2013. – 720с.

ТУЙІН

Т.В. Трегуб, доцент, **м.ғ.к.**, Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина,
7tamara@ukr.net

И.В.Погорелая, доцент, м.ғ.к., Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина,
dr.irvik@yandex.ru

ӘР ТҮРЛІ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ БАР СОЗЫЛМАЛЫ С ГЕПАТИТТІ ЕМДЕУДІҢ ОПТИМИЗАЦИЯСЫ

Жұмыс мақсаты. Әр түрлі клиникалық ағымы бар созылмалы С гепатиті бар науқастарға қауіпсіз және тиімді терапияны таңдау. Зерттеулер Одесса қаласының әр түрлі ауруханалар базасында жүргізілді, созылмалы С вирусты гепатиті бар Әр түрлі клиникалық ағымындағы 115 науқастар емделді (генотип 1 b), жас шамасы 18-65 аралықта. Созылмалы С гепатиті бар науқастар вирусқа қарсы терапия алды, оған қатар және аутоиммунды аурулар кезінде қарсылық жоқ. Қорытындылар. Сонымен, созылмалы С гепатиті бар науқастар терапиясында полиоксидонийді қолдану клиникалық ағымды, (әсіресе ауырланған ағымы бар ауыр науқастарда), лабораториялық көрметкіштер, вирусологиялық жауап, бауырдың ультрадыбыс суретін, сонымен қатар осы науқастардың болжау және өмір сапасын жақсартады – асқынуды азайтып, бауыр циррозын болдырмайды, басқа медикаменттердің жанама әсерін және жүктемесін азайтады.

Кілт сөздер: созылмалы С гепатиті, асқыну, бауыр циррозы, асқазан-ішек қан ағуы, кровотечение, вирусқа қарсы терапия.

RESUME

T.V. Tregub, MD, PhD, associate professor, Odessa National medical university, Odessa, Ukraine,
7tamara@ukr.net.

I.V. Pogorelaya, MD, PhD, associate professor, Odessa National medical university, Odessa, Ukraine,
dr.irvik@yandex.ru.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFERENT VARIANTS OF CLINICAL FLOW OF CHRONIC HEPATITIS C

Aim of work. To pick up safe and effective therapy for treatment of patients chronic hepatitis C the different variants of clinical flow. Researches passed on the base of different hospitals Odessa, 115 is inspected patients with chronic viral hepatitis C (genotype of 1 b), with the different variants of clinical flow, in age 18-65. Patients with chronic hepatitis C got antiviral therapy not contra-indicated at concomitant and autoimmune diseases. Conclusions. Thus, use of полиоксидония in therapy of chronic hepatitis C With considerably improves a clinical flow (especially heavy patients with the complicated flow), laboratory indexes, virologic answer, ultrasonic picture of liver, and also improves a prognosis and quality of life of such patients - reduces development of complications and extends time of their offensive, reduces the level of death rate from a hepatocirrhosis and gastroenteric bleeding on a background HCV, diminishes the origin of side effects from other medications and diminishes the medicamental loading for such patients.

Key words: chronic hepatitis C, complications, hepatocirrhosis, gastroenteric bleeding, antiviral therapy

УДК 616.36-008.5-07-089

Д.С. Сексенбаев - д.м.н. профессор, РГП на ПХВ «Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия» МЗСР РК, г Шымкент, Республика Казахстан.

Н.Ж. Жумабек – магистрант по специальности «медицина», РГП на ПХВ «Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия» МЗСР РК, г Шымкент, Республика Казахстан, Nur_150284@Mail.ru

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

АННОТАЦИЯ

Синдром механической желтухи – один из главных симптомов различных заболеваний гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны. Своевременное определение генеза желтухи способствует правильной врачебной тактике, выбору оперативного вмешательства и проведению патогенетической и симптоматической терапии. Проведен литературный обзор зарубежных авторов по ранней диагностике и оптимальных методов лечения механических желтух различной этиологии.

Ключевые слова: механическая желтуха, дифференциальная диагностика, лечение.

По литературным данным частота развития механической желтухи (МЖ) широко варьирует и достигает до 67% при желчекаменной болезни (ЖКБ), при хроническом панкреатите – 11%, при опухолях панкреатодуоденальной зоны встречается до 95% [1,2,3,4,5,6].

Различие по полу зависит от этиологии желтухи. Женщины преобладают в общей структуре больных МЖ с ЖКБ до 80%, доля мужчин преобладает при раке внепеченочных желчных протоков 58% [2,6].

МЖ может развиваться у пациентов практически всех возрастных групп, средний возраст 61 лет. Из них более 50 % старше 55 лет. Рассмотрим диагностику и лечение наиболее часто вызывающих причину механических желтух.

Наиболее частой причиной МЖ является холедохолитиаз. Диагностическая программа включает лабораторное исследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), а ЭРХПГ используется как окончательный метод диагностики и определения возможности выполнения папиллотомии и литоэкстракции [7,8,9,10,11,12].

В 2012 году Mohammad Ayoubi показал, что игольчатая фистулотомия при ЭРХПГ достаточно безопасна и может использоваться при невозможности канюляции сфинктера Одди [13]. Для выявления холедохолитиаза у больных с острым холециститом целесообразна интраоперационная холангиография [14].

По мнению Л.Е. Славина заподозрить холедохолитиаз в 99% можно при выявлении четырех факторов: холангит, расширение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) более 8 мм, повышение уровня трансаминаз и прямого билирубина. При их отсутствии частота холедохолитиаза равна 7% [15].

А.Г. Бебуришвили и соавт. считают, что при бессимптомном холецистолитиазе отдается предпочтение холецистолитотомии перед лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) [16].

Б.Д. Бобоев указывает, что применение одноэтапных лапароскопических операций в лечении холецистохоледохолитиаза позволяет уменьшить частоту осложнений в среднем в 2,5 раза по сравнению с двухэтапной тактикой, а послеоперационную летальность - в 1,5 раза [11].

При лечении больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, целесообразно использовать малоинвазивные вмешательства, первым этапом которых является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Второй этап лечения ЛХЭ выполняется после нормализации показателей функционального состояния печени [17].

Н.Ю. Коханенко и соавт. показали, что ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией, операция из минилапаротомного доступа или одноэтапное лапароскопическое

вмешательство дают меньшее число соматических и хирургических осложнений, чем лапаротомия [18], операцией выбора при холедохолитиазе является эндоскопическое ретроградное вмешательство с последующей лапароскопической холецистэктомией.

Показаниями для дополнения ЭПСТ транспапиллярным дренированием, помимо явлений множественного холедохолитиаза и холангита, считается наличие у больного желтухи средней и тяжелой степени. При невозможности выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства декомпрессия на первом этапе осуществляется дренированием желчевыводящих путей (ЖВП) под контролем УЗИ. Предпочтительнее холангиостомия с восстановлением постоянного пассажа желчи в кишечник лапаротомными способами после стабилизации состояния больного [15,19].

В работе О.И. Охотникова и соавт. приводятся данные, что антеградные чреспеченочные рентгенохирургические вмешательства под контролем УЗИ и рентгенотелевидения хорошо переносятся пациентами, позволяют уменьшить количество и риск осложнений [20].

У пациентов с острым холециститом при невозможности чрескожного дренирования Kazumichi Kawakubo предлагает эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчного пузыря с использованием металлических самораскрывающихся стентов [21].

Необходимо отметить, что противопоказанием к эндохирургическим вмешательствам на холедохе назван синдром острой блокады дистальных отделов общего желчного протока. Экстракорпоральная ультразвуковая дистанционная литотрипсия показана для лечения резидуального холедохолитиаза в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии у больных с единичными камнями в узком общем желчном протоке. Операция должна завершаться обязательным дренированием холедоха через культю пузырного протока. Показаниями к формированию холедоходуоденоанастомоза являлись: 1) множественный холедохолитиаз с замазкообразной желчью и расширением холедоха более 1,5 см и 2) продолжительная стриктура дистального отдела общего желчного протока (более 1см). При наложении БДА применяли методику Юраша - Виноградова [22].

Чрескожно-чреспеченочное дренирование применяется у тяжелых больных на поздних сроках со стойкой механической желтухой или холангитом с целью подготовки к реконструктивной операции. Реконструктивные оперативные вмешательства выполняются через 2,5–3 месяца [23]. У больных пожилого и старческого возраста предпочтение отдавали этапному лечению с применением на первом этапе эндоскопических мини-инвазивных технологий (ЭРХПГ, ЭПСТ и литэкстракция, чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ), оперативное вмешательство выполняли вторым этапом (холецистэктомия из мини доступа). При остром холангите, сопровождающемся механической желтухой, предлагают использовать трансназальное эндоскопическое билиарное дренирование [24, 25].

Комплексное обследование при подозрении на стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) включает ультразвуковое исследование, в том числе с пищевой нагрузкой, эндо-УЗИ, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию [26]. Показания к ЭРХПГ должны быть строго аргументированы, так как частота осложнений достигает 3%, а летальность 0,1–0,2%. Основные осложнения: панкреонекроз, перфорация двенадцатиперстной кишки (ДПК), кровотечение в просвет ЖКТ [27].

При выборе метода хирургической коррекции нарушения проходимости общего желчного протока на уровне ампулы БСДК вследствие его доброкачественного стеноза предпочтение отдается операциям, направленным на создание обходных билиодигестивных анастомозов, в первую очередь супрадуоденальной холедоходуоденостомии, особенно при наличии выраженной компенсаторной эктазии общего желчного протока.

Несмотря на хорошие результаты, операция супрадуоденальной холедоходуоденостомии не лишена серьезных недостатков: развития недостаточности швов анастомоза в ближайшем послеоперационном периоде, кровотечения, послеоперационного панкреатита. Кроме того, в отдаленном периоде результатом этой операции могут быть восходящий холангит и холангиогенные абсцессы печени, хронический панкреатит (ХП) вследствие образования «слепого мешка» в терминальном отделе общего желчного протока. Нередко в отдаленном периоде развивается стеноз или даже полная облитерация холедоходуоденоанастомоза. Чреспапиллярный

подход как первый этап лечения показан у больных с заболеваниями БДС и холедохолитиазом, особенно с осложненным течением (механическая желтуха, холангит, панкреатит) [28].

К.Г. Глебовым, А.Е. Котовским разработан метод эндоскопической папиллотомии при установленном в проток поджелудочной железы (ПЖ) проводочном проводнике. Метод может быть использован при невозможности канюляции большого сосочка, отсутствии продольной складки двенадцатиперстной кишки, папиллите, а также позволяет исключить повреждение протока поджелудочной железы и уменьшить вероятность развития послеоперационного панкреатита. При рестенозе следует шире использовать технику баллонной дилатации в сочетании с эндопротезированием желчных протоков, что позволяет получить хороший клинический эффект [29,30].

Рубцовые стриктуры внутрипеченочных желчных протоков являются показанием к обширной резекции печени, комбинированной с резекцией внепеченочных желчных протоков и восстановлением оттока желчи [31].

Продленная стриктура терминального отдела гепатикохоледоха является причиной конверсии при ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией и при одноэтапном лапароскопическом вмешательстве. При стриктурах желчных протоков некоторые авторы рекомендуют использовать самораскрывающиеся металлические стенты [32].

В диагностике синдрома Мириizzi решающее значение имеет прямое антеградное контрастирование желчных протоков, чрескожная чреспеченочная холангиография и чрескожная чреспеченочная или трансабдоминальная холецистография. Комбинированная антеградная холангио- и холецистография при чрескожном дренировании позволила подтвердить заподозренный при УЗИ синдром Мириizzi у 4 пациентов и правильно диагностировать его еще у 4 [33].

Выделяют два основных метода лечения: рентгеноэндоскопическое вмешательство и хирургическое лечение. В последствии у больных, которым были удалены все камни из протока и пузыря с широкой папиллосфинктеротомией, произошло сморщивание желчного пузыря, что не потребовало в дальнейшем выполнения холецистэктомии [34]. Рентгенохирургические методы (этапная механическая или пневматическая литотрипсия и литэкстракция из модифицированной микрохолецисто- и/или микрохолангиостомы позволяют улучшить результаты лечения пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском и избежать летального исхода [35].

Эндоскопический ультразвук (ЭУЗ) вместе с онкомаркером СА-19-9, концентрация которого при опухолях панкреатодуоденальной зоны обычно повышается, что дает возможность оценить распространенность процесса и успешность хирургического лечения [36,37,38]. Установлено, что тонкоигольная пункция под контролем эндо-УЗИ дополняет результаты неинвазивной эндо-УЗИ, а также других методов инструментальной диагностики [39]. Морфологическая диагностика рака внепеченочных желчных протоков и рака головки поджелудочной железы проводилась по материалам цитологических исследований желчи, при отрицательных результатах цитологического исследования желчи - эндохоледохеальной и чрескожной пункционной биопсией [40].

При раке панкреатодуоденальной зоны применяют двухэтапное лечение. На первом этапе выполнять декомпрессию желчевыводящих путей минимально инвазивными способами: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия, холецистостомия под контролем УЗИ, эндоскопическая ретроградная папиллотомия и транспапиллярное дренирование. Вторым этапом проводить хирургическое лечение (панкреатодуоденальная резекция (ПДР) и папиллэктомия) [41]. Наилучшие результаты при протоковом раке поджелудочной железы достигнуты у пациентов, перенесших расширенную модифицированную гастропанкреатодуоденальную резекцию, а также у больных, которым проведено комбинированное лечение с химиотерапией [42]. Большая продолжительность жизни после расширенной ПДР отмечается при локализации опухоли в крючковидном отростке и при ее размере от 2 до 4 см.[43].

К.В. Лядовым разработана модификация бесконтактной мобилизации периампулярного комплекса при панкреатодуоденальной резекции, направленная на предотвращение интраоперационной диссеминации опухолевых клеток [44]. По мнению И.Е. Хатькова применение эндовидеохирургических технологий при радикальных операциях на поджелудочной железе оправдано и целесообразно. Необходимыми условиями применения метода следует считать

соответствующее оснащение лечебного учреждения, наличие специалистов, владеющих лапароскопическими технологиями и обладающих значительным опытом операций на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны [45].

В диагностике кистозных опухолей ПЖ успешно применяют эндоскопическую ультрасонографию [46,47,48,49].

При локализации кистозной опухоли в области головки ПЖ выполняется панкреатодуоденальная резекция. В последнее время при доброкачественных кистозных опухолях успешно применяется изолированная резекция головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки как традиционным, так и видеолапароскопическим методами. Имеются сообщения о новом методе катетеризации желчного протока - с использованием проволочного направителя катетера [50].

На 12–15-й день желтухи в ткани печени на 50-60% ухудшается энергетический статус, проявляющийся в гемодинамическом, метаболическом, морфологическом и функциональном нарушениях. Выраженные изменения печени и других органов при механической желтухе, состояние «мнимой стабильности» требуют уменьшения влияния операции, как «второго удара», выполнения эндоскопической литэкстракции вместо традиционной операции и медленной, плавной декомпрессии желчных протоков при опухолевой механической желтухе до допустимого уровня билирубинемии [51].

Также установлено, что эндобилиарное протезирование - эффективный метод декомпрессии билиарного тракта прежде всего у больных с опухолевым поражением желчных протоков. Максимальный срок наблюдения за пациентами составил 2,5года. Эндопротезирование желчных протоков нитиноловым самораскрывающимся стентом следует использовать в качестве одного из методов ликвидации желтухи прежде всего у больных с опухолевым поражением гепатопанкреатодуоденальной зоны [52].

При проксимальном расположении опухоли в печеночных протоках, выраженной билиарной гипертензии используется чрескожное чреспеченочное дренирование. При дистальном расположении опухоли эти задачи решают, применяя эндоскопические методики. Такая тактика позволяет добиться эффективной декомпрессии желчных путей при низких показателях частоты послеоперационных осложнений и летальности. Выполнение радикальных операций после полного устранения механической желтухи позволяет добиться у этой тяжелой категории больных хороших непосредственных результатов и сопровождается невысокой частотой послеоперационных осложнений (26,3 %) и летальностью (5,3 %) [53].

Отмечено, что при длительном дренировании ЖВП через 1–2 недели закономерно возникает симптоматика холангита, так называемая дренажная лихорадка. Кроме целенаправленной антибактериальной терапии в таких случаях необходимо менять дренажные трубки, а еще лучше - выполнять ротацию дренажа до развития холангита [54].

При нерезектабельном раке внепеченочных желчных протоков наиболее оптимальным вариантом желчеотведения является эндопротезирование металлическим нитиноловым самораскрывающимся стентом. Нельзя забывать, что предварительная баллонная дилатация злокачественных и послеоперационных билиарных стриктур обязательный этап чреспеченочного вмешательства, особенно при имплантации саморасширяющихся стентов в извитые отделы желчных протоков [55].

Неотложное обследование больных, поступающих в стационар с подозрением на острый панкреатит, включает биохимические анализы крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, по показаниям фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки, лапароскопию. Это позволяет в первые часы с момента поступления выявить факт поражения поджелудочной железы, а также установить этиологическую и морфологическую форму острого панкреатита [56].

Установлено, что при правильной и своевременной диагностике эффективные транспапиллярные вмешательства могут быть выполнены почти у трети больных с острым билиарным панкреатитом [57].

Основными признаками ущемления камня БСДК следует считать эпигастральную локализацию боли, отсутствие блока на уровне желчного пузыря и признаки расширения общего желчного протока при УЗИ [58].

Уровень активности амилазы и липазы в протоковой желчи более 110 и 600 ед/л соответственно является прогностическим критерием развития острого билиарного панкреатита [59].

Операцией выбора является радикальное устранение заболевания внепеченочных желчных путей, ликвидация внутрипротоковой гипертензии, основной причины острого билиарного панкреатита с использованием миниинвазивных хирургических технологий. Патогенетически обоснованным методом лечения при ущемленном камне большого сосочка двенадцатиперстной кишки является срочная эндоскопическая папиллосфинктеротомия, поскольку результаты лечения напрямую зависят от срока ущемления [58,60].

Основой лечебной тактики при легкой форме острого панкреатита является консервативная базовая терапия в условиях хирургического отделения с привлечением, по показаниям, малоинвазивных (чрескожных и эндоскопических) методов [61].

В 2012 году предложен диагностический алгоритм при хроническом панкреатите: УЗИ, доплерография, по показаниям применяли КТ, МРТ, ангиографию, ЭГДС [62]. КТ с болюсным контрастированием в сочетании с ЭРХПГ позволила в 98,0±1,0 % случаев ($p < 0,01$) установить тип хронического панкреатита, выявить причину механической желтухи, разработать тактику хирургической коррекции [63].

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография делает возможным получить изображения желчных и панкреатических протоков без введения в них контрастного вещества, что выгодно отличает методику от ЭРХПГ. Важная роль отводится МРХПГ наряду с КТ в дифференциальной диагностике рака и ХП, в определении возможности резектабельности опухоли и выбора хирургической тактики при ХП [64].

Диагностическая эффективность двухбаллонной энтероскопии петли тощей кишки при хроническом панкреатите составила 91,2 % [65].

Операцией выбора предлагают считать внутреннее дренирование под ультрасонографическим и эндоскопическим контролем панкреатических псевдокист и последующее цистодуоденальное стентирование у лиц с риском развития наружного панкреатического свища [66].

Резекция головки железы с сохранением ДПК при абсолютной радикальности вмешательства в большинстве наблюдений характеризуется более благоприятными функциональными результатами в отдаленные сроки, чем панкреатодуоденальная резекция и панкреатоеноанастомоз [67].

Оптимальным методом коррекции желчеоттока являлось формирование анастомозов с холедохом [68].

Также в 2010 году предложен модифицированный вариант эндоскопического цистогастро- и цистодуоденоанастомоза шириной 1,5–2,0 см, который ранее формировали с помощью папиллотомы (авторы создавали соустье точечным прожиганием задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с введением в полость кисты эндопротеза (стента) на 3 мес.). Способ обеспечивает адекватное внутреннее дренирование, а при наличии показаний может быть дополнен наружным дренированием для санации кистозной полости. Технология позволяет выполнить «двойное» наружно-внутреннее дренирование при нагноении псевдокист [69].

Следует отметить разработанный оригинальный способ панкреатогастроанастомоза, заключающийся в муфтообразной перитонизации его П-образным серозно-мышечным лоскутом стенки желудка [70].

Обобщая вышеизложенные факты основанному на анализе осложнений, качества жизни, ранней и поздней летальности, такое органосохраняющее вмешательство, как операция Бегера, является надежным и безопасным методом устранения основных симптомов и осложнений хронического панкреатита [71].

Панкреатодуоденальная резекция при хроническом панкреатите с фиброзно-измененной головкой поджелудочной железы, сопровождающимся выраженной компрессией и инфильтрацией двенадцатиперстной кишки и/или общего желчного протока, осложненном механической желтухой, устраняет основной патологический процесс и значительно улучшает качество жизни пациентов [72].

При локализации дивертикула двенадцатиперстной кишки в области фатерова соска наблюдается желтуха, а уровень билирубина колеблется от 80 до 260 мкмоль/л (I–II степень по Гилевичу) [73,74]. В случаях, когда дивертикул двенадцатиперстной кишки сочетается со стриктурой БСДК и терминального отдела холедоха, показано выключение ДПК в сочетании с ХДА [75].

Показания к операции при паразитарных кистах основываются на ультразвуковых признаках эхинококковых кист. Диагностика включает серологические реакции, УЗИ, МР-холангиографию. Положительная серологическая реакция отмечена у 75 (78,9%) обследованных пациентов [76,77]. А.З. Вафин и соавт. установили изменение уровня цитокинов при эхинококкозе печени, а также при обработке полостей плазменным потоком. Указанные биологически активные вещества являются маркерами повреждения ткани и могут быть использованы в качестве критериев для оценки функционального состояния печени [78].

Радикальное хирургическое лечение первичного и резидуального эхинококкоза позволяет в большинстве наблюдений добиться хороших результатов. Необходимым и достаточным является применение радикальных операций в объеме тотальной и субтотальной перицистэктомии. При необходимости вмешательства дополняют сегментарной и субсегментарной резекцией. Перицистэктомию целесообразно применять при краевом расположении кист и отсутствии их контакта с крупными сосудисто-секреторными элементами [79].

Чрескожная аспирационная эхинококкэктомия под ультразвуковым контролем по сравнению с традиционной лапаротомией обладает малой травматичностью, может быть выполнена под местной анестезией, способствует сокращению сроков пребывания пациента в стационаре, отличается экономичностью и низкой частотой осложнений. Метод позволяет уменьшить риск хирургического лечения у лиц старшей возрастной группы с сопутствующими заболеваниями [80]. Лапароскопическая эхинококкэктомия является относительно безопасным радикальным вмешательством при гидатидном эхинококкозе печени [81].

М.И. Прудков и соавт. получили результаты, свидетельствующие о целесообразности органосохраняющих операций из минидоступа при гидатидном эхинококкозе печени [82].

Для верификации диагноза «описторхоз» используются УЗИ, ЭРХПГ, КТ, лабораторные и бактериологические методы исследования [83].

ЭРХПГ часто невыполнима при протяженных стриктурах общего желчного протока. ЧЧХГ при выраженной холангиоэктазии и желчной гипертензии противопоказана. Из интраоперационных методов диагностики наиболее информативны холангиография, холедохоскопия [84].

В лечении важными составляющими являются коррекция нарушений пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку с обязательным наружным дренированием желчных протоков и последующей их санацией, внутриворотальной инфузия лекарственных препаратов [84].

В 84,4 % наблюдений данная процедура оказалась эффективным и окончательным методом лечения [85].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аракелян С.М. Выбор способа паллиативного хирургического лечения у больных со злокачественными поражениями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.27. — Ульяновск, 2008. — 24 с.
2. Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М. Хирургическая тактика лечения больных со злокачественными опухолями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой // Вестн. Ивановской медицинской академии. -2007. - Т. 12. - № 3-4. - С. 77-78.
3. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х., Раимкулов А.Э. и др. Результаты чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств в хирургии желчных путей // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т. 11. - № 4. - С. 50-53.
4. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. - М. : Медицина, 1982. - 272 с.
5. Быков А.Д., Дороган Д.А. Сравнительная эффективность методов дренирования внепеченочных желчных протоков при механической желтухе // Вестн. Бурятского государственного университета. - 2009. - № 12. - С. 152-154.

6. Вишневский В.А., Тарасюк Т.И. Диагностика и хирургическое лечение рака проксимальных печеночных протоков (опухолей Клатскина) // Практическая онкология. - 2004. - Т. 5. -№ 2. - С. 126-134.
7. Дооперационная диагностика скрытого холедохолитиаза / Ардасенов Т.Б., Фрейдович Д.А., Паньков А.Г. и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 2011.№ 16(2). - С. 18-24.
8. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста /Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С. и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — № 13(2). С. 15-19.
9. Методы декомпрессии билиарной системы в лечении больных с синдромом механической желтухи / Мальчиков А.Я., Коровкин В.А., Фатыхова Г.И. и др. // Практическая медицина. — 2011. — № 49. — С. 84-87.
10. Intraoperative ERCP: What role does it have in the era of laparoscopic cholecystectomy? / Luis R Rabago, Alejandro Ortega, Inmaculada Chico et al. // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. - 2011. - № 3(12). - P. 248-255.
11. Jose Carlos Subtil Gallbladder drainage guided by endoscopic ultrasound / Jose Carlos Subtil, Maite Betes, Miguel Munoz-Navas // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. - 2010. - № 2(6). - P. 203-209.
12. Endoscopicultrasoundguidedbiliarydrainage / IariaTarantino, LucaBarresi, CarloFabbri, MarioTraina // WorldJournalofGastrointestinalEndoscopy. - 2012. -№ 4(7). - P. 306-311.
13. Comparison between needle-knife fistulotomy and standard cannulationinERCP / MohammadAyoubi, GiovanniSansoe, NicolaLeone, FrancescaCastellino // WorldJournal of Gastrointestinal Endoscopy. - 2012. - № 4(9). - P. 398-404.
14. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом / Нишневич Е.В., Столин А.В., Шелепов И.В., Прудков М.И. // Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - № 14(4). - С. 22-27.
15. Славин Л.Е. Лапароскопическая холецистэктомия /Славин Л.Е. // Практическая медицина. - 2010.-№ 41.- С. 30-35.
16. Малоинвазивная видеоассистированная холецистолитотомия / Бебуришвили А.Г., Нестеров С.С., Бурчуладзе Н.Ш., Аглиулов Р.Н. // Анналы хирургической гепатологии. - 2012. - № 17(2). - С. 102-110.
17. Бобоев Б.Д. Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холецистохоледохолитиазом //Анналы хирургической гепатологии. - 2012. - 17(4). – С.80-85.
18. Зюбина Е.Н. Хирургическое лечение доброкачественной непроходимости желчных протоков: Дис... д-ра мед.наук. - Волгоград, 2008. - 324 с.
19. Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза / Коханенко Н.Ю., Латария Э.Л., Данилов С.А. и др. // Анналы хирургической гепатологии.-2011.- № 16(4). - С. 56-61.
20. Заруцкая Н.В. Хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой / Заруцкая Н.В., Бедин В.В., Подолужный В.И.//Сибирский медицинский журнал.- 2007.-№ 22(2).-С.11-14.
21. Охотников О.И. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - № 16(1).- С. 58-63.
22. Endoscopic transpapillary gallbladder drainage with replacement of a covered self-expandable metal stent /Kazumichi Kawakubo, Hiroyuki Isayama, Naoki Sasahira et al. // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy.-2011.-№ 3(2).- С. 46-48.
23. Эндохирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стриктурой дистального отдела холедоха / Переходов С.Н., Долгов О.А., Ванюшин П.Н., Григорьев К.Ю. // Саратовский научно-медицинский журнал. -2008. -№ 4(22). -С. 101-104.
24. Красильников Д.М. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков / Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Курбангалеев А.И. //Практическая медицина. - 2010.- № 47.- С. 20-29.
25. Transnasal endoscopic biliary drainage as a rescue management for the treatment of acute cholangitis / Takao Itoi, Atushi Sofuni, Fumihide Itokawa et al. // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. - 2010. -№ 2(2).-С. 50-53.

26. Wiriaporn Ridditid Management of an occluded biliary metallic stent / Wiriaporn Ridditid, Rungsun Rerknimitr / World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. -2012. -№ 4(5). - P. 157-161.
27. Шулешова А.Г. Заболевания большого дуоденального сосочка в общей структуре патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны – диагностика, эндоскопические методы лечения и их результаты: Дис... д-ра мед.наук.- М., 2008. -256 с.
28. Marianne Udd Management of difficult bile duct cannulation inERCP / MarianneUdd, Leena Kyllanpaa, JormaHalttunen // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. -2010. -№ 2(3).-P. 97-103.
29. Глебов К.Г. Эндоскопическое лечение папиллостеноза /Глебов К.Г., Котовский А.Е.//Анналы хирургической гепатологии. -2010.-№15(1).-С.34-36.
30. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны /Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. // Анналы хирургической гепатологии. -2010.-№ 15(1). -С. 9-18.
31. Хотиняну В.Ф. Хирургическое лечение больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков / Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В.//Анналы хирургической гепатологии. - 2008.-№ 13(1).-С.61-65.
32. Журавлев В.А. Билиарная реконструкция при резекции печени/ Журавлев В.А., Русинов В.М., Булдаков В.В. //Анналы хирургической гепатологии. -2011.-№ 16(4). -С.46-51.
33. Курбонов К.М. Выбор методов лечения болезни Кароли /Курбонов К.М., Даминова Н.М. // Анналы хирургической гепатологии. -2009.-№ 14(4). -С. 39-42.
34. Охотников О.И. Рентгенохирургическое лечение синдрома Мириizzi у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. // Анналы хирургической гепатологии. -2009. -№ 14(3). -С. 22-25.
35. Хирургическое лечение синдрома Мириizzi / Гоч Е.М., Михневич В.В., Толстокоров А.С. // Саратовский научно-медицинский журнал. -2010. -№ 6(2). -С. 458-460.
36. Дайчман Д. Периампулярный рак двенадцатиперстной кишки / Дайчман Д., Генслицкая Е. // Казанский медицинский журнал. -2009. -№90(3). -С. 375-379.
37. Результаты стандартной и расширенной панкреатодуоденальной резекции при протоковой аденокарциноме поджелудочной железы / Егоров В.И., Вишневский В.А., Козлов И.А. // Анналы хирургической гепатологии. -2008. -№ 13(4). -С. 19-32.
38. Payam Chini Diagnosis and management of ampullary adenoma: The expanding role of endoscopy / Payam Chini, Peter V. Draganov // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. -2011. -№ 3(12).-P. 241-247.
39. Тонкоигольная пункция под контролем эндоскопической ультрасонографии в диагностике опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны / Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Юричев И.Н. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2010. -№ 15(2). -С. 66-71.
40. Комбинированное, лучевое и хирургическое лечение панкреатобилиарного рака, осложненного синдромом желтухи / Харченко В.П., Лютфалиев Т.А., Чхиквадзе В.Д. // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. -2009. -№ 9. -С. 1-10.
41. Бедин В.В. Хирургическое лечение больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой / Бедин В.В., Шин И.П. // Сибирский медицинский журнал (Томск). -2007. -№ 22(1). -С. 86-88.
42. Результаты гастропанкреатодуоденальной резекции по поводу периапулярного рака / Старченко Г.А., Данильченко В.В., Бултачеев К.А., Руков О.В. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2009. -№ 14(2). -С. 76-83.
43. Отдаленные результаты и прогноз протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы после стандартной и расширенной панкреатодуоденальной резекции / Егоров В.И., Мелехина О.В., Вишневский В.А., Шевченко Т.В. // Анналы хирургической гепатологии. -2010. - №15(1). - С. 62-73.
44. Бесконтактная («No-Touch») мобилизация опухоли при панкреатодуоденальной резекции: технические аспекты / Лядов К.В., Егиев В.Н., Лядов В.К., Буланова Е.А. // Анналы хирургической гепатологии. -2011. - №16(4). -С. 77-83.

45. Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция при опухолях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израилов Р.Е., Багдатьяева М.Г. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2008. -№13(4). -С. 48-57.
46. Хирургическая тактика при кистозных опухолях поджелудочной железы / Красильников Д.М., Кормачев М.В., Абдульянов А.В., Салимзянов Ш.С. // *Практическая медицина*. -2010. -№ 47. -С. 49-55.
47. Хирургическое лечение кистозных опухолей поджелудочной железы / Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Горин Д.С. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2012. №17(1). -С. 17-26.
48. Лучевые методы диагностики внутрипротоковых папиллярных муцинозных опухолей / Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Егоров В.И. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2009. -№ 14(3). -С. 69-79.
49. Endosonography-guided cholangiopancreatography as a salvage drainage procedure for obstructed biliary and pancreatic ducts / ManuelPerez-Miranda, Carlosde laSerna, Pilar Diez-Redondo, Juan J. Vila // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. -2010. -№ 2(6).-P. 212-222.
50. New cannulation method for pancreatic duct cannulationbile duct guidewire-indwelling method / Yuji Sakai, Takeshi Ishihara, Toshio Tsuyuguchi et al. // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. -2011. -№ 3(11).-P. 231-234.
51. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения / Гальперин Э.И. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2011. -№ 16(3). -С. 16-26.
52. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков самораскрывающимися эндопротезами / Глебов К.Г., Дюжева Т.Г., Петрова Н.А. и др.//*Анналы хирургической гепатологии*. -2012.-№17(3). -С. 65-75.
53. Царев М.И. Современные принципы хирургического лечения больных с опухолями печени и проксимальных желчных путей: Дис... д-ра мед. наук. -М., 2009. -337 с.
54. Шарафиев С.З. Профилактика и лечение гнойного холангита у больных механической желтухой при высоком опухолевом блоке желчевыводящих путей / Шарафиев С.З., Шаймарданов Р.Ш., Купкенов М.А. // *Сибирский медицинский журнал (Томск)*. -2010. -№ 91(2). -С. 243-245.
55. Актуальные вопросы чреспеченочного эндобилиарного стентирования при злокачественных блоках желчевыделения / Хачатуров А.А., Капранов С.А., Кузнецова В.Ф. // *Диагностическая интервенционная радиология*. -2008. -№ 2(3). -С. 33-47.
56. Дыньков С.М. Острый билиарный панкреатит. Оптимизация лечебно-диагностической тактики: Дис... д-ра мед. наук. -Архангельск, 2006. -260 с.
57. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита / Шаповальянц С.Г., Мыльников А.Г., Орлов С.Ю. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2009. -№ 14(1). -С. 29-33.
58. Особенности диагностики и лечения ущемленных камней большого сосочка двенадцатиперстной кишки / Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2008. -№ 13(1). - С. 83-86.
59. Прогнозирование острого билиарного панкреатита при ущемленном конкременте большого сосочка двенадцатиперстной кишки / Парфенов И.П., Ярош А.Л., Сергеев О.С. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2010. -№ 15(2). -С. 87-91.
60. Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2011. -№ 16(4). -С.71-77.
61. Благовестнов Д.А. Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита: Дис... д-ра мед. наук. -М., 2007. -270 с.
62. Комбинированные малоинвазивные технологии в лечении постнекротических кист поджелудочной железы и их осложнений / Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2012. -№17(4).- С. 57-66.
63. Kevin E. Woods. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography associated pancreatitis: A 15-year review / Kevin E. Woods, Field F. Willingham // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. -2010. -№ 2(5).-С. 165-178.

65. Красильников Д.М. Диагностика и хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом / Красильников Д.М., Салимзянов Ш.С. // Казанский медицинский журнал. -2009. - № 90(1). -С. 93-101.
66. Патогенетическое обоснование первичных и повторных операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите / Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Гришин И.Н. и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2012. -№ 17(3). -С. 80-89.
67. Малоинвазивные технологии в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с псевдокистами поджелудочной железы / Григорьев С.Н., Белозеров В.А., Лазаренко В.А. и др. // Диагностическая интервенционная радиология. -2007. -№ 1. -С. 94-101.
68. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений / Кубышкин В.А., Козлов И.А., Кригер А.Г., Чжао А.В. // Анналы хирургической гепатологии. -2012. -№ 17(4). -С. 24-35.
69. Хирургическое лечение хронического панкреатита и кист поджелудочной железы / Нартайлаков М.А., Пешков М.В., Мурманский Н.А. // Казанский медицинский журнал. -2007. -№ 88(5). -С. 472-476.
70. Эндоскопические вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы / Парфенов И.П., Карпачев А.А., Францев С.П. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2010. -№ 15(1). -С. 27-33.
71. Пропп А.Р. Оригинальный способ панкреатогастроанастомоза / Пропп А.Р., Полуэктов В.Л. // Анналы хирургической гепатологии. -2010. -№ 15(4). -С. 53-56.
72. Щастный А.Т. Результаты дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Бегеру при хроническом панкреатите / Щастный А.Т., Петров Р.В., Егоров В.И. // Анналы хирургической гепатологии. -2011. -№ 16(1). -С. 72-79.
73. Евтихова Е.Ю. Хронический панкреатит: дифференцированный подход к хирургическому лечению: Дис...д-ра мед. наук. -СПб., 2010. -203 с.
74. Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки / Котовский А.Е., Уржумцева Г.А., Глебов К.Г. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2009. -№ 14(1). -С. 68-74.
75. Шаймарданов Р.Ш. Диагностика и лечение осложнений дивертикулов двенадцатиперстной кишки / Шаймарданов Р.Ш., Фассахова Л.С. // Казанский медицинский журнал. -2003. -№ 84(2). -С. 103-105.
76. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени / Лотов А.Н., Черная Н.Р., Бугаев С.А. // Анналы хирургической гепатологии. -2011. -№16(4). -С. 11-19.
77. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике / Скипенко О.Г., Паршин В.Д., Шатверян Г.А. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2011. -№ 16(4). -С. 34-40.
78. Вафин А.З. Экспрессия цитокинов у больных эхинококкозом печени / Вафин А.З., Машурова Е.В. // Анналы хирургической гепатологии. -2007. -№ 12(4). -С. 31-35.
- 79.Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени / Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З, Назаренко Н.А.//Анналы хирургической гепатологии. -2011. - №16(4). -С.25-34.
80. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени / Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2010. -№ 15(3). -С. 99-104.
81. Алиханов Р.Б. Лапароскопическая эхинококкэктомия: анализ ближайших и отдаленных результатов / Алиханов Р.Б., Емельянов С.И., Хамидов М.А. // Анналы хирургической гепатологии. -2007. -№12(4). -С.7-10.
82. Прудков М.И. Операции из мини-доступа в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Прудков М.И., Амонов Ш.Ш., Орлов О.Г. // Анналы хирургической гепатологии. -2011. -№ 16(4). -С. 40-46.
83. Онищенко С.В. Папиллит в развитии описторхозного холангита / Онищенко С.В., Дарвин В.В. // Анналы хирургической гепатологии. -2012. -№ 17(1). -С. 66-74.
84. Бражникова Н.А. Гнойный описторхозный холангит / Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. // Анналы хирургической гепатологии. -2009. -№ 14(4). -С. 28-33.

85. Описторхозный панкреатит / Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Мерзликин Н.В. и др. // Анналы хирургической гепатологии. -2012. -№ 17(2). -С. 72-80.

ТҮЙІН

Д.С. Сексенбаев - м.ғ.д., профессор, ҚР ДСӘДМ-нің «Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы» ШЖҚ РМК, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы.

Н.Ж. Жумабек – «Медицина» мамандығы бойынша магистранты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, Nur_150284@Mail.ru

МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Механикалық сарғаю синдромы – бұл түрлі гепатобилиопанкреатодуоденальді аймағы ауруларының ең басты белгілердің бірі болып табылды. Сарғаюдың себебін уақтылы анықтау патогенетикалық және симптоматикалық терапиясын, оперативті араласудың түрін дұрыс таңдауға көмектеседі. Механикалық сарғаюдың түрлі этиологиясы байланысты ерте анықтау және оңтайлы ем жүргізу бойынша шетелдік авторлардың еңбектеріне әдеби шолу жүргізілді.

Кілт сөздер: Механикалық сарғаю, ажыратпалы диагностикасы, емі.

RESUME

D.S.Seksenbaev – MD, Professor, RSE on the REU «South- Kazakhstan state pharmaceutical academy" of MHSD of RK, Shymkent, Republik Kazakhstan.

N.J. Jumabek - Master specialty "Medicine", South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan, Nur_150284@Mail.ru

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE (LITERATURE REVIEW)

Jaundice syndrome - one of the main symptoms of various diseases hepatobiliopancreatoduodenal zone. Timely identification of origin jaundice helps correct medical tactics, choice of surgical intervention and conduct pathogenetic and symptomatic therapy. Spend a literature review of foreign authors on early diagnosis and optimal treatment of obstructive jaundice of various etiology.

Key words: obstructive jaundice, differential diagnosis, treatment.

УДК: 616.24-008.331.1-005-089

Колибеков У.Х.- к.м.н., доц., Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясауи,
г.Шымкент

Танабаев Б.Д. - к.м.н., доц., Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г.Шымкент

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНЭКТОМИИ И ИХ НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена изучению гемодинамических изменений в системе малого круга кровообращения при применении прямого артериовенозного и клапанного веновенозного шунтов после правосторонней пневмонэктомии в эксперименте.

Ключевые слова: пневмонэктомия, малый круг кровообращения, гемодинамика, кардиопульмональная система, артериовенозный и веновенозный клапанный шунт.

Стандартная правосторонняя пневмонэктомия (СППЭ) вызывает выраженные гемодинамические изменения в малом круге кровообращения (МКК) и морфофункциональные нарушения оставшейся ткани легкого после операции. Обязательными компонентами этих отклонений от нормы являются: пострезекционная легочная артериальная гипертензия (ПЛАГ), смещение органов средостения в оперированную сторону, деформация магистральных крупных сосудов легких и органов средостения, которые в итоге приводят к отеку интактного легкого и развитию легочносердечной правожелудочковой недостаточности (ЛСПЖН) [1,2,3,4].

Установлено, что основу коррекции нарушений гемодинамики МКК после операции пневмонэктомии (ПЭ) составляют различные естественные внутрилегочные и искусственно созданные хирургически разгрузочные внелегочные шунты. В связи с этим в последние годы развивается разработка хирургических способов коррекции гемодинамических и морфофункциональных расстройств МКК и правых отделов сердца. Н.П.Бисенков [1] в 1969 году создал прямой шунт с созданием артерио-венозного анастомоза между долевыми сосудами удаленного легкого; Г.У.Русанов [2] в 1981 году – внелегочный вено-венозный анастомоз между нижней полой веной с легочными венами; Н.Х. Шамирзаев, Б. Р. Бабаджанов [3] и У.Х.Колибеков [4,5,], в 1990г. – клапанный шунт между устьями непарной вены с клапаном и верхней легочной веной удаленного правого легкого, который опробован в практике у пневмонэктомических больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение гемодинамических параметров в системе МКК и правых отделах сердца при применении разгрузочных прямого и клапанного внелегочного шунтов после СППЭ в эксперименте.

Материал и методы исследования. Опыты проведены на 80 беспородных собаках обоего пола массой тела 10,5-22,8кг. Эксперименты проводились в 3 сериях: I серия – стандартная правосторонняя пневмонэктомия (СППЭ) (1- контрольная группа), II серия – СППЭ с последующим наложением ПАВШ (2- контрольная группа). III серия – СППЭ с последующим наложением клапанного вено-венозного шунта (КВВШ) (опытная группа).

С целью оценки состояния гемодинамики МКК был использован отечественный аппарат – расходомер «Лотос», для определения газового состава крови был применен микрометод Аструп. Насыщение крови кислородом во всех опытах определяли прямым методом комбинированной оксигеметрии. Давление в сосудах МКК и отделах сердца измеряли прямым контактным катетерным способом с помощью ртутного и водяного манометров, изготовленные нами. Полученные экспериментальные материалы обработаны на персональном компьютере с применением специального пакета программ. Статистическая достоверность оценивалась по критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования и обсуждение. Исследования особенностей гемодинамики МКК и отделов сердца во время операции и после хирургической коррекции этих нарушений при СППЭ показали следующее.

В опытах I серии наблюдения за состоянием животных подтверждали, что они тяжело переносят сложную операцию-пневмонэктомию. У них наблюдалась выраженная синюшность языка и видимых слизистых оболочек, отсутствовал аппетит. В течение первой недели после операции движения были очень пассивными и значительно уменьшилась масса тела. При аускультации обнаружена тахикардия сердца, почти у всех оперированных животных установлены множественные влажные хрипы по всем полям интактного легкого.

Анализ результатов исследования давлений в различных отделах МКК и правых отделах сердца показал, что нарушение гемодинамики закономерно сопровождалось нарастанием давления в правом желудке и легочной артерии до 152-156% исходного уровня. Центральное венозное давление также стало постепенно повышаться до 128-135% от исходного в раннем и отдаленные периоды наблюдения превышало исходное в 1,5-1,8 раза, что свидетельствовало об уменьшении компенсаторных возможностей в системе МКК и правых отделов сердца. Одновременное повышение периферического венозного давления подтверждало декомпенсацию функции правого желудочка сердца.

Общий объем внутрилегочной шунтируемой крови в раннем периоде после операции составил 8,4-9,1% от минутного объема сердца, а в отдаленном периоде увеличился до 24,2 %, что было выше дооперационного уровня 5,1-5,4раза и проводило к значительному снижению газообмена и других функций интактного легкого. Через год после операции минутный объем сердца (МОС) стал снижаться, а общелегочное сопротивление (ОЛС) стало постепенно повышаться. Обнаруживался явный обширный склероз интактной легочной ткани. Обязательным компонентом нарушений гемодинамики МКК после СППЭ являлась пострезекционная легочная артериальная гипертензия (ПЛАГ), приводившая в итоге к развитию отека оставленного легкого и ЛСПЖН, что выражалось истощением деятельности кардиопульмональной системы.

При II серии опытов состояние животных было относительно удовлетворительным. Собаки на 3-4 –е сутки вставали на ноги и принимали пищу. Цианоз языка и видимых слизистых оболочек постепенно исчезал в течение 10-15 дней. Давление в правом желудочке сердца и в легочной артерии в раннем послеоперационном периоде колебалось в пределах нормы. Однако, в отдаленные сроки наблюдения обнаруживалось его повторное повышение на 25-30% от исходного уровня. МОС и ОЛС были в пределах нормы.

Мы впервые обратили внимание на изменения давления в левом предсердии сердца при операциях шунтирования сосудов МКК. После прямого шунтирования это давление колебалось от $8,8 \pm 0,6$ до $12,4 \pm 0,7$ мм.рт.ст., что доказывает постоянное поступление излишней венозной крови по внелегочному артериовенозному шунту из системы легочной артерии в сторону левого предсердия. Следовательно, давление в левом предсердии повышалось с первых дней после операции и было значительно выраженным в отдаленные сроки исследования ($4,2 \pm 0,7$ мм.рт.ст. при исходном $2,8 \pm 0,6$ мм рт.ст.). ЦВД сразу после операции незначительно изменилось, однако в отдаленные сроки оно постепенно увеличивалось, что указывает на уменьшение эффективности прямого шунтирования МКК при пневмонэктомиях. Умеренно повышалось периферическое венозное давление.

Количество шунтируемой излишней венозной крови резко увеличивалось за счет созданного внелегочного артериовенозного прямого шунта (до $30,5 \pm 0,4\%$ от МОС), что превышало дооперационный уровень в 5,2+5,6 раза. По-видимому, этот большой объем и его постоянное поступление по артериовенозному шунту приводили к нарушению деятельности самого слабого отдела сердца- левого предсердия.

Насыщение артериальной крови кислородом снижалось на 10-12%; венозной - на 12-14% по сравнению с исходным уровнем, но к 90-110-м дням после операции СППЭ отмечено повышение насыщения крови кислородом. Однако, повторное снижение этого показателя через 1,5-2 года указывает на уменьшение оксигенационной способности оставленной легочной ткани и нарушении гемодинамики в системе МКК. Таким образом, в опытах II серии 5 собак погибли в результате развития ПЛАГ, отека интактного левого легкого и ЛСПЖН.

При III (опытной) серии опытов состояние животных было удовлетворительным. Собаки на 2-3 –е сутки вставали на ноги и принимали пищу. Цианоз языка и видимых слизистых оболочек постепенно исчезал в течение 5-6 дней.

Давление в правом желудочке и легочной артерии в раннем послеоперационном периоде нормализовалась. МОС, ОЛС были в пределах нормы.

После клапанного шунтирования диастолическое давление колебалось от $7,1 \pm 0,6$ до $9,4 \pm 0,7$ мм.рт.ст. Что создавало оптимальное условие для постоянного поступления венозной крови в сторону левого предсердия. Следовательно, давление в левом предсердии не повышалось. Центральное, а так же периферическое венозное давление после операции не изменялись в раннем, а так же в отдаленном сроках исследования. Количество шунтируемой излишней венозной крови увеличивалось и составило 12-14% от МОС. По-видимому, этот регулируемый объем венозной крови по созданному вено-венозному клапанному шунту приводил к быстрой оптимизации деятельности левого предсердия после операции.

Насыщение артериальной крови кислородом снижалось на 8-9,5%; венозной - на 7-8% по сравнению с исходным уровнем. Повторное снижение этого показателя гемодинамики не наблюдалось и создавало условие для нормализации оксигенационной способности оставленной легочной ткани. В опытах III серии 1 собака умерла в результате несостоятельности вено-венозного шунта с клапаном.

Выводы.

Стандартная правосторонняя пневмоэктомия (СППЭ) в эксперименте на собаках вызывает значительные нарушения гемодинамики МКК и отделах сердца, носящих прогрессирующий характер и обязательно приводящих к пострезекционной легочной артериальной гипертензии с осложнениями.

Внелегочное прямое анастомозирование долевых сосудов нижедолевой артерии с нижней легочной веной при СППЭ приводит к сбросу большого объема венозной крови с правых отделов сердца в левое предсердие. Этот хирургический способ устраняет гипертензию в МКК в раннем послеоперационном периоде, но создает условия для гиперфункции левого предсердия, что препятствует притоку оксигенированной крови из устьев легочных вен интактного легкого в отдаленный период исследования. Именно, этот момент стал слабым местом данного способа, так как результаты отдаленного периода являются самым ценным и практичным показательным критерием любых хирургических операций.

Вено-венозный клапанный шунт приводит к сбросу оптимального объема венозной крови с правых отделов сердца в левое предсердие и резко не изменяются гемодинамические, а так же морфофункциональные состояния кардиопульмональной системы. Кроме этого, около 10-12% крови от МОС депонируется по сосудам системы непарной вены. Таким образом, нами созданный клапанный разгрузочный шунт создает необходимые условия для развития компенсаторно-приспособительных процессов кардиопульмональной системы после пневмонэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенков Н.П. , Степанов И.С. Морфофункциональные изменения структуры оставленного легкого и гемодинамики МКК после пневмонэктомии и их корректирующие механизмы (экспериментальное исследование).-Москва, 1969.
2. Русанов Г.У., Кайназаров А.К., Алмабаев И.А. Экспериментально-клиническое обоснование оперативной коррекции пострезекционной легочной артериальной гипертензии.- Москва, 1981.
3. Шамирзаев Н.Х., Колибеков У.Х. Гемодинамические особенности малого круга кровообращения при хирургической коррекции пострезекционной легочной артериальной гипертензии.- Ташкент, 1990.
4. Колибеков У.Х. Гемодинамические особенности малого круга кровообращения при хирургической коррекции пострезекционной легочной артериальной гипертензии (экспериментальное исследование). Автореферат канд. диссертации. - Ташкент, 1990.
5. Колибеков У.Х., Дуйсембаева Б.Т. Доланова Г.О., Ботаева К.М. Разработка нового способа хирургической коррекции нарушений гемодинамики малого круга кровообращения после пневмонэктомии в эксперименте. – Туркестан, 2014.

ТҮЙІН

Колибеков У.Х. - м.ғ.к., доц., Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Танабаев Б.Д. - м.ғ.к., доц., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ПНЕВМОНЭКТОМИЯДАН КЕЙІН КІШІ ҚАНАЙНАЛЫМ ШЕҢБЕРІНДЕГІ ДАМИТЫН ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ ҚҰБЫЛЫСТАРДЫ ЖАҢА ХИРУРГИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРМЕН ЖОЮДЫ ТӘЖІРИБЕДЕ ЖАСАУ

Экспериментте, жануарларда жасалған стандарттық оң жақты пневмонэктомия, кіші қанайналым шеңбері гемодинамикасының күрделі бұзылуына алып келеді: өкпелік артериялық гипертензия жүзеге аса-ды. Осының әсерінен интактты өкпенің ісінуі және жүректің оң қарыншалық жетіспеушілігі байқалады. Өк-педен тыс тікелей артериовенозды шунт жоғарыдағы асқынуларды операциядан кейінгі ерте кезеңде дамуын тежейтіндігін көрсетті. Вена-венозды клапанды шунт стандарттық оң жақты пневмонэктомиядан кейінгі құбылыстарды азайтады. Кардиопулмоналды жүйенің компенсаторлы бейімделу үрдістеріне жағдай жасайды.

Кілт сөздер: пневмонэктомия, кіші қанайналым шеңбері, гемодинамика, кардиопулмоналды жүйе, артериовенозды және вена-венозды клапанды шунт.

SUMMARY

Kolibekov U.H. - candidate of medical science, associate professor of the International Kazakh-Turkish University, named after H.A.Yesevi, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

Tanabayev B.D. - candidate of medical science, associate professor, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

FEATURES OF HAEMODYNAMIC MALFUNCTIONS IN THE SYSTEM OF LESSER CIRCULATION AND IN THE PORTIONS OF THE HEART AFTER PNEUMONECTOMY AND THE WAYS OF THEIR SURGICAL CORRECTION IN THE EXPERIMENT

Experimental surgical intervention on animals such as standard rightside pneumonectomy has led to the serious lesions development in the smaller part of blood circulation. The developing arterial hypertension in the lung would eventually lead to the rightside pulmo - cardiac ventricular insufficiency. Surgically created direct arterio-venous fistula (AVF) can correct this complication only in the early postoperative period. On the contrary, the veno-venous valvular fistula (VVF) is the better option for redirecting extra venous blood, developed after the rightside pneumonectomy and facilitates the development of adaptive processes in the cardiopulmonary system in both short-term and long-term postoperative periods.

Key words: pneumonectomy, smaller part of blood circulation, haemodynamics, cardiopulmonary system, arterio-arterial and veno-venous valvular fistula.

УДК 615.373

Б.А. Ашимбекова, С.Д. Нуржауов, visuale86@mail.ru
Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.

ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ВАКЦИНА ЕГУДІҢ ТИІМДІЛІГІ МЕН КЕРІ ӘСЕРЛЕРІ

ТҮЙІН

Мақалада заманауи әдебиеттерге сүйене отырып, вакцина егудің адам организмінің иммундық жүйесіне қолайлы әсер көрсетуімен қатар, кері байланыс нәтижесінде басқа мүшелер мен жүйелердің зақымдану мүмкіндігі қарастырылады.

Кілт сөздер: вакцина, инфекция, егу көрсеткіштері, сынамалар.

Тақырыптың өзектілігі: Вакцина егу инфекциялық аурулардың алдын алудағы ең тиімді тәсілдердің бірі ретінде қарастырылады. Бүгінгі күнге дейін бізге белгілі адам организмі үшін қауіпті аурулардың қоздырғыштары болып табылатын 70 - тен аса бактериялар мен вирустардың түрлері бар. Осы ауруларға қарсы вакцина профилактикасы бір жүйелілікпен әсер етіп, эпидемиологиялық көрсеткіштерге сүйене отырып жүргізілетін маңызды іс-шаралары болып табылады. Ең бастыларына, еліміздің барлық өңірлерінде жүргізілетін күнтізбелік ережеге сай вакциналар егіледі. Ал эпидемиялық көрсеткіштерге байланысты вакцина жүргізуге келер болсақ, тұрғындары шағын аймақтарда, яғни белгілі бір ауруға шалдығуы мүмкін болған жағдайда жүргізіледі. Сонымен қатар, сіреспе, құтыру сияқты аурулар өрши бастаған кезеңдерде жоспарсыз міндетті түрде жедел эпидемиялық вакциналар егілуі тиіс.

Тарихи деректерге жүгінсек, вакцинацияның пайда болуы 2 ғасырдан астам екені бізге белгілі. Алайда бүгінгі күнге дейін оның әсері мен қауіпсіздігіне толық кепіл көрсетіл меген.

1769 жылы дүние жүзінде қауіпті ауру болып табылатын күл ауруына қарсы вакцинаны ағылшын дәрігері Эдвард Антони Дженнер ойлап тауып, адамдар арасында сынақ жүргізген болатын. Бұл сынақ ең бірінші сиыр сауатын даяршылар арасында жүргізілді. Себебі бұл ауру ең жиі даяршылар арасында анықталған.

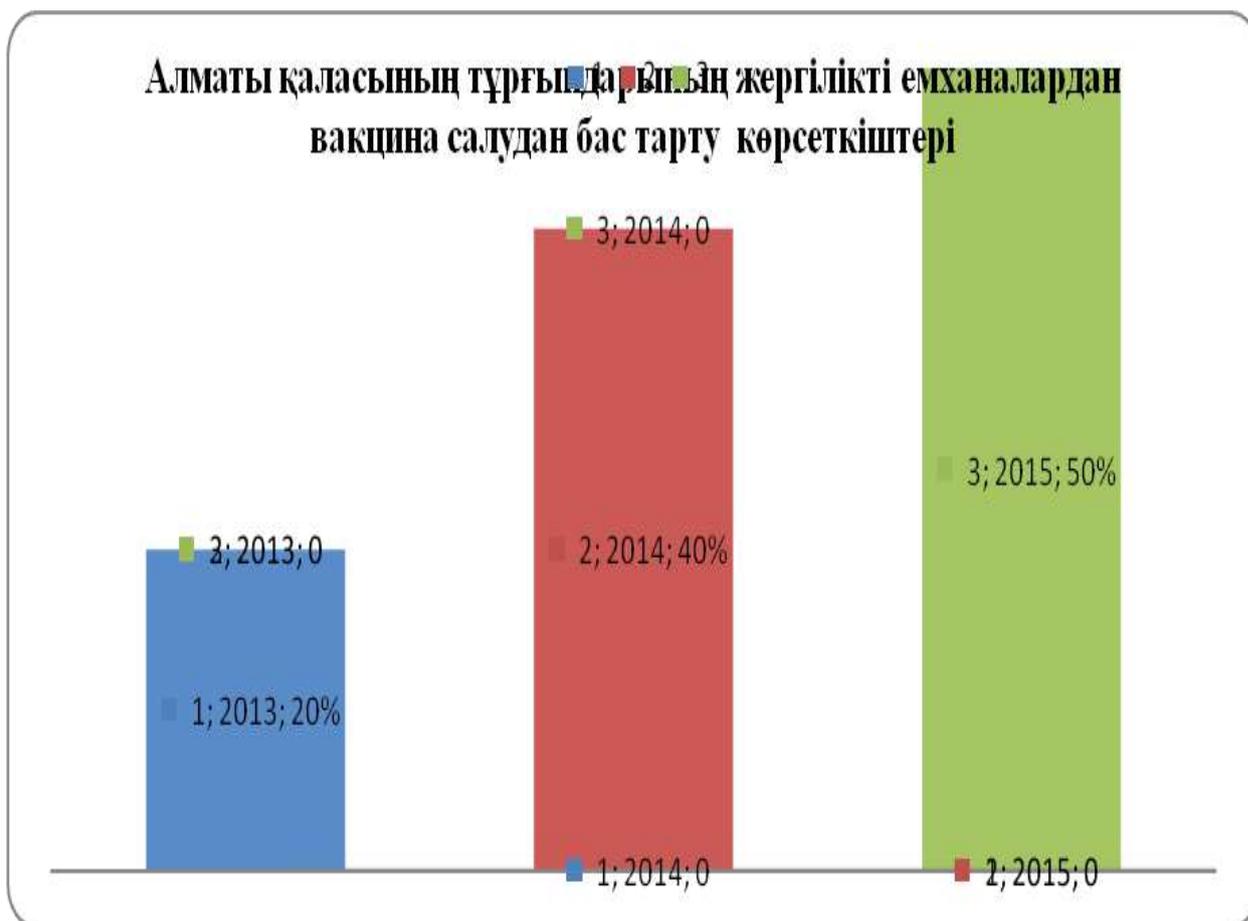
1871 жылы Ұлыбританияда жасырын кеңестің ұжымы жиналысында 97,5% науқас күл ауруынан қайтыс болғандығы анықталды. Ал 1884 жылы ағылшын дәрігері Чарльз Крейтон вакцинаға қарсы мынадай ой тұжырымдады: вакцинация терең және жан-жақты ізденісті қажет ететін, бірнеше сынақтар жүргізіп толықтай көз жеткізгеннен кейін ғана жүргізілетін сынама.

Мақсаты: Халық арасында әр түрлі инфекциялық, вирустық аурулар шақыратын қоздырғыштарға қарсы вакцина егудің нәтижелерін бағалап, организм үшін кері әсерлерінің себептерін анықтап, дәлелді медицина тұрғысынан сарапқа салу.

Зерттеу нәтижелерін талқылау: Әр бір адамның организмінің имундық жүйесін ескерер болсақ, кері әсерлерін де есепке алу қажет. Халық арасында вакцинаның кейбір түрлеріне деген сенімділіктері күннен күнге азайып бара жатыр. Себебі, вакцинада дәрілік препараттар қатарына жататындықтан жағымсыз әсерлері де болады. Мысалы: белгілі препаратты қабылдау алдында ең басты көңіл бөлетін жағдай, оның қарсы көрсеткіштері, жағымсыз әсерлері және қолдану көрсеткіштерін міндетті түрде есепке аламыз. Ал вакцина егуде негізгі көрсеткіш болып аурудың алдын алу болып табылады. Сол себептен, вакцина салу алдында қарапайым халық үшін оның кері әсерлерін және міндетті салу көрсеткіштерін дәрігер түсіндіру қажет. Тағы бір ескеретін жағдай, вакцинаның сапасының төмен болуы. Осы қателіктердің салдарынан вакцина салудың кері әсерлері көбею үстінде.

2013-2015 жылдар арасындағы вакцина салудың төмендугі Алматы қаласы жергілікті емханаларындағы көрсеткіштерді мына диаграмма бойынша көрсетуге болады.

2014-2015 жылғы көрсеткіштері бойынша елімізде денсаулық сақтау ұйымы бекіткен нақты күнтізбеге енгізілген вакцина егудің 18 түрі бар. 7 екпені көрсеткіштер бойынша салады, қалғаны міндетті түрде (Туберкулезге, вирусты гепатитке, полиомиелитке, тырысқаққа, дифтерияға қарсы) салынады.



Қорытынды: Осыған орай, біріншіден медицина саласының қарқынды дамуы барысын-дағы адам өмірінің түрлі ауруларына қарсы алдын алу шарасының алдыңғы шебінің бірінде вакцина екенін ескерсек, екіншіден, оның адам организміне кері әсерлерінде ескерусіз қалдырмағанымыз жөн. Вакцина әр адамның қалауымен жүргізілуі тиіс ем шара болып табылатындықтан, егудің алдын ол адамның иммундық жүйесін, организм жағдайын жан-жақты бақылап, әсіресе мектеп жасындағы балдардың толық қанды тексерулерден өткізіліп барып егуін қадағалауымыз керек. Себебі, нәресте кезінен бастап салынған вакцинациялар есейген шақтағы оның қауіпті бір ауруының себебі болмас үшін.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Беспощадная иммунизация Александр Коток 95-175
2. Sears RW. The Vaccine Book: Making the Right Decision for Your Child. New York, NY: Little, Brown; 2007
3. Little, Brown; 2007
4. [Прививки предохранительные и лечебные](#) Коцын М. Б
5. Miller D, Wadsworth J, Diamond J, et al. Pertussis vaccine and whooping cough as risk factors in acute neurological illness and death in young children. Dev Biol Stand.1985;61 :389– 394
6. [Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона](#) :
7. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases Chapter 2.3.4.5:
8. Davis RL, Kramarz P, Kari B, et al. Measles-mumps-rubella and other measles-containing vaccines do not increase the risk for inflammatory bowel disease: a case-control study from the Vaccine Safety Datalink project. Arch Pediatr Adolesc Med.2001;155 (3):354– 359
9. DeStefano F, Bhasin TK, Thompson WW, et al. Age at first measles-mumps-rubella vaccination in children with autism and school-matched control subjects: a population-based study in metropolitan Atlanta. Pediatrics.2004;113 (2):259– 266

10. Offit PA, Davis RL, Gust D. Vaccine safety. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. Vaccines. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2008:1629–1650
11. Omer SB, Pan WKY, Halsey NA, et al. Nonmedical exemptions to school immunization requirements: secular trends and association of state policies with pertussis incidence. JAMA. 2006;296 (14):1757– 1763
12. Schiller JT, Frazer IH, Lowy DR. Human papillomavirus vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. Vaccines. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2008:243–257
13. Ruiz-Palacios GM, Perez-Schael I, Velázquez FR, et al. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. N Engl J Med. 2006;354 (1):11– 21
14. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. N Engl J Med. 2002;347 (19):1477– 1482
15. Dales L, Hammer SJ, Smith NJ. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. JAMA. 2001;285 (9):1183– 1185
16. Offit PA, Hackett CJ. Addressing parents' concerns: do vaccines cause allergic or autoimmune diseases? Pediatrics. 2003;111 (3):653– 659

Кесте - Қазақстан Республикасының ұлттық вакцина егудің күнтізбелік кестесі.

Жасы	Инфекциялық ауруларға қарсы вакцинаның түрлері									
	Туберкулез (БЦЖ)	Вирусты гепатит "В" (ВГВ)	Полиомиелит (ОПВ)	Коклюш, дифтерия, тырысқак (АКДС)	Гемофильді инфекция (Ніb)	Дифтерия, тырысқак (АДС)	Дифтерия (АД-М)	Дифтерия, тырысқак (АДС-М)	Желшешек, қызамық, паротит (ККП)	Қызамық
1-4 күн	+	+								
2 айда		+	+	+	+					
3 айда			+	+	+					
4 айда		+	+	+	+					
12-15 айда			+						+	
18 айда				+	+					
6 жас (1 класс)	+						+		+	
12 жас							+			
15 жас										+
16 жас								+		
Әр бір 10 жыл сайын								+		

РЕЗЮМЕ

Б.А. Ашимбекова, С.Д. Нуржауов

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г.Шымкент, Казахстан

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ВАКЦИНАЦИИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ

В статье рассматривается эффективность вакцинации на иммунную систему организма человека, а также в результате обратной связи с возможностями повреждения других органов и систем.

Ключевые слова: вакцина, инфекция, показания прививкам, тесты.

SUMMARY

B.A. Ashimbekova, S.D.Nurzhanov
International Kazakh-Turkish University. H.A. Yasavi

ON PRESENT DAY'S INDICATION AND CONTRAINDICATION OF VACCINATION

Efficiency of vaccination to the immune system of human organism, also as a result of feedback with opportunities of injury of other organ's and systems are considered in this article.

Key words: Vaccination, infection, vaccination reading, test.

УДК 616-089.5

Аблатаева Р.Б., secluded_corner@mail.ru. к.м.н. Ашурметов Р.И., rustam_5656@mail.ru
Международный казахско-турецкий университет им.Х.А.Яссави, г.Шымкент, Казахстан

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме

Статья посвящена вопросам применения анестезиологического обеспечения лапароскопических холецистэктомий. Учитывая широкую распространенность желчекаменной болезни и все возрастающее число геронтологических больных, необходимо с большей деликатностью подходить к выбору вида анестезии у пациентов старше 65 лет как больных высокого риска в связи с наличием у них сопутствующей патологии и инволютивных изменений организма. Рассматриваются особенности влияния анестезии на различные органы и системы стареющего организма, а также освещаются положительные и отрицательные стороны регионарных и общих методов обезболивания.

Ключевые слова: анестезиология, регионарное обезболивание, лапароскопическая холецистэктомия, геронтология, эпидуральная анестезия.

По данным Hess (1961), в среднем 15-18% взрослых имеют камни желчных путей. Примерно ¼ населения старше 60 лет имеют желчные камни. В хирургических стационарах среди больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости больные желчекаменной болезнью занимают первое место. Эту болезнь справедливо считают «болезнью века» и «болезнью благополучия», имея в виду непосредственную связь ее развития с характером питания. (2)

На долю острого холецистита приходится 2-3% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. При этом до 90% больных – это женщины. Если рассматривать возрастную структуру, то 76% больных составляют люди старше 40 лет, 60% - старше 50 лет, 37% - старше 60 лет. (3)

Современная история лечения желчнокаменной болезни насчитывает немногим более 100 лет с момента, когда в 1882 году Лангенбух выполнил первую холецистэктомию. Прогресс в лечении этого заболевания до начала 1970-х гг. был связан с общим развитием медицины –

открытием антибиотиков, разработкой принципов общей анестезии, развитием лучевых методов диагностики. Особый интерес к этой проблеме связан с чрезвычайно высоким ростом заболеваемости ЖКБ в развитых странах (каждое десятилетие этот показатель удваивался). На сегодняшний день желчнокаменной болезнью страдает 10-12% населения в странах Запада и 3-4% в странах Азии. Технический прогресс и успехи фундаментальных наук нашли свое приложение в клинической медицине, что привело к пересмотру стратегии и тактики лечения желчекаменной болезни. (8, 38, 40)

Учитывая, что категория населения старше 65 лет является одним из быстрорастущих сегментов населения, требующим оперативного вмешательства в 4 раза больше в сравнении с другими возрастными категориями, можно сказать, что анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств, в том числе и лапароскопических холецистэктомий, у больных пожилого и старческого возраста, является актуальной проблемой современной анестезиологии (1, 16, 34, 47, 53, 56)

До недавнего времени «золотым стандартом» в лечении желчекаменной болезни была «открытая» холецистэктомия (ОХЭ), с результатами которой и сравнивали другие методы лечения. Летальность при плановых ОХЭ не превышала 0,5%. Количество осложнений при , в зависимости от характера заболевания и общего состояния пациента, составляло 5-15%. Большинство из них не были опасны для жизни. Внедрение в практику оперативной лапароскопии произвело переворот во взглядах на хирургическое лечение желчекаменной болезни (38).

Одним из очевидных их преимуществ является отсутствие традиционных больших лапаротомных доступов, что в свою очередь облегчает послеоперационную реабилитацию, связанную с косметическим ущербом для больного (7, 31, 37)

Развитие лапароскопической хирургии позволило расширить показания к применению малоинвазивных операции у пожилых пациентов с отягощенным соматическим статусом при выполнении непродолжительных оперативных вмешательствах, таких как холецистэктомия, аппендэктомия и др. (4, 5, 44, 48, 52)

Некоторые особенности лапароскопических операций, такие как создание напряженного карбоксипневмоперитонеума с вытекающими из этого биохимическими изменениями, происходящими вследствие всасывания углекислого газа в кровь, приводят к ряду побочных эффектов, которые более выражены у лиц пожилого и старческого возраста (9, 10, 49, 57).

Также к ним могут быть отнесены физиологические и морфологические функциональные изменения стареющего организма. Инволютивные процессы к 70 годам способствуют развитию компенсированной полиорганной и полисистемной недостаточности, подавлению продукции факторов иммунитета, кроветворения, развитию системного атеросклероза, пневмосклероза, миокардиодистрофии, снижению мозгового кровотока и возрастному уменьшению тел нейронов (11, 33, 36, 37, 42, 54).

Кровообращение у стареющего организма характеризуется повышением среднего артериального давления при увеличении общего периферического сосудистого сопротивления, уменьшением минутного объема сердца и ударного объема как в покое, так и при нагрузке. При волемиической нагрузке у пожилых больных может уменьшаться производительность сердца вследствие повышения конечного диастолического давления в левом желудочке. В таком случае метаболические запросы организма удовлетворяются за счет роста тканевой экстракции кислорода, что является признаком латентной гипоксии (29, 30, 41)

Кроме того, пусковым механизмом для развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем в послеоперационном периоде часто служат нераспознанные нарушения гемодинамики и вентиляционно-перфузионных отношений именно в интраоперационном периоде. Поэтому возникает целесообразность их мониторинга (17, 19)

Помимо этого у геронтологических больных происходит изменение фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов в связи с перераспределением жидкости в водных секторах, снижения гидрофильности тканей, угнетения детоксикационной функции легких, печени. (6, 39, 55).

Одной из актуальных проблем в хирургии является послеоперационный делирий. Его частота, по данным различных авторов, составляет от 6 до 83% (50, 45, 46, 58), при этом

послеоперационный делирий является независимым предиктором неблагоприятного исхода лечения в абдоминальной хирургии (59).

Поэтому вопрос анестезиологического обеспечения у данной категории больных (на фоне полиорганной и полисистемной недостаточности различной степени выраженности) представляется весьма актуальным, так как традиционный подход к медикаментозному лечению и выбору методик общей и проводниковой анестезии у пожилых больных по многим позициям просто неприемлем (6, 11, 19, 25, 26, 32, 35).

Несмотря на все сложности, больных необходимо обеспечить адекватным обезболиванием, седацией, миорелаксацией при минимально возможных отклонениях параметров центральной гемодинамики, а также обеспечить оптимальную антиноцицептивную защиту организма от хирургической агрессии и комфортную и безопасную посленаркозную реабилитацию. Наиболее полно этим требованиям отвечают варианты сбалансированной анестезии на основе регионарных блокад (21, 24, 27, 43, 51). Между тем эпидуральная и спинальная анестезия в общепринятых вариантах может спровоцировать грубые гемодинамические нарушения, вызвать срыв компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы, повышая риск ишемических и гипоксических повреждений (13, 15, 23)

При оказании анестезиологической помощи пожилым пациентам одни авторы предлагают современную общую анестезию на основе пропофола и фентанила или ингаляционную изо- или севофлуранами в комбинации с наркотическими анальгетиками (12, 18, 20). Другие считают, что общая анестезия не в полной мере создает адекватную ноцицептивную защиту от интраоперационной агрессии и предлагают комбинации регионарных методов обезбоживания с контролируемой седацией или общей анестезией (22, 27, 44)

Вынесение заключения по этому вопросу весьма затруднительно, так как оно напрямую зависит от суждений об адекватности анестезии и детальной оценки преимуществ метода сочетанной анестезии. К сожалению, критерии адекватности анестезиологической защиты довольно неконкретны. Например, долгие годы о ней судили на основании гемодинамической стабильности, однако сегодня ориентация на это представляется уже недостаточной (14, 28). Ценность лабораторных показателей очень низка в связи с отсроченностью получаемой информации.

Современные представления о механизмах формирования боли ведут к предположению, что наиболее адекватная анестезия при травматичных вмешательствах может быть обеспечена комбинированной анестезией, включающей не только активацию антиноцицептивных структур препаратами общего действия, но и прерывание афферентного ноцицептивного потока за счет блокады проводящих путей, например, с помощью эпидурального блока. В то же время отношение к целесообразности использования эпидуральной блокады в ходе анестезии в полной мере не устоялось. Известно, что она требует и финансовых затрат (наборы, современные местные анестетики), и наличия у анестезиологов-реаниматологов, ее применяющих, хороших практических навыков.

Проведенный анализ литературных источников свидетельствует о недостаточном освещении вопросов, связанных с проведением анестезиологического пособия у геронтологических пациентов при лапароскопической холецистэктомии, его эффективности в концепции послеоперационного выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конкаев А.К., Баймагамбетов Ш.А. Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств у геронтологических пациентов с переломами бедренной кости.-Методические рекомендации. 2-е издание – Алматы. Эверо,-2014.-56с.
2. Нурахманов Б.Д., Ибадильдин А.С., «Хирургия», учебник. 1 том – Алматы: «Эверо», 2013.-С. 108-142
3. Сапарова Қ.Ғ., Бижігітов Ж.Б. Госпитальдық хирургия - Алматы - 2010. - 671-675 б.
4. Буров Н.Е. Анестезия и интенсивная терапия в гериатрической урологии-из кн. Избранные главы гериатрической урологии. – 2000. – С.80-81.

- 5.Бобринская И.Г., Левите Е.М, Феденко В.В. Прогноз и коррекция нарушений, связанных с пневмоперитонеумом. Российский медицинский журнал. – 2001. – №6. – С. – 31-34., 113.
- 6.Брискин Б.С., Пузин С.Н., Костюченко Л.Н. Хирургические болезни в гериатрии. – М: Бином – 2006. – 336 с.
- 7.Воробьев Г.И., Ачкасов С.И., Степанова Э.А. Лапароскопически-ассистированные операции на ободочной кишке у больных старших возрастных групп. Хирургия. Журнал им Н.И. Пирогова. – 2007. – №9. – С. 72–76.
- 8.Гостищев В.К. Общая хирургия / В.К. Гостищев. М.: ГЭОТАР Медицина, 2005. - 617 с.
- 9.Давыдов А.А., Баранов Д.В., Крапивин Б.В. и др. Осложнения карбоксиперитонеума во время лапароскопических операций и их профилактика. Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №2. – С. 23–24.
- 10.Давыдова Н.С. Новые подходы к оптимизации анестезиологической защиты при оперативном лечении лиц пожилого и старческого возраста-Дисс. д.м.н.-Екатеринбург-2002.
- 11.Жилияев Е.В., Войновский Е.А., Лукьянова М.А и др. Новый подход к прогнозированию риска сердечно-сосудистых осложнений при плановых операциях на органах брюшной полости и малого таза. Клиническая геронтология. – 2001. – №3. – С. 11–15.
- 12.Замятин М.Н., Теплых Б.А. и др. Индукция и поддержание анестезии севофлураном: методические основы техники VIMA. Москва. – 2010. – Учебно-методические рекомендации.
- 13.Казьмин С.Н., Козлов С.П., Золичева Н.Ю. и др. Субарахноидальная анестезия у больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы//Анестезиология и реаниматология.-2006.-№5.-С. 44-48.
- 14.Кондратьев А.Н. Сохранение сознания в ходе оперативного вмешательства в условиях общей анестезии. // Анест. и реаниматол. 1999. - №2. - С.22-25.
- 15.Корячкин В.А., Страшнов В.И., Хряпа А.А. Односторонняя спинальная анестезия. //Анестезиология и реаниматология.- 2008.-№4.-С. 4-5.
- 16.Косаченко В.М. Оптимизация анестезиологического обеспечения геронтологически больных при абдоминальных операциях: Автореф. дис.д-ра мед наук/В.М. Косаченко М., 2005. — 44 с.
- 17.Лебединский К.М. Оценка и коррекция системной гемодинамики во время операции и анестезии. Анестезия и системная гемодинамика. Санкт-Петербург // Человек. – 2000. – сс. 137-148, 151-154.
- 18.Лихванцев В.В., Левин Д.И., Мурачев А.С., и др. Ингаляционная индукция на основе севофлурана у пожилых больных высокого риска в некардиальной хирургии. Общая реаниматология. – 2011. - №3. – с.59-62.
- 19.Малярчук В.И., Русанов В.П., Долгов Д.Л. и др. Профилактика сердечно-сосудистых и дыхательных осложнений при выполнении холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста. Вестник Российского университета дружбы народов // Серия «Медицина». – 2000. – №1. – С. 32-35.
- 20.Мизиков В.М., Пейкарова А.В., Стамов В.И. и соавт. Эффективность и безопасность севофлурана в различных схемах анестезии (по результатам мультицентрового исследования). Анестезиология и реаниматология. – 2008. - №5. – с.52-55.
- 21.Овечкин А.М. Возможности и особенности проведения нейроаксиальной анестезии у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2009; - III(3): 36-47.
- 22.Овечкин А.М., Морозов Д.В., Жарков И.П. Обезболивание и управляемая седация в послеоперационный период: Реалии и возможности- Вест, интенсив. терапии-2001-№4-с.6.
- 23.Оруа И. Осложнения регионарной анестезии эпидемиологический аспект / И. Оруа // Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии: освежающий курс лекций / Под ред. Э.В. Недашковского. - Архангельск, 2005. -Вып.10. - С.141-145.
- 24.Репин К.Ю. Актуальные проблемы безопасности пациентов старших возрастных групп при спинальной анестезии местными анестетиками: Автореф. дис. д-ра мед. наук / К.Ю. Репин Екатеринбург, 2007.-44 с.
- 25.Рябов Г.А., Кулабухов В.В. Особенности периоперационного периода у пожилых больных. М:БИНОМ. – 2006. – с. 84-114.

26. Сапанюк А.И., Бухарин А.И., Куклова И.И. и др. Прогнозирование гемодинамического ответа при выполнении лапароскопических холецистэктомий. Эндоскопическая хирургия. – 2006. – Т.12. - №2. – с.96.
27. Светлов В.А., Зайцев А.Ю., Козлов С.П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад: стратегия и тактика. // анест-я и реан-я. 2006; 4:4-12
28. Силаев Б.В. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия геронтологических больных в урологии: Автореф. дис. канд. мед. наук / Б.В. Силаев Москва, 2006. - 20 с.
29. Скобелев Е.И., Бондаренко Е.Д., Перов О.И. Оптимизация анестезии на плановых операциях холецистэктомии у пожилых больных. // Новости анестезиологии и реаниматологии.-Москва.-2006.-С.81.
30. Скобелев Е.И., Перов О.И., Благовидов Д.Ф. и соавт. Выбор метода анестезии у пациентов пожилого возраста при хирургической патологии гепатобилиарной зоны//Москва.-2007.-С.55.
31. Соколенко Г.В., Коровин А.Я., Кулиш В.А. Спинальная анестезия при гинекологических эндоскопических операциях. // Эндоскопическая хирургия.-2005.-№1.- С.45-46.
32. Федоровский Н.М. Некоторые аспекты анестезиологического обеспечения у пожилых и старых больных при абдоминальных операциях / Н.М. Федоровский, С.Б. Корсунский, В.М. Косаченко // Клинич. геронтология. 2003. - Т. 9, № 2. - С. 13-20.
33. Федоровский Н.М. Физиологические особенности стареющего организма в оценке специалиста по анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии / Н. М. Федоровский // Клинич. геронтология. 2003. -Т. 9, № 2. - С. 36-40.
34. Федоровский Н.М., Овечкин А.М., Косаченко В.М. Анестезиологическое обеспечение геронтологических больных-В кн.-Хирургические болезни в гериатрии-"Избран. лекции"-М.-Бином-2005-с.59-82.
35. Федоровский Н.М. К вопросу об анестезиологическом обеспечении и интенсивной терапии больных пожилого и старческого возраста Текст. / Н.М. Федоровский, В.М. Косаченко, Н.К. Коллюцкий // Мед. помощь. 2004. -№ 2. - С.34-36.
36. Федоровский Н.М. Оптимизация анестезиологического обеспечения геронтологических больных Текст. / Н. М. Федоровский, А. М. Овечкин, Е. Ю. Халикова // Здравоохранение Башкортостана. 2005. - № 9 (Спец. выпуск). - С.43-46.
37. Федоровский Н.М. Актуальные проблемы анестезиологии в гериатрии. Материалы II Российской–Американской научно-практической конференции. Москва. – 2003. – С. 138–139.
38. Федоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. «Эндоскопическая хирургия». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-544с.:ил (224-290).
39. Фееринг Б. Фармакокинетика и токсичность местных анестетиков – вопросы выбора дозы // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: (Освежающий курс лекций). Вып. 10 / Под ред. Э.В. Недашковского. – Архангельск. – 2005. – С. 124–127.
40. Францзайдес К. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия: пер. с англ. под ред. И.С. Осипова / К. Францзайдес. СПб.-М.: «Невский диалект» -«Издательство БИНОМ», 2000. - 320 с.
41. Хеденштерна Г. Влияние положения тела на вентиляционно-перфузионное соотношение.// Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: (Освежающий курс лекций). Вып. 10 / Под ред. Э.В. Недашковского. – Архангельск, 2005. С.256-262.
42. Хачатрян С.Г., Анестезиологическое обеспечение реконструкционных операций на брюшной аорте и ее ветвях у больных старше 65 лет с сопутствующей ИБС: Автореф. дис. канд. мед. наук / С.Г. Хачатрян Москва, 2008. - 127с.
43. Шелухин Д.А. Оптимизация комбинированной спинально-эпидуральной анестезии у пациентов старших возрастных групп: Автореф. дис. канд. мед. наук / Д.А. Шелухин Санкт-Петербург, 2009. - 119с.
44. Шифман Е.М., Бутров А.В., Федулова И.В. Эпидуральная блокада ванестезиологическом обеспечении лапароскопических операций в гинекологии. Анестезиология и реаниматология. – 2007. – №2. – С. 65–68. 135.
45. Chang Y.L., Tsai Y.F., Lin P.J., Chen M.C., Liu C.Y. Prevalence and risk factors for postoperative delirium in a cardiovascular intensive care unit. Am. J. Crit. Care. 2008; 17(6): 567-75.
46. Desborough J.P. The stress response to trauma and surgery. //Br. J. Anaesth. 2000. - Vol.85, №1. - P. 109-117.

47. Etzioni DA, Liu JH, Maggard MA, Ko CY. The aging population and its impact on the surgery workforce/ *Ann Surg* 2003; 238: 170-7.
48. Gupta A., Watson D.I. Effect of laparoscopy on immune function. *British Journal of Surgery*. – 2001. – Vol. 88. – P. 1296–1306.
49. Hopkins D., Gemmell L.W. Intraabdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *BSA - CEPD Reviews*. – 2001. – № 2. – P. 56–58.
50. Kamitani K., Higuchi A., Asahi T., Yoshida H. Postoperative delirium after general anesthesia vs. spinal anesthesia in geriatric patients. *Masui*. 2003; 52(9): 972-5.
51. Kosibski S regional analgesia for trauma patients.//*Anasterjol. Intens Ter*. 2009; V.53(&):215-218.
52. Moraca R.J., Sheldon D.G., Thirlby R.C. The role of Epidural Anesthesia and Analgesia in Surgical Practice. *Ann. Surg.* – 2003. November. – № 5. – P. 663–673.
53. Muravchick S. Geroanesthesia. Principles for Management of the Elderly Patient-St. Louis-Mosby-Year Book, Inc., 1997.
54. Muravchick S. Gerontology- Internat. Syllabus on Geriatric Anesthesiology-2000-p.1-4
55. Morgan G.E. Clinical anesthesiology, second edition / G.E. Morgan, M.S. Mikhail. Prentice-Hall International Inc., 2005. - 1064 p.
56. Naughton C., Feneck R.O. The impact of age on 6-month survival in patients with cardiovascular risk factors undergoing elective non-cardiac surgery. *Int. J. Clin. Pract.*, 2007; 61:768-776.
57. Rauh R., Hemmerling T.M., Rist M., Jacobi K.E. Influence of pneumoperitoneum and patient positions on respiratory system compliance. *J Clin. Anesth* 2001; 13: 361-365
58. Rudolph J.L., Marcantonio E.R. Review articles: postoperative delirium: acute change with long-term implications. *Anesth. Analg.* 2011; 112(5): 1202-11.
59. Veiga D., Luis C., Parente D., Abelha F. Outcome after hepatectomy-delirium as an independent predictor for mortality. *BMC Anesthesiol.* 2013; 13:4.

ТҮЙІН

Р.Б.Аблатаева, secluded_corner@mail.ru. м.ғ.к. Р.И.Ашурметов, rustam_5656@mail.ru
Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, медицина факультеті, Түркістан қ.

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КЕЗІНДЕГІ ҚАРТ НАУҚАСТАРДЫ ЖАНСЫЗДАНДЫРУ: МӘСЕЛЕНІҢ ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ КЕЛЕШЕГІ

Бұл мақала лапароскопиялық холецистэктомия кездегі жансыздандыруды қолдану мәселелерге арналған. Өт-тас аурудың кең таралуын және қарт науқастардың саны көбеюін ескерткенде, 65 жастан үлкен науқастарға жансыздандыруды әдептілікпен таңдау керек, өйткені олар қосалқы аурулар және ағзаның инволютивтік өзгерістер болғандықтан жоғары тәуекелді топқа жатады. Жансыздандырудың қартайып баратын ағзаның түрлі мүшелерге және жүйелерге әсерінің ерекшеліктері анықталған және регионарлы мен жалпы жансыздандырудың оң және теріс жақтары сипатталған.

Кілт сөздер: анестезиология, регионарлы жансыздандыру, лапароскопиялық холецистэк-томия, геронтология, эпидуралдық жансыздандыру.

ABSTRACT

Ablatayeva R.B., secluded_corner@mail.ru, k.m.s., Ashurmetov R.I., rustam_5656@mail.ru
International Kazakh-Turkish University named after Khoja Akhmet Yassawi, medicine faculty, Turkestan

ANESTHETIC MANAGEMENT FOR LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ELDERLY PATIENTS: THE STATE OF THE PROBLEM AND PROSPECTS (Literature review)

In this article issues, concerning problems of anesthetic implications during laparoscopic cholecystectomy in geront patients, are discussed. Taking into account the common prevalence of the cholelithiasis and increasing number of elderly patients doctors should choose the type of anesthesia in patients over 65 years more delicate as they are patients of high risk due to the fact that they have adverse comorbidity and involutive changes of organism. Peculiarities of an influence anesthesia on different organs and systems of an aging body are reviewed; positive and negative sides of regional anesthesia are also revealed.

Key words: anesthesiology, regional anesthesia, laparoscopic cholecystectomy, gerontology, epidural anesthesia.

Каракул И.А., врач высшей категории, Областная офтальмологическая больница, г.Шымкент, Казахстан, karakul53@mail.ru.

Сайдуллаева А.К. – интерн, МКТУ им.К.А.Ясауи, г.Шымкент, Казахстан, ako_sadullaeva@mail.ru.

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ АНАЛОГОВ ПРОСТАГЛАНДИНОВ (КСАЛАТАН, ТРАВАТАН И ТАФЛУПРОСТ), В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ФОРМЫ ГЛАУКОМЫ

АННОТАЦИЯ

В Казахстане первичная глаукома занимает первое ранговое место среди нозологических причин первичной инвалидности по зрению. Причем каждый пятый инвалид находится в трудоспособном возрасте, поэтому актуальными стали дальнейшая разработка и выпуск новых гипотензивных препаратов. По данным Областной офтальмологической больницы г.Шымкент в РК проживают более 20000 инвалидов по зрению.

Ключевые слова: открытоугольная, глаукома, простагландины, побочные эффекты.

Следует отметить, что медикаментозная терапия имеет наибольшее значение в лечении глаукомы. Как правило, медикаментозное лечение назначается на длительный период времени, поэтому гипотензивные средства должны обладать не только эффективностью в отношении снижения ВГД, но и хорошей переносимостью, минимумом побочных эффектов, удобством применения.

Местное применение простагландинов в настоящее время является самой распространенной терапией при глаукоме и глазной гипертензии во всем мире. По сравнению с другими гипотензивными препаратами они сильнее снижают внутриглазное давление и имеют меньше системных побочных эффектов.

Аналоги простагландинов на сегодняшний день являются наиболее перспективным и разрабатываемым классом лекарственных препаратов.

Аналог простагландинов относится к средствам, приводящим к снижению уровня офтальмотонуса за счет активизации оттока внутриглазной жидкости по увеосклеральному или дополнительному (заднему) пути. Высокая эффективность воздействий средств на уровень ВГД, хорошая переносимость и отсутствие существенных системных побочных эффектов способствуют их все более широкому применению. Ввиду высокой эффективности, и меньшего побочного эффекта и удобств в применении заслуживает дальнейшего изучения.

Цель исследования – сравнительная оценка гипотензивной эффективности трех препаратов из группы аналогов простагландинов (Ксалатан, Траватан и Тафлупрост).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 33 пациентов в глаукомном кабинете в Областной офтальмологической больнице г.Шымкент, разделенных на три равные группы, в зависимости от применяемого препарата. Критериями включения служили: возраст старше 18 лет; наличие ПОУГ начальной или развитой стадии (худший глаз); исходное тонометрическое ВГД на худшем глазу 22–30 мм рт.ст.; острота зрения худшего глаза не ниже 0,2; способность пройти все необходимые исследования в течении всего срока наблюдения.

Методы исследования: визометрия, тонометрия аппаратом Маклакова, гониоскопия линзой Гольдмана, компьютерная периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, кераторефрактометрия, ОСТ томограф.

Результаты. Пациенты случайным образом были распределены на следующие группы: 1 группа, применявшая Ксалатан – 11 человек. Ксалатан (латанопрост 0,005%) применялся ими однократно вечером в 20:00.

2 группа, применявшая Траватан – 11 человек. Траватан (травопрост 0,004%) также инстиллировался однократно в 20:00.

3 группа, применявшая Тафлупрост – 11 человек. Тафлупрост (0,0015% раствор) применялся также 1 раз в сутки, в 20:00.

Таблица 1 - Распределение пациентов в зависимости от стадии глаукомного процесса и уровня тонометрического ВГД.

Стадия глаукомы	ВГД (мм.рт.ст.)	
	«нормальное»(от 22 до 26 мм.рт.ст)	Повышенное (от 27 до 30 мм.рт.ст.)
начальная	10 глаз	11глаз
развитая	20 глаз	21глаз

Срок наблюдения составил 6 месяцев. В течение этого срока пациенты осматривались 1 раз в месяц. Исследовались следующие показатели:

1. При каждом визите измерялось артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС).
2. Поле зрения исследовалось в начале и в конце исследования. Проводились кинетическая периметрия и надпороговая статическая периметрия на периметре.
3. Острота зрения с наилучшей коррекцией исследовалась на всех визитах традиционным методом.
4. Биомикроскопия проводилась при каждом визите.
5. ТонOMETрическое ВГД исследовалось тонометром Маклакова на всех визитах примерно в одно время суток (в 8–9 часов утра).
6. Офтальмоскопия проводилась при каждом визите.
7. Приверженность пациентов к лечению отслеживалась постоянно, во время каждого визита. Уточнялось наличие побочных явлений, соблюдение пациентом режима инстилляций, изменения в самооценке пациентом своего состояния. (таблица 1).

Таблица 2 - Динамика тонометрического ВГД в исследуемых группах.

Группа пациентов	ВГД (мм.рт.ст.)			
	Исходное	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Ксалатан	25,1+3,2	19,5+1,2	20,2+1,1	20,7+1,4
Траватан	24,2+2,9	18,2+1,1	19,1+1,4	18,9+1,5
Тафлупрост	25+3,2	19,0+1,1	20,2+1,5	20,8+1,3

Динамика тонометрических показателей в группах представлена в (таблице 2). Как видно из таблицы, к исходу первого месяца ВГД снизилось до необходимых значений во всех трех группах. Уровень общепринятого давления цели был практически сохранен в течение всего срока исследования также во всех группах. Несколько более выраженный гипотензивный эффект наблюдался при применении Траватана. Ксалатан и Тафлупрост показали практически одинаковый гипотензивный эффект.

Побочные эффекты гипотензивного препарата могут значительно ухудшить функциональные результаты лечения за счет снижения приверженности пациента назначенной терапии. Частота побочных эффектов лечения в исследуемых группах представлена в таблице 3. У одного пациента из группы Траватана гиперемия конъюнктивы оказалась настолько выраженной, что он отказался от дальнейшего участия в исследовании. В остальных случаях гиперемия оценивалась как умеренная и переносилась без дополнительного лечения. В нашем исследовании жалобы на некоторый дискомфорт чаще предъявлялись при лечении Траватаном, а менее всего были выражены при лечении препаратом Тафлупрост.

Показатели визометрии, периметрические показатели и состояние глазного дна за время исследования не претерпели статистически значимых изменений. Возможно, это связано с относительно небольшим сроком наблюдения. Данные АД и ЧСС колебались незначительно и также достоверно не изменились.

Все пациенты показали примерно одинаковую приверженность лечению. Несколько больше претензий к качеству жизни предъявлялось в группе, применявшей Траватан, но это психологически компенсировалось более выраженным гипотензивным эффектом препарата (о показателях ВГД пациентам сообщалось во время каждого визита).

Таблица 3 - Частота побочных эффектов от применения аналогов простагландинов в исследуемых группах.

Побочное явление	Группы пациентов		
	Ксалатан	Траватан	Тафлупрост
Конъюнктивальная гиперемия	2	3	3
Жжение	1	1	1
Временное ухудшение зрения	0	1	1
Рост ресниц	1	1	0
Потемнение радужки	1	1	0
Неопределенный дискомфорт	1	2	0

ВЫВОДЫ

Применения препаратов группы аналогов простагландинов отличается выраженной клинической эффективностью.

Траватан оказывает наиболее значительный гипотензивный эффект, Ксалатан и Тафлупрост показывают несколько меньшую и примерно одинаковую гипотензивную активность.

Побочные эффекты от назначения препаратов – аналогов простагландинов не оказывают значительного влияния на качество жизни пациентов и их отношение к лечению.

Ксалатан и Тафлупрост имеют наименьшую выраженность побочных эффектов.

Препараты группы простагландинов удобны в применении (1 раз в сутки).

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Шуко А.Г. Национальное руководство по глаукоме// Мед-книгасервис. – 2008. – С.23.
- 2.Роль препаратов, не содержащих консерванта, в медикаментозной терапии глаукомы: материалы конференции. – Хельсинки. – 2011. – С.24.
- 3.Офтальмологический журнал Казахстана. -2011. № 2-3.

ТҮЙІН

Каракул И.А. - жоғарғы санатты дәрігер, Облыстық офтальмологиялық аурухана, Шымкент қ-сы, Қазақстан, karakul53@mail.ru.

Сайдуллаева А.К. – интерн, Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ-сы, Қазақстан,, ako_sadullaeva@mail.ru.

ПРОСТАГЛАНДИН АНАЛОГТАРЫНЫҢ (КСАЛАТАН, ТРАВАТАН ЖӘНЕ ТАФЛУПРОСТ) ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ АШЫҚ БҰРЫШТЫ ГЛАУКОМА НЫСАНДАРЫН ЕМДЕУ ПРАКТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Қазақстанда бастауыш глаукома нозологиялық алғашқы мүгедектік-еркін себептері арасында бірінші орында тұр. Ал бес мүгедектің бірі еңбек жасындағы болып табылады, сондықтан шұғыл жаңа антигипертензивті препараттардың одан әрі дамыту және өндіруге көп көңіл бөлінуде. Қазақстан, Шымкент қаласында облыстық офтальмологиялық ауруханасының зерттеуі бойынша көру қабілеті нашар 20000-нан астам адам бар.

Кілт сөздер: ашық-глаукома, простагландин, жанама әсерлері.

ABSTRACT

Karakul I.A., doctor of the highest category, Regional ophthalmological hospital, Shymkent, Kazakhstan, karakul53@mail.ru.

Saydullayeva A.K. – intern, International Kazakh-Turkish university named after K.A.Yesevi, Shymkent, Kazakhstan, ako_sadullaeva@mail.ru.

PRACTICAL EXPERIENCE DRUGS FROM THE GROUP ANALOGUE OF PROSTAGLANDIN (XALATAN, TRAVATAN AND TAFLUPROST) IN THE TREATMENT OF OPEN FORMS OF GLAUCOMA

In Kazakhstan, primary glaucoma occupies the first rank place among the reasons of nosological primary disability-free. And one in five disabled person is of working age, so urgent was the further development and production of new antihypertensive drugs. According to the regional ophthalmologic hospital in Shymkent in Kazakhstan there are more than 20,000 visually impaired.

Keywords: open-glaucoma, prostaglandin side effects.

Каракул И.А.- врач высшей категории, Областная офтальмологическая больница, г.Шымкент, Казахстан, karakul53@mail.ru

Хаджиева М.Б.- интерн МКТУ, г.Шымкент, Казахстан, hajievamaral@mail.ru

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

Цель работы: анализ результатов скрининга по раннему выявлению глаукомы по Южно-Казахстанской области у подлежащей группы. Исследования проходили в доврачебных кабинетах поликлиник районов и городов ЮКО. Всего обследованию подлежало 230578 человек, осмотрено из них 230508. Критериями отбора пациентов в группу подозрения был возраст старше 40 лет, а также наличие родственников, состоящие на диспансерном учете с диагнозом глаукомы.

Ключевые слова: глаукома, ранняя диагностика, современные подходы, оценка результатов

Введение. Многочисленные исследования указывают на значительную распространенность глаукомы среди населения в мире. По данным ВОЗ, это заболевание составляет до 5% всей глазной патологии. Распространенность глаукомы увеличивается с возрастом, наблюдается проявление своеобразного феномена «омолаживания» глаукомы [1, 2, 3].

В Казахстане показатель заболеваемости глаукомой за 15-летний период возрос с 40,0 до 55,3% и был неравномерно распределен по регионам. Среднегодовой уровень заболеваемости среди городского населения в 1,5 раза превысил показатель заболеваемости сельских жителей [4, 5].

Значительная распространенность глаукомы и бессимптомность ее течения определяют актуальность действий по ее раннему выявлению. Одним из приоритетных направлений офтальмологии для раннего выявления глаукомы, даже при отсутствии симптомов заболевания, может быть скрининг [6].

Методы и материалы.

Исследования проходили в доврачебных кабинетах поликлиник районов и городов ЮКО в течение 2015 года. Использование тонометрии в практике является необходимым диагностическим приемом. Чувствительность тонометрического теста при условии отбора

пациентов с ВГД большим 21 мм рт. ст. оценивается примерно в 50% при специфичности до 97% [7].

Таким образом, расширение объема обследования пациентов старше 40 лет позволило выявить глаукому по городу Шымкент в 0,58%, в 0,96% больных от осмотренных в городе Туркестан, 0,77 % в Кентау, 0,65% в Шардаринском районе.

Итого по области процент выявленных больных составил 0,49%, на Д учет взято 1128 больных.

В настоящее время в соответствии и во исполнение п.5.2 (Дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных социально значимых заболеваний и травм) Плана мероприятий «Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы», утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан 29 января 2011 года, и в целях совершенствования профилактики, диагностики и лечения проводится скрининг на раннее выявление глаукомы среди населения Республики.

Каждому гражданину от 40 лет и старше, проживающему в городе или в сельской местности, один раз в 2 года необходимо проводить измерение внутриглазного давления (ВГД) силами средних медицинских работников, прошедших подготовку по тонометрии. Кроме того, профилактическому измерению внутриглазного давления подлежат следующие категории населения: кровные родственники глаукомных больных (1 раз в году); пациенты с эндокринной патологией (1 раз в год); пациенты с выраженными проявлениями атеросклероза, заболеваниями сердечно-сосудистой системы (1 раз в год); лица с миопией более 4,0 D старше 30 лет (1 раз в год).

Согласно правилам проведения скрининга средний медицинский работник медицинского пункта (МП), фельдшерско-акушерского пункта (ФАП), врачебной амбулатории (ВА) выполняет функции: ежегодно до 25 ноября текущего года составляет список целевой группы, подлежащей осмотру в предстоящем году, и предоставляет в организационно-методический отдел и отделение профилактической медицины районной поликлиники; проводит оповещение целевых групп населения о необходимости и условиях прохождения скрининговых осмотров, приглашает целевую группу населения на скрининговый осмотр.

При проведении скрининга: проводит опрос по факторам риска (курение, употребление алкогольных напитков, наследственность) и по скрининг-тесту (жалобы на нарушение зрения, наличие глаукомы у родственников); проводит тонометрию по Маклакову или с использованием бесконтактного тонометра; заполняет форму 025-08/У, куда вносит результаты тонометрии; при положительном скрининг-тесте и/или ВГД выше 25 мм рт. ст., а также при его разнице между правым и левым глазом 3 мм рт. ст. и более обследуемый с подозрением на глаукому направляется к врачу-офтальмологу.

Ежеквартально сведения о количестве проведенных исследований должны передаваться в офтальмологический кабинет по подчиненности.

В районной (РП) или городской (ГП) поликлиниках средний медицинский работник амбулаторного участка также ежегодно до 25 ноября текущего года составляет список целевой группы, подлежащей осмотру в предстоящем году, и предоставляет его в организационно-методический отдел и отделение профилактической медицины поликлиники; проводит оповещение целевых групп населения о необходимости и условиях прохождения скрининговых осмотров; приглашает целевую группу населения на скрининговый осмотр и отслеживает прохождение осмотра; обеспечивает своевременность прохождения профилактических осмотров целевых групп населения.

Средний медицинский работник доврачебного кабинета: проводит измерение внутриглазного давления по Маклакову или с использованием бесконтактного тонометра лицам, подлежащим тонометрии, которые обратились в поликлинику за любой медицинской помощью; проводит опрос по факторам риска (курение, употребление алкогольных напитков, наследственность) и по скрининг-тесту (жалобы на нарушение зрения, наличие глаукомы у родственников); заполняет форму 025-08/У; результаты обследования заносит в амбулаторную карту больного, после чего ее титульный лист маркирует специальной меткой (круг голубого цвета диаметром 2 см) с указанием даты тонометрии; пациентов с подозрением на глаукому направляет к врачу-офтальмологу для дальнейшего обследования; еженедельно представляет

врачу-офтальмологу поликлиники сведения о лицах, у которых выявлено повышенное внутриглазное давление.

Врач офтальмолог кабинета районной, городской поликлиники осуществляет: выявление глаукомы по обращаемости, уточнение диагноза глаукомы у пациентов, направленных медицинскими работниками СВА, ФАП, ВА; проведение обследования в соответствии с утвержденным протоколом, включая офтальмоскопию, периметрию, тонометрию; морфометрию головки зрительного нерва; подбор режима офтальмогипотензивной терапии; при необходимости - направление больного в специализированный глаукомный кабинет консультативно-диагностического центра (КДЦ) для дальнейшего обследования и уточнения диагноза; диспансерное наблюдение глаукомных больных; обеспечение работы «Школы глаукомного больного»; своевременное направление на лазерное и хирургическое лечение; санитарно-просветительную работу.

ВЫВОДЫ

1. Проведение скрининговых обследований на глаукому является активной формой ее выявления.

2. Необходимый минимум обследования на глаукому должен включать тонометрию, компьютерную периметрию, офтальмоскопию с оценкой экскавации диска зрительного нерва. Применение новых способов диагностики, например, тонометрия аппаратом оптический когерентный томограф (ОСТ) позволяет повысить скорость обследования, охватить большее число пациентов.

3. Необходимо исключить погрешности, связанные с интерпретацией результатов тонометрии, в особенности работников среднего мед.персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Социально-экономические аспекты инвалидности.- М.: Медицина, 2006-136 с.
2. Илларионова А.Р., Пилецкий Н.Г. Состояние и динамика распространенности и инвалидности вследствие глаукомы в РФ// Рус.мед.журн.-2000-Т.2, № 2.-с.1-3.
3. Ботабекова Т.К. Глаукома – Алматы, 2003-200 с.
4. Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С., Исламова С.Е. Динамика инвалидности вследствие глаукомы в Республике Казахстан// Матер.научного конгресса офтальмологов “ Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глазных болезней ”. Алматы, 2008.- с.104-107
5. Устинов С.Н. Исследование центрального и периферического поля зрения в ранней диагностике глаукомы// Глаукома.-2002-№ 1- с.42-48
6. Лоскутов И.А., Ибатулин Р.А. Раннее выявление глаукомы в оптометрической практике// Глаукома-2006-№ 2-с.60-62
7. Офтальмологический журнал Казахстана, 2011 г.- № 1, с. 9-13

ТҮЙІН

Каракул И.А.- жоғарғы санатты дәрігер, Облыстық офтальмологиялық аурухана Шымкент қ-сы, Қазақстан, karakul53@mail.ru.

Хаджиева М.Б. – интерн, Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ-сы, Қазақстан, hajievamaral@mail.ru

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ГЛАУКОМА ЕРТЕ АНЫҚТАУ СКРИНИНГІ

Мақсаты: Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша глаукома ерте анықтау скринингі нәтижелерін талдау үшін бір топ тағайындалды Оңтүстік Қазақстан облысының қалаларында және аудандарында ғылыми-зерттеу алғашқы медициналық көмек көрсету клиникалардың бөлімшелерінде өтті. Барлығы сауалнама 230.578 адамдар, оның ішінде 230508 қаралды. Сондай-ак

.күдікті тобында науқастарды іріктеу критерийлері глаукома диагнозы бойынша диспансерлік учетта тұратын, отбасы мүшелерінің жасы 40-тан асқан болуы тиіс, адамдар қаралды.

Кілт сөздер: глаукома, ерте диагностика, қазіргі заманғы тәсілдері, бағалау

ABSTRACT

Karakul I.A., doctor of the highest category, Regional ophthalmological hospital, Shymkent, Kazakhstan, karakul53@mail.ru.

Hajieva M.B., – intern, International Kazakh-Turkish university named after K.A.Yesevi, Shymkent, Kazakhstan, hajievamaral@mail.ru

SCREENING FOR EARLY DETECTION OF GLAUCOMA IN THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION

Objective: To analyze the results of the screening for the early detection of glaucoma by the South Kazakhstan region in an expedient group. The research took place in the offices of first aid clinics of districts and towns of South Kazakhstan region. Total survey to be 230,578 people, 230,508 of them examined. The criteria for selection of patients in suspected group was age older than 40 years, as well as the presence of family members, consisting on the dispensary with glaucoma diagnosis.

Key words: glaucoma, early diagnosis, modern approaches, evaluation.

УДК 616.31-083

Кулмаханбетова А.М., Камшыбаева Н.А., e-mail nazik_saken@mail.ru, сот. тел: 87053736292
МКТУ им Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, кафедра профилактической
медицины и стоматологических дисциплин.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

АННОТАЦИЯ

Проблема профилактики заболеваний тканей пародонта стоит достаточно остро уже многие десятилетия. Особенно актуальными эти вопросы становятся во время появления в полости рта различных ортодонтических конструкций. По известным данным, наличие ортодонтических конструкций в полости рта приводит к развитию патологии тканей пародонта в 92% случаев. Современная ортодонтия имеет огромный арсенал аппаратуры, используемой в ходе лечения. Наряду со съёмными аппаратами, ранее часто применявшимися для ортодонтического лечения, сегодня в 84% случаев используется несъёмная ортодонтическая техника[1].

В связи с постоянным нахождением чужеродного раздражающего фактора в виде ортодонтической аппаратуры индивидуальная гигиена полости рта значительно затрудняется[2]. Первопричиной развития осложнений и возникновения заболеваний полости рта является затруднение очистки межзубных промежутков и пришеечной поверхности зубов и образование большого количества зубного налета. При формировании микробной биопленки, представляющей собой вязкий бактериальный слой на поверхности зуба, продукты бактерий могут проникать к субэпителиальным тканям и вызывать воспалительную реакцию тканей пародонта. Воротами проникновения инфекции в ткани пародонта является зубодесневая борозда. Целью исследования является повышение эффективности профилактики воспалительных заболеваний пародонта у пациентов в процессе ортодонтического лечения за счет комбинированного использования средств гигиены полости рта[3].

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, анализ эффективности, гигиена, полость рта, ткани пародонта.

Задачи исследования.

1. Динамическое изучение уровня гигиены полости рта и тканей пародонта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием различной техники.
2. Исследование микробного состава зубодесневой борозды в различные сроки проведения ортодонтического лечения.
3. Определение эффективности механических методов индивидуальной гигиенической обработки полости рта при использовании различных видов ортодонтической аппаратуры.
4. Изучение эффективности применения механических гигиенических комплексов в сочетании с антисептическими средствами гигиены при использовании различных видов ортодонтической техники.
5. На основании полученных клинических и микробиологических данных разработать рекомендации для использования в практике врачей-ортодонтотв и гигиенистов.

Материалы и методы исследования.

Изучены состояние тканей пародонта и состав микрофлоры зубодесневой борозды у пациентов в различные сроки проведения ортодонтического лечения. Установлено, что изменение клинических параметров пародонта является следствием изменения соотношения сапрофитной, пародонтопатогенной и условно пародонтопатогенной флоры десневых бороздок. Определена эффективность применения ирригатора и ополаскивателя «Листерин» у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. Установлено, что включение в состав комплекса индивидуальных гигиенических мероприятий ополаскивателя «Листерин» или ирригатора оказывает большую эффективность, чем мануальная и электрическая зубная щетка. На основании клинико-микробиологических данных определены индивидуальные гигиенические комплексы по уходу за полостью рта и ортодонтическими конструкциями с учетом вида используемой ортодонтической аппаратуры.

Определено, что при использовании съемной ортодонтической аппаратуры в процессе ортодонтического лечения рекомендовано применение ополаскивателя «Листерин». Пациентам, получающим лечение на самолигирующей несъемной ортодонтической аппаратуре рекомендовано применение или ополаскивателя «Листерин» или ирригатора. Пациентам, получающим лечение на лигатурной несъемной ортодонтической аппаратуре, кроме применения дополнительных средств гигиенического ухода необходимо наблюдение врача-пародонтолога на протяжении всего периода ортодонтического лечения.

С применением методов корреляционного анализа изучены изменения микробного состава зубодесневой борозды в динамике в зависимости от вида гигиенических мероприятий при использовании ортодонтической аппаратуры и выявлены механизмы их клинического действия на состояние пародонта. Установлено, что при использовании механических средств очищения (электрическая зубная щетка и ирригатор) состояние тканей пародонта зависит от частоты встречаемости нормальной микрофлоры, а «Листерин» как средство химической природы вызывает изменение глубинных взаимоотношений в симбиозе микроорганизмов ротовой полости.

ВЫВОДЫ.

1. Использование общепринятых средств гигиены полости рта при применении различных видов ортодонтической аппаратуры обеспечивает различный, но недостаточный эффект. Наименьший эффект достигается при использовании несъемной лигатурной техники.
2. С помощью корреляционного анализа выявлено 5 представителей микробной флоры зубодесневой борозды, являющихся базой для формирования биопленки: *Streptococcus epidermidis*, бактерии группы кишечной палочки, *Streptococcus viridians*, *Streptococcus anhaemolyticus*, *Staphylococcus Spp*.
3. Динамика клинических индексов существенно коррелирует с интенсивностью и характером микробной обсемененности в процессе ортодонтического лечения и с уровнем гигиены полости. В контрольной подгруппе А всегда имеется отрицательная корреляционная связь средней силы (-) клинических индексов с патогенной микрофлорой: индекс Muhlemann и Saxer (-0,38), индекс РМА (-0,37).
4. Замена мануальной зубной щетки на электрическую не вызывает значительных изменений микробиоценоза полости рта и ограничивается лишь некоторым снижением популяций микроорганизмов.

5. Положительная динамика клинических индексов при включении ирригатора определяется повышением количества нормальной микрофлоры.

6. Клиническая эффективность «Листерина» определяется ингибирующим действием на условно и истинные пародонтопатогенные микроорганизмы. Отсутствие негативных эффектов в сочетании с клинической эффективностью позволяют рекомендовать применение «Листерина» всем пациентам в ходе ортодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шулькина Н. М., Ускова В. А., Шулькин М. В., 1999 - № 1. - С. 42-45
2. Улитовский С. Б. Прикладная гигиена полости рта // Новое в стоматологии. - 2000. - № 6 (86). - 128 с.
3. Алимова Р. Г. Опыт реализации программ профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология. -2001. - Т. 80, № 3. -С. 60-62
4. Арсенина О. И., Попова А. В., Якубова М. Ш. Применение саморегулирующих брекетов в ортодонтической практике: пособие для врачей - ортодонт.-М.,- 2003 – 32 с.

ТҮЙІН

Кулмаханбетова А.М., Қамшыбаева Н.А.

Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты

ОРТОДОНТИЯЛЫҚ ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА АУЫЗ ҚУЫСЫ ГИГИЕНАСЫНЫҢ ӘР ТҮРЛІ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУДАҒЫ ТИІМДІЛІГІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Пародонт ауруларын алдын алу қазіргі таңда өзекті мәселелердің бірі болып саналады. Бұл мәселе ауыз қуысында ортодонтилық құрылым пайда болғанда актуалды болады.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, анализ эффективности, гигиена, полость рта, ткани пародонта.

SUMMARY

Kulmakhanbetova A.M., Kamshybaeva N.A.

I KTU named after K. A. Yasavi, Shymkent Medical Institute

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFICIENCY DURING ORTHODONTIC TREATMENT OF VARIOUS ORAL HYGIENE METHODS.

The problem of prophylaxis of diseases of fabrics of paradontium costs sharply enough already many decades. Especially actual these questions become during appearance in the cavity of mouth of different orthodontic constructions.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, анализ эффективности, гигиена, полость рта, ткани пародонта.

УДК 616.31-002-085

Камшыбаева Н.А., Мухамбетов М.А., Тасболатов Н.К., e-mail nazik_saken@mail.ru
МКТУ им Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, кафедра профилактической
медицины и стоматологических дисциплин, г.Шымкент, Республика Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ХОЛИСАЛ" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Аннотация

Воспалительные процессы в тканях пародонта приводят к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации. Учитывая высокую частоту заболеваний пародонта вполне обоснованным является разработка новых рациональных подходов к поиску более эффективных лекарственных средств. Поиск новых путей повышения эффективности лечения заболеваний пародонта является одной из актуальных задач современной стоматологии.

Воспалительные процессы в тканях пародонта приводят к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств. При этом отмечается устойчивая тенденция к росту тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта во всех возрастных группах.

В настоящее время проводимое местное и общее лечение воспалительных заболеваний тканей пародонта достаточно полно освещено в литературе как у нас в стране, так и за рубежом [1]. Несмотря на обширный арсенал современных средств и методов комплексного лечения больных с воспалительным процессом в пародонтальных тканях, они не всегда обеспечивают стойкую ремиссию заболевания. Проведение лечебных мероприятий, как правило, требует значительных материальных затрат, связанных с применением сложной и дорогостоящей аппаратуры [2].

Учитывая высокую частоту заболеваний пародонта, тяжесть течения, интоксикацию и сенсибилизацию организма, недостаточную эффективность применяемых для терапии медикаментозных средств и композиций лекарственных препаратов, схем и методов консервативного лечения вполне обоснованным является разработка новых рациональных подходов к поиску более эффективных лекарственных средств, лишенных побочного действия и не требующих больших финансовых затрат [3]. В связи с этим привлекает внимание использование в лечении заболеваний пародонта препарата «Холисал». Предварительно проведенные исследования показали, что гелеобразный «Холисал» легко наносится и длительно удерживается в очаге поражения, оказывает выраженное противовоспалительное и регенерирующее действие, обладает незначительным местнораздражающим действием, не вызывает побочных эффектов.

Ключевые слова: препарат холисал, заболевания пародонта, местное лечение, воспалительные заболевания, регенерация

Целью исследования является повышение эффективности методов лечения воспалительных заболеваний пародонта путём включения в комплекс терапевтических мероприятий препарата «Холисал» в виде геля.

Материалы и методы исследования.

Изучено противовоспалительное и регенерирующее действие геля «Холисал» в сравнении с его водным аналогом на ожоговой поверхности слизистой оболочки полости рта. Изучено влияние гелеобразного препарата «Холисал» на клинические показатели и микробиологическую картину тканей пародонта у больных хроническим катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения больных хроническим катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести с использованием геля «Холисал» с общепринятой терапией на основании данных клинического и микробиологического

исследований. Разработаны практические рекомендации по применению геля «Холисал» в сочетании с традиционной схемой лечения.

ВЫВОДЫ.

1. Гель «Холисал» оказывает стимулирующее влияние на процессы регенерации, подтвержденное морфологическим исследованием. Под воздействием геля «Холисал» сокращение площади ожоговых поверхностей относительно контрольной группы на 6-7 сутки составляло 25,24-29,96%, на 9-11 сутки - 40,5-46,29%, а на 13 сутки - 80,3%, в то время как под влиянием раствора хлоргексидин 6-7 сутки площадь раны сократилась на 17,41-19,14%, на 9-11 сутки - 21,88-25,85%, на 13 сутки - на 69,71%. Т.о., применение геля «Холисал» сокращает сроки эпителизации раны и по эффективности превосходит раствор препарата хлоргексидин.

2. При использовании геля «Холисал» в сочетании с общепринятой терапией отмечается увеличение числа лиц с нормализацией микрофлоры (на 23-31%). Применение геля «Холисал» способствует улучшению состояния микрофлоры полости рта (нормализации и уменьшению титра патогенной и условно-патогенной флоры) на 20-26% по сравнению с раствором хлоргексидин. Эффективность применения геля «Холисал» находится в прямой зависимости от степени поражения тканей пародонта: клиническая эффективность выше у больных хроническим катаральным гингивитом (23%) и сравнительно ниже у больных хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой и средней степени тяжести (27-31%).

3. Применение геля «Холисал» в комплексе с общепринятой терапией повышает клиническую эффективность лечения, сокращая сроки исчезновения основных симптомов болезни в 2 раза по сравнению с контрольной группой пациентов (без применения препарата «Холисал») и в 1,5 раза по сравнению с группой пациентов, лечение которым проводили с применением раствора хлоргексидин у больных хроническим катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени тяжести; в 1,7 раза по хлоргексидин у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

4. При анализе отдалённых результатов лечения установлено, что через 6 месяцев после проведения терапии с применением геля «Холисал» ремиссия достигнута в 100% случаев у больных хроническим катаральным гингивитом, в 94,12% случаев у больных хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени тяжести, в 91,3% случаев у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, что на 6,25, 4,65 и 3,06 % выше, чем у больных ХКГ, ХГП I, II соответственно при использовании раствора «Холисал», и на 14,29, 10,79, 11,3 % соответственно выше, чем в контрольной группе пациентов (без применения препарата «Холисал»).

5. Комплексная терапия гелем «Холисал» совместно со стандартной схемой лечения у больных с воспалительными заболеваниями пародонта способствует уменьшению частоты рецидивов заболевания в 1,7 раза по сравнению с использованием раствора хлоргексидин в сочетании с общепринятой терапией и в 3 раза по сравнению с контрольной группой пациентов (без применения препарата «Холисал»).

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Сивовол С.И. Клинические аспекты пар одонтологии. М., 2001. -168 с.
- 2 Пожарицкая М.М., Морозова Л.В., Мельничук Г.М. и др. Применение нового бактериального биопрепарата «ацилакт» в комплексном лечении пародонтита // Стоматология. 1994. - №2. - С. 17-20.
- 3 Longley B.I., Braverman M. Immunology and the skin. Current concepts // Ann. N.Y. Acad. Sci. 1988. - Vol. 548. - P. 225-232.

ТҮЙІН

Қамшыбаева Н.А., Мухамбетов М.А., Тасболатов Н.К.

Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ПАРОДОНТ ҚАБЫНУЫ БАР НАУҚАСТАРҒА «ХОЛИСАЛ» ЖАҚПА МАЙЫН ҚОЛДАНУДАҒЫ ТИІМДІЛІГІ

Пародонт тіндерінің қабыну аурулары тістердің түсуіне, ауыз қуысында созылмалы инфекция ошағының пайда болуына, ағзаның реактивтілігінің төмендеуіне және тағы да басқа бұзылыстарға алып келеді. Пародонт ауруларының пайда болуының жиілігін ескере отырып, емдеу барысында қолайлы емдік шаралармен қатар тиімді дәрілік заттарды қолдану дұрыс.

Ключевые слова: препарат холисал, заболевания пародонта, местное лечение, воспалительные заболевания, регенерация

SUMMARY

Kamshybaeva N.A., Mukhambetov M.A., Tasbolatov N.K.
I KTU named after K. A. Yasavi, Shymkent Medical Institute

THE EFFECTIVENESS OF THE DRUG "HOLISAL" IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Essence catarrh patient is a tooth goes down, mouth emptiness long infection hearth share is, an organ реактивтілігінің falls down and yet once except disrepair brings. Пародонт patient share is frequency takes into account sits, treats motion comfortable curative measure hardens advantageous medicinal thing applies is correct.

Ключевые слова: препарат холисал, заболевания пародонта, местное лечение, воспалительные заболевания, регенерация

УДК 616.314.17-008.1:572.77

Тасболатов Н.К., Камшыбаева Н.А., e-mail nazik_saken@mail.ru, сот. тел: 87053736292
МКТУ им Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, кафедра профилактической медицины и стоматологических дисциплин.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА

Аннотация

В настоящее время заболевания пародонта являются актуальным вопросом. Эта проблема становится важной при появлении в полости рта ортопедических конструкции. Цель исследования. В последнее время в связи с неблагоприятной социально-экономической и экологической обстановкой, нерациональной антибиотико-, гормоно- и химиотерапией, неполноценным и нерациональным питанием, аллергизацией организма взрослых и детей лечение болезней пародонта становится актуальной проблемой стоматологии [1]. Заболевания пародонта вызывают серьезные осложнения в организме в целом и являются одной из самых сложных патологий в плане терапии, в ходе которой часто возникает необходимость комплексного лечения [2].

В нашей стране существует многоэтапная система стоматологической помощи пародонтологическим больным. Это обусловлено тем, что лечебные учреждения довольно сильно

отличаются друг от друга по квалификации врачей, материально-технической оснащенности, а зачастую - по подходу к лечению патологии пародонта [3].

Существует большое количество различий в подходах к проведению комплексной терапии ХГП как на уровне различных пародонтологических школ, так и в различных стоматологических учреждениях даже одного и того же региона [4]. Эти различия касаются как принципов подхода к комплексной терапии в целом, так и последовательности применения и целесообразности сочетаний лекарственных средств, методов, способов, воздействий. Врач (а нередко и больной) зачастую не видит практических результатов комплексной терапии ХГП. К тому же эффект такой терапии не всегда предсказуем. Теоретические представления об эффективности ее, как правило, расходятся с реально получаемым клиническим эффектом [5].

Большинство исследователей считают, что наиболее эффективным является лечение ВЗП у пародонтолога. Планируя комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта, важно учитывать не только медицинские показания, но и показания социальные и психологические, ибо успех лечения и прогноз его в конечном счете будет зависеть от четкого сопоставления этих показаний и максимально возможного в данном конкретном случае воздействия на этиопатогенетические факторы [6].

Ключевые слова: комплексное лечение, дефект зубного ряда, воспалительные заболевания, пародонт, комплексное лечение.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с дефектами зубных рядов путем обоснованного выбора ортопедических конструкций.

Материалы и методы исследования.

Проведена оценка состояния полости рта у пациентов при воспалительных заболеваниях пародонта с дефектами зубного ряда. Установлена возможность компьютерной томографии при воспалительных заболеваниях пародонта в выборе ортопедической конструкции. На основании математического анализа выбрана оптимальная технология протезирования дефектов зубных рядов при воспалительных заболеваниях пародонта.

Выводы.

1. Среди пациентов, нуждающихся в пародонтологической помощи двусторонние концевые дефекты составляют - 46%, односторонние концевые дефекты - 30,7%, включенные дефекты в боковых отделах - 18,5%, включенные дефекты переднего отдела - 4,8%.

2. Компьютерная томография позволяет выявить при воспалительных заболеваниях пародонта нарушение степени минерализации нижнечелюстной кости.

3. Многофакторный дисперсионный анализ кшшико-рентгенологических данных позволил сделать выбор ортопедических методов лечения пародонтита в зависимости от стадии поражения пародонта: при лечении пародонтита легкой и средней степени тяжести обосновано использование цельнолитых металлокерамических шинирующих несъемных протезов; при лечении тяжелых форм генерализованного пародонтита, при наличии комбинированных дефектов зубных рядов эффективно использование съемных шин-протезов.

4. Включение в комплексное лечение пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и дефектами зубного ряда адекватных методов ортопедического лечения, способствует улучшению клинического состояния пародонта, нормализации микроциркуляции в десне, восстановлению минерализации нижнечелюстной кости и повышению качества жизни на 36%.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 В. Гольдштейн, Е. Л. Шустов // Клиническая стоматология. 2004. - № 1. -С. 80-81
- 2 Марков Б. П. Комплексный подход к проблеме индивидуальной непереносимости стоматологических конструкций из различных материалов Текст. / Б. П. Марков, В. Н. Козин, Ю. А. Джирнков // Стоматология. 2003. - № 3. - С. 47 – 51
- 3 Грудянов А. И. Иммунологические показатели крови при быстро прогрессирующем пародонтите (предварительные результаты) Текст. / А. И. Грудянов, И. В. Безрукова // Стоматология. 2000. - № 3. -С. 15-17

- 4 Ерохин А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта Текст. / А. И. Ерохин // Пародонтология. 1998. - № 3. - С. 27.
5 Jasser L. Periodontal findings in cases of incisor crossbite / L. Jasser, H. Hashim // Clin. Pediatr. Dent. 1995. - Vol. 19, - № 4. - P. 285 - 287.
6 Jeroch J. Curasan Tachenatlas spezial / J. Jeroch, A. Bader, G. Knochen // Clin. Pediatr. Dent. 2002. - Vol. 11, - № 2. - P. 171 - 178.

ТҮЙІН

Тасболатов Н.К., Камшыбаева Н.А.

Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ТІС ҚАТАРЫНДАҒЫ АҚАУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ПАРОДОНТ ҚАБЫНУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ

Пародонт ауруларын алдын алу қазіргі таңда өзекті мәселелердің бірі болып саналады. Бұл мәселе ауыз қуысында ортопедиялық құрылым пайда болғанда актуалды болады.

Ключевые слова. Комплексное лечение, дефект зубного ряда, воспалительные заболевания, пародонт, комплексное лечение.

SUMMARY

Tasbulatov N.K., Kamshybaeva N.A.

I KTU named after K. A. Yasavi, Shymkent Medical Institute

COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES WITH DEFECTS OF THE DENTITION

The problem of prophylaxis of diseases of fabrics of paradontium costs sharply enough already many decades. Especially actual these questions become during appearance in the cavity of mouth of different orthopedic constructions.

Ключевые слова: Комплексное лечение, дефект зубного ряда, воспалительные заболевания, пародонт, комплексное лечение.

УДК 618.32

Утепова Р.Я., преподаватель кафедры «Акушерства-гинекологии и педиатрии» Шымкентский медицинский институт МКТУ им.Х.А.Ясави, e-mail: megu050589@mail.ru

Кадырова Р.У., к.м.н., главный врач родильного дома клиники МКТУ, к.м.н., clinic_mktu@mail.ru

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2015Г. ПО ОТДЕЛЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ КЛИНИКИ МКТУ

Резюме

Актуальность этой проблемы обусловлена увеличением частоты данной патологии среди общего количества самопроизвольных абортів 10%-20%. Необходимо отметить социальную значимость данной проблемы, т.к. в структуре невынашивания беременности одной из главных проблем является неразвивающаяся беременность (НБ, часто употребляемое название - замершая беременность). Поэтому, актуальность данной проблемы диктует необходимость изучить причины

и разработать мероприятия по снижению и профилактике развития неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, невынашивание, инфекции передающие половым путем, экстрагенитальная патология, анамнез, воспалительные заболевания, плодное яйцо.

В современной гинекологии неразвивающаяся беременность является одной из проблем, продолжающаяся оставаться актуальной и социально значимой для практикующего акушера – гинеколога.

Актуальность данной проблемы определена увеличением частоты данной патологии среди общего количества самопроизвольных абортс 10%-20%. Необходимо отметить социальную значимость данной проблемы, т.к. в структуре невынашивания беременности одной из главных проблем является неразвивающаяся беременность (НБ, часто употребляемое название -замершая беременность).

Поэтому, актуальность данной проблемы диктует необходимость изучить причины и разработать мероприятия по снижению и профилактике развития неразвивающейся беременности.

Цель работы. Выявить этиологические факторы замершей беременности.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ за период 6 месяцев 2015г 388 карты стационарных больных (уч.форма 003/у) гинекологического отделения клиники МКТУ года. Среди всех пролеченных больных у 81 пациенток (21%) было установлено наличие замершей беременности.

Для достижения цели изучался возраст пациенток, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, паритет с характеристикой течения беременности и родов в анамнезе, данные клинических проявлений, УЗИ органов малого таза и гистологического исследования соскоба из полости матки.

Результаты обсуждения. Средний возраст больных колебался от 17 до 44 лет, но наибольший удельный вес неразвивающейся беременности отмечен в возрасте от 20 до 35 лет. При этом в исследуемой группе в 41(33%)случаев НБ отмечена у первородящих, в 73 (59 %) у повторнородящих, и 10 (8,0%) случаев у многорожавщих женщин (Диаграмма №1).

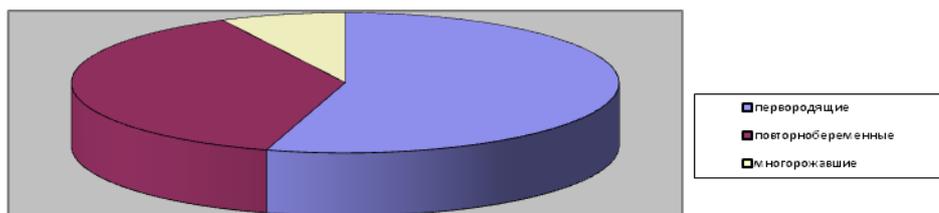


Диаграмма 1 - Паритет беременных в случае неразвивающейся беременности

Структура гинекологической заболеваемости женщин с неразвивающейся беременностью разнообразна, как указано в таблице №1:

Анализ частоты встречаемости НБ по срокам беременности позволил отметить, что чаще всего неразвивающаяся беременность наблюдалась в 5-6 недель беременности (23%), реже в 15-16 недель (2,3%). При подробном изучении акушерско-гинекологического анамнеза пациенток с НБ отмечается, что отягощенный акушерский анамнез выявлен в 52 случаях (66,1%) и при этом самопроизвольное прерывание беременности чаще имело место, в том числе два и более выкидыша (33,9%).

Частота воспалительных заболеваний гениталий в анамнезе отмечалась в 16 случаях (17,4%). Обращает внимание сама структура инфекций, передающихся половым путем у женщин с замершей беременностью. Самые часто выявляемые инфекции передающиеся половым путем – это вирус простого герпеса (34%), цитомегаловирус(24,2%), хламидия (26,8%), уреаплазма (15%) [2,4,5,7].Диаграмма №2

Таблица 1 - Структура заболеваний у больных, госпитализируемых в отделение гинекологии за 6 месяцев 2015 г.

№	2014		2015	
I Осложнения беременности	357	68,9%	388	61%
1 Угрожающий аборт	66	18,5%	152	39%
2 Токсикоз (рвота) у беременных	30	8,4%	22	5,7%
3 Самопроизвольный аборт	77	21,6%	45	11,6%
4 Прерывание беременности помед.показаниям	20	5,6%	25	6,44%
5 Замершая беременность	124	34,7%	81	21%
6 Внематочная беременность	32	9,0%	59	15,2%
7 Пузырный занос	8	2,2%	3	0,8%
8 Беременность и инфекции мочеп. аппарата	-	-	-	-
9.Послеродовые кровотечения	-	-	1	0,25%

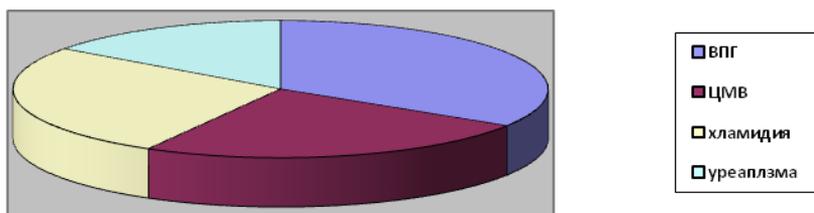


Диаграмма 2 - Инфекции передающиеся половым путем у больных с замершей беременностью

Нарушения менструального цикла наблюдались в 5 случаях (5,3%). Так по типу опсоменорея 1,4% , альгодисменорея 2,5%, гиперполименорея 1,5%.

Пороки развития матки, в виде двурогой матки, наблюдались в 2 случаях (2,1%).

Надо отметить высокую частоту экстрагенитальной патологии, которая имело место в 39 случаев (41%). Среди экстрагенитальных заболеваний чаще наблюдалась анемия беременных – 19 случаев (18,2%) , обострение хронического пиелонефрита – 6 случаев (5,3%).

При оценке клинических данных, при поступлении в стационар наиболее часто отмечались жалобы на тянущие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей, а у части пациенток жалобы отсутствовали, и диагноз неразвивающейся беременности был поставлен только по результатам ультразвукового исследования. По заключению УЗИ НБ по типу гибели эмбриона наблюдалась у 66% женщин, а по типу анэмбрионии в 34% случаев.

При выявлении неразвивающейся беременности 64% пациенткам была проведена эвакуация плодного яйца путем инструментального опорожнения полости матки – выскабливанием полости матки (48%) или проводилось медикаментозное прерывание беременности мифепристоном, мизопростолом по схеме в 32% случаев. Из них в 20% случаев по поводу остатков плодного яйца производилось выскабливание полости матки. Необходимо обратить внимание на результаты гистологических исследований полученного материала – некроз децидуальной ткани 40%, признаки диффузного эндометрита 38%, децидуит 20%.

Таким образом, на основании проведенного исследования необходимо отметить, что причинами развития замершей беременности чаще становятся воспалительные заболевания женских половых органов, чаще инфекции передающиеся половым путем: хламидия, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, уреаплазма. Важно отметить, что 34% женщин с НБ в

прошлом имели аборт, которые способствовали хронизации воспалительного процесса органов малого таза [3,4,5].

Для уменьшения вероятности действия возможных повреждающих факторов на течение беременности необходимо проводить вне беременности [1,7]: скрининговое обследование, включающее обследование на инфекции передающиеся половым путем; проведение медико-генетического консультирования с целью выявления групп риска по врожденной и наследственной патологии; при инфекционном процессе проводят противовоспалительную терапию в сочетании с иммунокорректорами; при наличии эндокринных причин невынашивания следует подобрать соответствующую коррегирующую гормональную терапию; коррекцию нарушений свертывающей системы крови; во время беременности; нормализацию нарушений свертывающей системы крови и профилактику плацентарной недостаточности; показано УЗИ плода, определение в сыворотке крови маркеров возможных нарушений развития плода (α – фетопротеин, хорионический гонадотропин) [2,3];

При выполнении вышеуказанных мероприятий и правильном ведении таких пациенток повышает вероятность наступления нормальной физиологической беременности. Поэтому необходимо работать над мероприятиями по снижению и профилактике развития неразвивающейся беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Э.К. Айламазян Акушерство.. – СПб. -20032 Э.К. Айламазян: Акушерство национальное руководство.- М.: – 2009. – С. 242-250
2. В.М. Сидельникова. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы.- М.: МЕД пресс – информ, 2010. -224с.
3. Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы: 2008. –35с .
4. Под ред. О.В.Макарова, В.А.Алешкина, Т.Н.Савченко. -М.: Инфекции в акушерстве и гинекологии . МЕДпресс-информ, 2007 -309-399с
5. Кира Е.Ф. Комбинированная терапия инфекционных заболеваний женских половых органов. Гинекология 2010; 12(1):26-9
6. Witkin S.S. , Linhares I.M. ,Giraldo P.Bacterial flora of the female genital tract: function and immune regulation. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007; 21 (3): 347-54
7. Menard J.P., Bretelle F. Bacterial vaginosis and preterm delivery. Gynecol. Obstet. Fertil. 2012; 40(1):48-54

ТҮЙІН

Р.Я. Утепова - Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-ның ШМИ-ның «Акушерлік-гинекология және педиатрия» кафедрасының оқытушысы

Р.У.Кадырова, м.ғ.к., ХҚТУ перзентханасының бас дәрігері,

ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ 2015Ж. ХҚТУ-НІҢ ГИНЕКОЛОГИЯ БӨЛІМШЕСІНДЕ ЖҮРГІЗІЛГЕН 6 АЙЛЫҚ КӨРСЕТКІШТІҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ САРАПТАМАСЫ

Бұл мәселенің өзектілігі өздігінен болатын түсіктердің арасында дамымаған жүктілік 10%-20% құрап, жиі кездесуімен сипатталады. Бұл мәселенің әлеуметтік маңыздылығын атап көрсету қажет, өйткені жүктілікті көтере алмаушылықтың құрылымында дамымаған жүктілік негізгі себебі болып табылады.

Сол себептен дамымаған жүктіліктің негізгі себептерін, оны төмендету және алдын алу шараларын жүргізу өте маңызды.

Кілт сөздер: дамымаған жүктілік, жыныс жолдарымен берілетін аурулар, қабыну аурулары, жүктілікті көтере алмаушылық, ұрық.

Resume

Uteпова R.Ja., assistant of the Department of Obstetrics-Gynecology and Pediatrics

Kadyrova R.U., candidate of medical sciences, Chief physician of the maternity hospital clinic, Internacional Kazak-Turkish University A.H. Yasawi, Shymkent Medical Institute

ETIOLOGICAL ASPECTS OF NON-DEVELOPING PREGNANSY

In modern gynecology developing pregnancy is one of the problems that continue to be relevant and socially important for the practicing obstetrician-gynecology. The urgency of this problem is due to an increased incidence of this disease among the total number of spontaneous abortions 10% -20%. It should be noted social importance of this problem, because in the structure of miscarriage of one of the main problems is developing pregnancy (UXO commonly used name - non- developing pregnancy).

Keywords: non- developing pregnancy, reasons, anamnez, intrauterin ex, fetus, miscarriage, spontaneous miscarriage.

УДК618.11-006.2.04

Утепова Р.Я., преподаватель кафедры «Акушерства-гинекологии и педиатрии» Шымкентского медицинского института МКТУ им.Х.А.Ясави. 8-705-56927-94, e-mail: meru050589@mail.ru

ОПУХОЛИ, ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Резюме

Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна. По частоте встречаемости эти опухоли занимают второе место среди онкологических заболеваний женских половых органов, составляя в структуре последних 6-11%. Характер доброкачественных опухолей или опухолевидных образований яичников во время беременности различен. Среди истинных доброкачественных опухолей яичника во время беременности обнаруживаются образования эпителиального генеза: серозная и муцинозная цистаденомы. К опухолевидным образованиям яичника относятся: киста желтого тела, эндометриоидная киста, зрелая тератома. Кисты желтого тела, как правило, с течением беременности подвергаются обратному развитию.

Ключевые слова: доброкачественная опухоль, беременность, осложнения, перекрут ножки кисты, яичник, прерывание беременности, оперативное лечение.

Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна. По частоте встречаемости эти опухоли занимают второе место среди онкологических заболеваний женских половых органов, составляя в структуре последних 6-11%. [1]

Большинство опухолей яичников доброкачественные, что составляет 75-87%. Яичниковые образования встречаются у беременных с частотой 1-3 на 1000, а доброкачественные опухоли составляют от 2,2 до 5%. Надо отметить, что опухоли яичников могут возникать на всех сроках беременности, в послеродовой период и одновременно с внематочной беременностью.[1.2] Характер доброкачественных опухолей или опухолевидных образований яичников во время беременности различен. Среди истинных доброкачественных опухолей яичника во время беременности обнаруживаются образования эпителиального генеза: серозная и муцинозная цистаденомы. К опухолевидным образованиям яичника относятся: киста желтого тела, эндометриоидная киста, зрелая тератома. Кисты желтого тела, как правило, с течением беременности подвергаются обратному развитию.[3,4,5]

Необходимость пристального внимания к вопросам своевременного выявления доброкачественных опухолей или опухолевидных образований яичников обусловлена стертой клинической картины, поздней обращаемостью больных к специалистам и большой вероятностью злокачественного перерождения опухолей.

Группой риска больных по возникновению опухолей яичников являются женщины с неблагоприятным преморбидным фоном, нарушениями менструальной функции с момента менархе, воспалительным процессом матки и придатков, первичным бесплодием и миомой матки. [1,4]

Ранние стадии заболевания протекают, как правило, бессимптомно. Поэтому определить длительность существования опухолей или опухолевидных образований яичников представляется сложным. Это же является причиной позднего обращения больных к врачу. Вообще клинические проявления данной патологии не являются специфическими. Симптомы заболевания в большей степени зависят от величины и расположения опухоли.

Наиболее частой жалобой больных с опухолями яичников, являются боли внизу живота и в пояснице тянущего, ноющего характера. Острые боли возникают при перекруте ножки опухоли и при кровоизлиянии в случае разрыва капсулы опухоли. Как правило, боли не связаны с менструальным циклом. Они возникают вследствие раздражения или воспаления серозных покровов, растяжения капсулы опухоли, спазма гладкой мускулатуры полых органов. Именно боли чаще всего заставляют пациентку обращаться к врачу. Нередко у больных с опухолями яичников возникают нарушение функций соседних органов: запоры и расстройства мочеиспускания. Эти симптомы обусловлены механическим сдавлением органов и нарушениями их иннервации. [1,8,4,10]

Надо отметить, что осложнения при наличии опухоли или опухолевидных образований яичников могут быть как со стороны беременности и родов, так со стороны самого новообразования яичника [2,3]:

Осложнения беременности, возникающие при новообразованиях яичника: сдавление матки; преждевременное прерывание беременности; нарушение сердечно-сосудистой деятельности, одышка; гестозы; гипоксия плода; неправильное положение плода и предлежащей части плода.

Осложнения в родах: препятствие к правильному вставлению головки плода в родах; препятствие продвижению плода в родах; разрыв опухоли или опухолевидного образования яичника; перекрут ножки опухоли или опухолевидного образования яичника.

Осложнения, возникающие в послеродовом периоде: перекрут ножки опухоли или опухолевидного образования яичника; инфицирование с соответствующими последствиями.

Осложнения, возникающие со стороны соседних органов: сдавление мочевого пузыря; изменение расположения мочеточника опухолью; сдавление прямой кишки.

Осложнения со стороны самой опухоли или опухолевидного образования яичника: сдавление опухоли или опухолевидного образования яичника; некроз ее ткани; перекрут ножки опухоли или опухолевидного образования яичника; разрыв капсулы опухоли или опухолевидного образования яичника; инфицирование опухоли или опухолевидного образования яичника.

Изменения картины крови при доброкачественных опухолях яичников не носит специфический характер, за исключением СОЭ, которая возрастает у большинства больных до 25-30 мм/ч. Возникновение осложнений, как правило, приводит к повышению лейкоцитоза.

Диагноз опухоли яичника устанавливают на основании клинико-анамнестических данных, влагалищного исследования, а также дополнительных методов диагностики. [1,2]

При бимануальном исследовании в большинстве случаев можно определить размер, консистенцию, подвижность и характер поверхности новообразования, местоположение ее и взаимоотношения с органами малого таза. В настоящее время для диагностики опухолей и опухолевидных образований яичников применяют современные высокотехнологичные методы исследования: трансвагинальную эхографию, цветовое доплеровское картирование, спиральную компьютерную томографию, магнитно-резистентную томографию, при необходимости- лапароскопию. Ультразвуковое сканирование представляет собой один из наиболее ценных методов диагностики опухолей и опухолевидных процессов яичников. Тактика ведения беременности при бессимптомно протекающем яичниковом образовании решается индивидуально. При небольшом доброкачественном образовании (данные УЗИ и доплерометрии) оперативное лечение не производится, за образованием во время беременности наблюдают, а после родов, если оно продолжает иметь место, его удаляют. [1,3,5,9]

При выявлении опухолевидного образования яичника, как правило, кисты во время беременности и в случае отсутствия клиники острого живота, удалять не следует до 16-18 недель

беременности, поскольку это персистирует желтое тело беременности (при хирургическом вмешательстве беременность может прерваться на фоне прогестероновой недостаточности). После 16-18 недель беременности функцию персистирующего желтого тела беременности должна взять на себя плацента, и тогда киста яичника может сама исчезнуть.[1,4,7]

Показания для хирургического лечения во время беременности являются: чрезмерная подвижность образования, приводящая к болевым ощущениям, диаметром 7-8 см, истинная опухоль, осложнениями как перекрут ножки опухоли или опухолевидного образования яичника.[3]

В послеоперационный период проводят терапию, направленную на сохранение беременности.

Перекрут ножки опухоли или опухолевидного образования требует срочного оперативного вмешательства. При таком осложнении резко нарушается кровоснабжение и питание, возникают кровоизлияние и некроз. Клинически это проявляется картиной «острого живота».

Внезапно возникают резкие боли, тошнота, рвота, возможно повышение температуры тела. При осмотре выявляются дефанс передней брюшной стенки, перитониальные симптомы, парез кишечника. При влагалищном исследовании выявляется резко болезненное ограниченно подвижное образование. В этой ситуации показано экстренное оперативное лечение в объеме удаления придатков матки.

Ведение роженицы с новообразованием яичника во время родов определяется выжидательная тактика. Так, при доношенном сроке беременности введение родов зависит от того, препятствует ли опухоль рождению плода. Если препятствует, то производят кесарево сечение и удаляют измененные придатки матки. Обычно новообразования яичников не создают препятствий для прохождения плода по родовым путям и роды заканчиваются благополучно. И только в послеродовом периоде в зависимости от характера клинической картины решают вопрос об объеме хирургического вмешательства. Во время оперативного вмешательства можно использовать как лапаротомический, так и лапароскопический доступы.[6,7,11,12]

Так в отделении гинекологии клиники МКТУ за период 2015года произведено 376 оперативных вмешательств, из них 39 операции по поводу перекрута ножки кисты или кисты яичника. А из общего количества операций по поводу перекрута ножки кисты или кисты яичника отмечается 8 случаев перекрута ножки кисты или кисты яичника по время беременности.

Нужно отметить, что развитие осложнения новообразований яичников как перекрут ножки кисты или кисты яичника не зависит от возраста, паритета и срока беременности.

По симптоматическим признака 100% у всех беременных с перекрутом ножки кисты отмечается боль различной интенсивности:

В диаграмме №1 показаны дополнительные симптомы осложнений перекрута ножки кисты или кисты яичника у беременных в процентом соотношении.

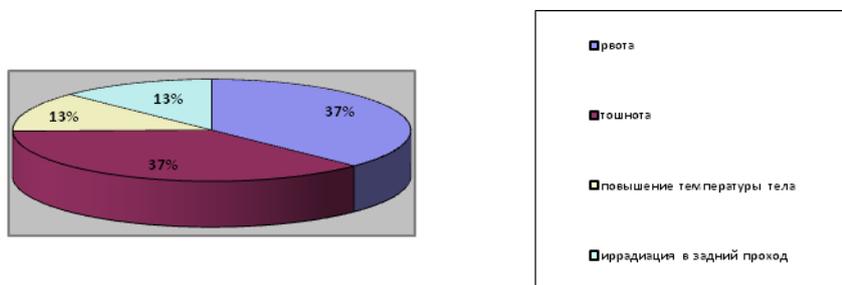


Диаграмма 1-Симптоматика при перекруте ножки кисты во время беременности

Все случаи оперативного вмешательства закончились благополучно. Послеоперационный период протекал на фоне получаемой сохраняющей терапии.

Нужно отметить, что в первую половину беременности необходимо проводить дифференциальную диагностику с начавшимся самопроизвольным выкидышем, острым аппендицитом, а во вторую половину беременности проводить дифференциальную диагностику

с преждевременными родами и преждевременной отслойкой нормально расположенной плацентой.[5]

В заключение необходимо подчеркнуть, что только тщательно проведенное клинико-анамнестическое исследование, применение современных высокотехнологичных методов диагностики позволяют выбрать адекватную тактику ведения больных с опухолями яичников и выполнить в дальнейшем за ними динамическое наблюдение. Прогноз при своевременном обращении к врачу остается благоприятным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцевой Л.Д.: Клинические лекции по акушерству и гинекологии, Москва «Медицина» 2004г-436-447с.
2. Авалиане Х.Д., Оптимизация хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников : методические рекомендации / Авалиане Х. Д.-М.,2007.- 13с.
3. Адамян Л.В., Лечение доброкачественных опухолей гениталий у беременных / Адамян Л.В., Мартынов С.А., Романова Е.Л.// Проблемы репродукции: спец.выпуск. -М., 2007,- С.48.
4. Ашрафян Л.А., Кисилев В.И., Опухоли репродуктивной системы (этиология, патогенез). М.: Компания «Димитрейд График Групп», 2007. - 151 с.
5. Баженова Л.Г. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников: Автореф. дис. д-ра мед. наук. -М., 2007.-29 с
6. Блошинская И.А., Лапароскопический доступ в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных /И.А.Блошинская, И.Л.Зверев // Репродуктивное здоровье 2008 : мат. 2-го межд. Конгресса по репродуктивной медицине.- М., 2008.- 234с.
7. Логутова, Л. С. Метод лечения доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / Л. С. Логутова, А. А. Попов, В. А. Петрухин и др. // Рос.вестн. акушера-гинеколога. 2007. № 2. 65-67с.
8. Соломатина А.А. Яичниковые образования во время беременности. / Соломатина А.А., Клименко П.А., Магнитская Н.А., Братчикова О.В., Д.А. Сафронова // «Курортные ведомости» № 2 (47) 2008. 132-133с.
9. Testa A.C., Does quantitative analysis of three-dimensional power Doppler angiography have a role in the diagnosis of malignant pelvic solid tumors? A preliminary study. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 26(1): 67-72.
10. Palomba S., Zupi E., Russo T. et al. Comparison of two fertility-sparing approaches for bilateral borderline ovarian tumours: a randomized controlled study //Human Reproduction. 2007. 22(2). - P. 578-585.
11. Odegaard E., Staff A.C., Langebrette A. et al. Surgery of borderline tumors of the ovary: retrospective comparison of short-term outcome after laparoscopy or laparotomy //Acta Obstet Gynecol Scand. 2007. -№86(5). P. 620-6.
12. Tinelli F.G., Tinelli R., La Grotta F. et al. Pregnancy outcome and recurrence after conservative laparoscopic surgery for borderline ovarian tumors //Acta Obstet Gynecol Scand. 2007. №86(1). - P. 81-7.

ТҮЙІН

Р.Я. Утепова - «Акушерлік-гинекология және педиатрия» кафедрасының оқытушысы, ШМИ, Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ

АНАЛЫҚ БЕЗДЕРДІҢ ІСІКТЕРІ МЕН ІСІК ТӘРІЗДІ ҚҰРЫЛЫМДАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдарында диагностикалау және емдеу күрделі, өзекті мәселе болып табылады. Әйел жыныс органдарының онкологиялық ауруларының ішінде бұл ісіктер кездесу жиілігі бойынша екінші орында тұр, яғни 6-11 % -ды құрайды. қазақском языке. Жүктілік кезінде аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдарының түрлері әр түрлі. Жүктілік кезінде аналық бездердің шынайы катерсіз ісіктерінің арасында

эпителиальды генезді құрылымдар: серозды және и муцинозды цистаденомалар анықталады. Аналық бездердің ісік тәрізді құрылымдарына сары дененің кистасы, эндометриодты киста, жетілген тератома кіреді. Жүктілік ағымында сары дененің кистасы қайта дамуға ұшырайды.

Кілт сөздері: Катерсіз ісік, жүктілік, асқынулар, ісік аяқшасының бұралуы, аналық без, жүктілікті үзу, оперативті ем.

SUMMARY

Utepova R.Ja., assistant of the Department of Obstetrics-Gynecology and Pediatrics Internacional Kazak-Turkish University A.H. Yasawi, Shymkent Medical Institute

TUMORS, TUMOROIDS OVARIAN EDUCATION AND PREGNANCY

The problem of diagnosis and treatment of neoplasms and tumor - like formations of ovaries is complex and extremely urgent. According to the frequency of occurrence of these tumors are the second leading cancer of female genitals, making the structure of the last 6-11% . Nature of benign tumors or tumor-like formations of ovaries during pregnancy is different. Among the true benign ovarian tumor during pregnancy revealed the formation of epithelial origin: serous and mucinous cystadenoma. For ovarian tumor formations include: the cyst of the corpus luteum, endometrioid cyst, mature teratoma. Luteum cyst, usually with pregnancy regress.

Key words: benign tumors, pregnancy, complications, foot torsion cysts, ovary, abortion, operative therapy

УДК. 616.1-036.11-06

А.А. Алдешев, А.М. Такирова

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия , г.Шымкент

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

РЕЗЮМЕ

Исследование проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии инсультного блока в городе Шымкент. Количество исследуемых 35. У всех больных была интубация трахеи и использована искусственная вентиляция легких по жизненным показателям. Целью исследования выявить частые осложнения у постинсультных больных в отделении реанимации. Результаты исследования показало наиболее частым осложнением явилось пневмония (у 29 % пациентов). Пролежни развились у 18 % исследуемых, флебит у 15 % больных. Внутрибольничная пневмония является наиболее частым осложнением в отделении реанимации и интенсивной терапии у постинсультных больных.

Ключевые слова: инсульт, пневмония, пролежни, флебит, осложнения.

Заболеваемость сердечно сосудистых систем растет с каждым днем в том числе и в Казахстане. Огромную роль среди сердечно сосудистых заболеваний занимает инсульт. Инсульт является очень сложным видом патологии острого нарушения мозгового кровообращения. Последствия после инсульта огромны. Человек столкнувшийся с инсультом получает психологическую и моральную травму ну и конечно же теряет социальный статус.

Моральная травма так как он нуждается в помощи родственников и близких. И наконец социальная травма это инвалидность. Ближайшие год и более не может работать и зарабатывать. По этому пациентам после инсульта требуется длинные и комплексные реабилитационные мероприятия. Не мало важно говорить и об осложнениях встречающихся у постинсультных больных в отделении ОРИТ.

Нозокомиальная пневмония занимает первое место среди всех инфекционных осложнений в ОРИТ у пациентов с травмой головного мозга [1,2]. Несмотря на инфекционный контроль и проведение санитарно эпидемических и профилактических мер, смертность вызванная инфекциями, остается высокой [3].

Пролежни это дистрофические или язвенно-некротические изменения тканей, возникшие у лежащих больных, на участках тела, подвергающихся длительному давлению. По статическим данным английских ученых, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15-20% пациентов. [4] По результатам изучения, который проведен в США, около 16,5% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их. Частым осложнением при использовании катетеризации вен является тромбофлебит в месте расположения катетера. Частота такого осложнения колеблется от 31 до 68% [5, 6]. Такая высокая частота осложнений обусловлена большим разнообразием факторов, которые способствуют развитию тромбофлебита.

В связи с этим цель нашего исследования выявить частые осложнения у постинсультных больных в отделении реанимации.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в блоке реанимации и интенсивной терапии инсультного отделения больницы скорой медицинской помощи в городе Шымкент. Общее количество исследуемых 35 в возрасте от 23 до 75 лет. Из них мужчин 14 (40 %) , женщин 21 (60 %). Длительность исследования составило 21 день. Уровень сознания по шкале Глазго составило 7-8 балл. У всех больных была интубация трахеи и использована искусственная вентиляция легких по жизненным показателям. А также была центральная и периферическая катетеризация у 80% больных.

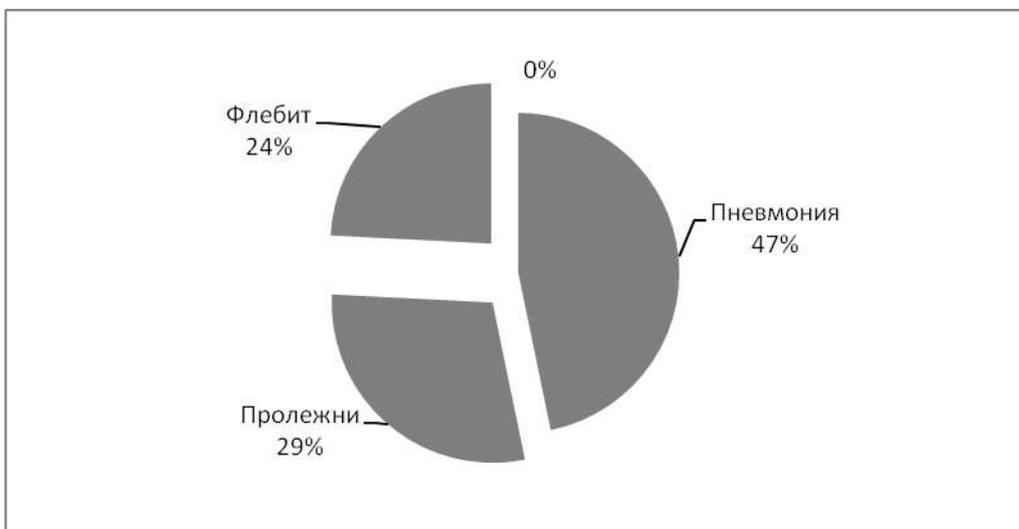


Рисунок 1 - Распределение осложнении после инсульта.

Результаты и обсуждения. Как показало результаты наиболее частым осложнением явилось пневмония (у 29 % пациентов). Связано это с тем что все исследуемые нами больные были на аппарате искусственного вентиляции легких. Здесь уместно и напомнить и о возрасте. После 70 ти лет значительно возрастает образование внутрибольничной пневмонии.Пролежни развились у 18 % исследуемых. Оно в свою очередь связана с нейротрофическими расстройствами ткани и гемодинамические изменения клетки в пораженных участках тела.Флебит является самым

частым осложнением катетеризации. Развился флебит у 15 % больных, это объясняется не соблюдением асептики и не правильным уходом за катетером.

ВЫВОДЫ. Внутрибольничная пневмония является наиболее частым осложнением в отделении реанимации и интенсивной терапии у постинсультных больных

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуманенко Е. К., Огарков П. И., Лебедев В. Ф. и соавт. Инфекционные осложнения политравм: микробиологические и эпидемиологические аспекты. Вестн. хирургии им. И. И. Грекова 2006; 165 (5): 56—62.
2. Карпун Н. А., Мороз В. В., Климова Г. М. и соавт. Профилактика нозокомиальных инфекций дыхательных путей. Общая реаниматология 2007; III (3): 100—104. 9.
3. Бодман К. Ф., Лоренц Д., Бауэр Т. Т. и соавт. Нозокомиальная пневмония: профилактика, диагностика, лечение. Клинический микробиол. антимикроб. химиотерапия 2004; 6 (1): 92—102.
4. Воробьева А. А. Лечение пролежней у спинальных больных / А. А. Воробьев, Ю. М. Цуриков, С. В. Поройский // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. - 2007. - №2. - С. 33-34.
5. Сухоруков В. П., Бердикян А. С., Эпштейн С. Л. Пункция и катетеризация вен // Вест. инт. тер. - 2001. - №1. - С. 79-87.
6. Meier D. G., Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters. A randomized controlled trial // Ann. Intern. Med. - 1991. - Vol. 114 (10). - P. 845-854.

ТҮЙІН

А. А. Алдешев, А. М. Такирова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ.

РЕАНИМАЦИЯ ЖӘНЕ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯ БӨЛІМШЕСІНДЕ ЖИІ КЕЗДЕСЕТІН АСҚЫНУЛАР

Зерттеу Шымкент қаласы инсульттік блоктың реанимация және интенсивті терапия бөлімшесінде жүргізілді. Барлық науқастар кеңірдек интубациясы мен өкпені жасанды желдендіру аппаратқа таңылған болды. Сонымен қатар орталық және перифериялық катетер 80% науқастарға қойылды. Зерттеудің мақсаты: инсульттан кейінгі науқастарда дамитын асқынуларда анықтау. Зерттеу нәтижесінде өкпе қабынауы 29% науқастарда, жауыржара 18% және флебит 15% науқастарда дамыды. Ауруханаішілік өкпе қабынуы инсульттан кейін науқастарда ең жиі кездесетін асқыну болып табылады.

Кілт сөздер: инсульт, өкпе қабынуы, жауыржара, флебит, асқынулар.

SUMMARY

A. A. Aldeshev, A. M. Takirova

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

The study was conducted in the intensive care unit of stroke unit in the city of Shymkent. Number of patients 35. All patients had tracheal intubation and mechanical ventilation is used for health indicators. The aim of the study to identify the most frequent complications in post-stroke patients in the intensive care unit. Results of the study showed the most common complication was pneumonia (in 29 % of patients). Pressure ulcers occurred in 18 % of subjects , and the phlebitis 15% of patients . Nosocomial pneumonia is the most common complication in the intensive care unit in post-stroke patients.

Key words: stroke, pneumonia, pressure ulcer, phlebitis, complications

ОӘК:615.831.616.36-008.5-053.31

Түктібаева Г.Н., Мусаева Н.С., Калжанова А. Б., Мырзабаева Ф. А., Мырзаева Г.Б.
«Педиатрия және балалар хирургия» кафедрасы, ОҚМФА, Шымкент қ.

НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ НЕОНАТАЛЬДЫ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ АНА СҮТІМЕН ЕМІЗУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

ТҮЙІН

Жыл сайын Қазақстандағы жаңа туылған нәрестелердің 60-80%-да сарғаю клиникалық көрінісі орын алады. Нәрестелік кезеңнің осындай күйінің себептерін анықтау мақсатымен көптеген зерттеулердің жүргізілуіне қарамастан, аталған мәселенің өзектілігі жойыла қойған жоқ.

Кілт сөздер: нәресте, физиологиялық гипербилирубинемия, сарғаю, ана сүтімен емізу

Сарғаю синдромының құрылымында жетекші орынды барлық сары аурулардың 60-70%-ын түзетін, нәрестелік кезеңнің шекаралық түрлеріне жататын физиологиялық гипербилирубинемия (ФГ) алады, одан кейінгі кезекте неонатальдық гипербилирубинемия (НГ), құрсақ ішілік инфекциялар (ҚИ), нәрестелердің гемолитикалық ауруы (НГА), шала туылғандардың сарыауруы, гепатобилиарлық жүйе ақаулықтарының тума және тұқым қуалайтын науқастардың сарыаурулары жүреді.

Әдебиетте ФГ нәресте қоректенуімен байланысы туралы мәлімет көтеріліп отырады. 2000 жылдан бастап ОҚО-да ДСҰ/ЮНИСЕФ бастамасымен және ҚР ДСҰ-ның қолдауымен емшекпен емізуді сақтау және қорғау бойынша ауқымды жұмыс жүргізілуде. Барлық босандыру мекемелерінде «Ана мен баланың бірге болуы» жобасы енгізілген.

Дегенмен, емізу сипатының жетіліп туылған балалардағы билирубин деңгейімен байланысы туралы жұмыстар өте аз. Гипербилирубинемия клиникасының қан сарысуындағы билирубин деңгейіне тәуелдігін зерттеу және емшекпен еркін емізу жағдайында қатерлі факторларды тереңдетіп зерделеу маңызды және тәжірибелік мәні бар өзекті ғылыми проблема болғандықтан осы ғылыми жұмыс жүргізілді.

Зерттеудің мақсаты. Неонатальды және физиологиялық сарғаюдың қалыпты ағымда өтуіне бейім медициналық көмекті ұйымдастыру шараларын жүйелеу.

Зерттеудің міндеттері. 1. Нәрестелердегі физиологиялық және неонатальды гипербилирубинемияның таралу жиілігін анықтау және сарғаюдың ана мен бала денсаулығына байланысты қауіпті факторларын зерттеу.

2. Физиологиялық және неонатальды сарғаюдың клиникалық көрінісінің ағымына ана сүтімен емізу жағдайындағы ерекшеліктерін талдау.

3. Қан сарысуындағы билирубин деңгейінің өсуін емшекпен алғашқы емізу уақытымен, лактацияның түзелуімен, нәрестенің ему белсенділігі және бейімделуімен байланысын негіздеу.

Зерттелген балалардың жалпы сипаттамасы. Жұмыстың мақсаттары мен міндеттеріне сәйкес, перзентхананың физиологиялық бөлімінде «Ана мен баланың бірге болуы» жобасы бойынша 181 жұп зерттелді.

Зерттеу төмендегі зерттеулер бойынша орындалды: перинатальдық анамнезді жинау; босану кезеңін талдау; жаңа туылған нәрестелерді клиникалық зерттеу; жаңа туылған нәрестені алғашқы қарау, күнделікті қараулар; зертханалық және аспапты әдістер; алынған деректердің салыстырмалы сипаттамасын жасау. Тұжырымдау, қорытынды шығару, практикалық ұсыныстарды әзірлеу

Барлық жаңа туылған нәрестелер бөлімшеде аналарымен бірге болып, ана уызымен және сүтімен «талап» бойынша емізілді. Перзентханада материалды жинау кездейсоқ іріктеу әдісімен жүргізілді. Жұмысқа қосылмаған нәрестелер: шала туылған нәрестелер, нәрестелердің гемолитикалық ауруы бар балалар, қарқынды терапия бөлімшесінде ем қабылдап жатқан жаңа туылған нәрестелер, құрсақ іші инфекциясының қатері жоғары жаңа туылған нәрестелер, туа біткен және тұқым қуалайтын патологиясы бар нәрестелер.

Зерттеуге жүктілік кезінде толық тексеруден өткен атап айтсақ ұсыныс етілетін зерттеулері жеткілікті (қан және зәр талдамалары, қанның биохимиялық талдамасы, АҚТҚ зерттеуі, В және С гепатиттеріне, мерезге зерттеулер, жүктілік бойында төрт және одан артық қарауда болған, TORCH- синдромға тексерілген және ұрық пен плацентаның ультрадыбыстық зерттеулері жүргізілген) аналардың балалары алынды.

Барлық балалар 3 топқа бөлінді:

I топ – физиологиялық гипербилирубинемиясы бар жаңа туылған нәрестелер (ФГ), $n = 84$

II топ – неонатальдық гипербилирубинемиясы бар жаңа туылған нәрестелер (НГ), $n = 17$

III топ – салыстыру, сарғыштық синдромы жоқ жаңа туылған нәрестелер,

Зерттеу әдістері. Ерттеу барысында аналар өмірінің анамнезі, перинатальдық анамнез, жүктілік және босану ағымының, отбасылық және әлеуметтік мәртебесінің, тұқым қуалаушылығын, соның ішінде гепатобилиарлық және зат алмасу жүйелерінің патологиясының ерекшеліктерін айқындау жүргізілді. Зерттеулер сұхбаттасу, сауалнама алу және арнайы әзірленген сызба бойынша объективті зерттеу негізінде, босану тарихы, жаңа туылған нәресте тарихы, нәрестенің даму тарихы секілді есептік формалар қолданысымен орындалды. «Ана мен баланың бірге болуы» жобасы бойынша жұптарды қарау бағдарламасы келесілерді көздеді:

Анасының жүкті болғанға дейінгі аурушаңдығын, соның ішінде тұқым қуалайтын патологиясын және гепатобилиарлық жүйесінің ауруларын бағалау.

Перинатальдық кезең ерекшеліктерін, созылмалы генитальдық патологияны, теміртапшылығы анемиясын, гестозды, созылмалы фетоплацентарлық тапшылықты (ФПТ) және ұрықтың созылмалы құрсақ іші гипоксиясын (ҰЖІГ-ҰСКІГ), босандыру ерекшеліктерін есепке ала отырып, ана анамнезін талдаумен жалпы клиникалық зерттеу әдістері.

Жаңа туылған нәрестелерді объективті қарау (Апгар шкаласы бойынша бағалау, туылудағы антропометриялық параметрлер, жаңа туылған нәрестенің жетілуін және бейімделу сипатын, транзиторлық күйінің және ағзалар мен жүйелер тарапынан өзгерістердің орын алуын бағалау).

Зерттеудің зертханалық және аспапты амалдары (қанның жалпы талдамасы, кіндік қанындағы жалпы билирубин және оның тәуліктік динамикасын, билирубин фракцияларын, жалпы ақуызды, СРП, холестеринді анықтау нәресте өмірінің 3-6 тәулігіне ультрадыбыстық диагностика жүргізу

Құрсақ ішілік дамуының бағалауын сырттай объективті белгілер мен туылған сәттегі дене салмағы мен гестация мерзімін, есепке алған центильді кестелер, Н.Г.Шабалов кестелері мен Э.Н.Ахмадееваның әдістемелік ұсыныстары бойынша салмақ-бой еселігі негізінде қойылды [8].

Ірі деп туылу сәтінде дене салмағы 4000 г. және одан артық болған нәрестелер саналды. «Тежелген бейімделу синдромы» диагнозы алғашқы 24 сағаттағы жаңа туылған нәрестеге бір немесе бірнеше айқын симптом болғанында қойылды, олар: зорығу, «әлсіз ему», немес емшектен бас тарту, құсу, кардиореспираторлық бейімделу (тұрақсыз систола шуы, фетальды сұйықтықтың кідірісінің синдромы). жаңа туылған нәресте өмірінің алғашқы 24-48 сағатында оларға «дезадаптация синдромы» диагнозы келесі патологиялық күйлері орын алғанында қойылды: бұлшықет дистониясы; зорығу немесе гиперқозғыштық синдромы; әлсіз немесе сирек емуі, құсу синдромы. Дененің бастапқы салмағын транзиторлық шығындау деп 6-8% шегіндегі шығын саналды, ал патологиялық деп 9% және одан артығы алынды.

Анемия деп капиллярлық қандағы гемоглобин деңгейі өмірінің 3-5 тәулігіне 150 г/л кем болып төмендегенінде есептелді. Қосымша саралап диагностика жасау үшін механикалық сарғыштықпен стеркобилинге копрологиялық зерттеулер жүргізілді (Шмидт реакциясы). Гипербилирубинемиясы бар балаларға (бірінші және екінші топ) өмірінің 4-5 тәулігіне ішкі ағзаларының қосымша ультрадыбыстық зерттеуі (бауырдың, өт шығару жолдарының, көкбауырдың, асқазанның, ішектің), зәр шығару жолдарының ультрадыбыстық зерттеуі (УДЗ) және жүрегінің зерттеуі (ЭХО-КГ) көрсеткіштеріне қарай жүргізілді.

Жалпы сарғаю деңгейі Крамер шкаласы бойынша бағаланды:

I дәрежесі – бет пен мойын сарғаюы (қан сарысуындағы билирубин деңгейі шамамен 80 мкмоль/л);

II дәрежесі – сарғыштық кіндікке дейін (қан сарысуындағы билирубин деңгейі шамамен 150 мкмоль/л);

III дәрежесі – сарғыштық тізе деңгейіне дейін (қан сарысуындағы билирубин деңгейі шамамен 200 мкмоль/л);

IV дәрежесі – беттің, дененің, алақан мен табан басқа аяқ-қолдарының сарғыштығы (қан сарысуындағы билирубин деңгейі шамамен 300 мкмоль/л);

V дәрежесі – тері жабындының толық сарғыштығы (қан сарысуындағы билирубин деңгейі шамамен 400 мкмоль/л).

Жұмыс барысында сарғаю синдромының динамикасы зерттелді. Физиологиялық гипербилирубинемиясы бар балалардың тері жабындыларындағы көзбен көрінетін сарғыштық жиі өмірінің 3-4 тәулігіне көрінген: 36,1% - үшінші, 42,5% — төртінші. 9,9% жаңа туылған нәрестелерде сарғыштықтың пайда болуы өмірінің екінші күніне байқалған, 10,3% - өмірінің бесінші, 1,2% - алтыншы күніне.

Неонатальдық гипербилирубинемиясы бар жаңа туылған нәрестелерде көзбен көрінетін субиктериялылық реңкі екінші күні физиологиялық гипербилирубинемиясы бар балаларға (9,9%) қарағанда, екі есе жиі (20,1%) байқалған, бірақ нақты деректер статистикалық сенімді емес. Сарғыштықтың 3-6 тәулікке көзге көрінетіндей білінуінде де айтарлықтай айырмашылық болмады.

Қорытынды: 1. Физиологиялық және неонатальдық гипербилирубинемияның Шымкент қаласында жетіліп туылған нәрестелерде таралуы соңғы жылдары толқын тәрізді сипатқа ие болып 58,4%-бен 75,8%-дың аралығында ауытқуда. «Ана мен баланың бірге болу» жобасы бойынша босану бөліміндегі жұмыс нәтижесінде емшекпен еркін емізу тәртібінде жүрген балаларда бұл көрсеткіш 56,5%-ды құрайды.

2. Физиологиялық гипербилирубинемияда елеулі қатер факторы ретінде анасының жасы 35-тен жоғары, перинатальді кезеңнің қолайсыз жағдайлары, бауыр – өт жолдары және зәр шығару жүйесінің созылмалы патологиясы, II дәрежелік семіздік, фотоплацентарлық тапшылық болса, нәресте тарапынан олардың морфологиялық-функциональдық жетілмеуі, дезадаптация синдромы болып табылады.

3. Неонатальды гипербилирубинемияда елеулі қатер факторы ретінде ана тарапынан жедел респираторлы вирусты инфекцияның зардабы, ұрықтың құрсақшілік гипоксиясы мен гестоз, босану ауырлығы тұрса, нәресте жағынан құрсақшілік дамуының тежелуі, дене салмағының 4000 г., асуы, босану кезіндегі жарақаттану негізгі рөл атқарады.

4. Нәрестелерді туылған сәттен бастап еркін емізу тәртібімен қамтамасыз ету мен олардың қанағаттанбай қалуын болдырмай алдын алу гипербилирубинемия жиілігін 28,8%-ға төмендетеді. Бұл мәселеде физиологиялық сарғаю үлесі -82,6%, неонатальды сарғаю -17,4% балада болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Абдуллаева М.Э., Тимбаев О.С. Оценка степени зрелости доношенных новорожденных // Педиатрия. - 2002. - №5. - С.106-108.
2. Федяева Г.А., Гусева Т.И., Бимбасова Т.А. Физическое и нервно- психическое развитие детей первого года жизни // Педиатрия.- 2001. - №5. - С.110-113.
3. Турдыева Г.Ш., Курбанов Д.Д., Исраилов А.Р. Некоторые показатели антиоксидантной системы при физиологической желтухе у новорожденных // Педиатрия. - 2001. - №5. - С.109-111.
4. Ю.Баринов С.В., Машнин Ю.В., Блауман С.И., Рогова Е.В., Пшеничная Е.В., Безнощенко А.Б. Экстрагенитальная патология и репродуктивное здоровье / Материалы IV Международной научно-образовательной конференции «Проблемы здоровья семьи - 2009.г - С. 184-185.
5. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. Основные причины желтух у новорожденных и принципы дифференциальной диагностики // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2012. - №5. - С. 18-23.
6. Володин Н.Н., Коршокин М.А., Медведева Горбунов А.В. Желтухи- новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2000. - №4-0.13-16с
7. Бондарь О.Е., Ванько Л.В., Логинова. Н.С. Влияние инфекционной патологии матерей; на здоровье их. новорожденных .Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: 2004г 31 - №3с 62
8. Кузнецова М.А. Лавренчук Л.Р, Сигаева А.Е. Современные аспекты вскармливания, детей первого года жизни // Материалы IV конгресса педиатров России. - 2007. - С.357-358.

РЕЗЮМЕ

Түктібаева Г.Н., Мусаева Н.С., Калжанова А. Б., Мырзабаева Ф. А., Мырзаева Г. Б.
Кафедра «Педиатрии и детской хирургии», ЮКГФА, г. Шымкент

ОСОБЕННОСТИ ГРУДНОГО ВКАРМЛИВАНИЯ ПРИ НЕОНАТАЛЬНАЯ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

В статье рассматриваются особенности грудного вскармливания при желтухе, которая выявляется у 60-80% новорожденных. Несмотря на все исследования данная проблема по сей день не теряет свою актуальность

Кілт сөздер: нәресте, физиологиялық гипербилирубинемия, сарғаю, ана сүтімен емізу.

SUMMARY

Tuktibayeva G., Musayeva N., Kalzhanova A., Myrzabayeva F., Myrzayeva G.
Department of Pediatrics and children surgery, UKGFA, Shimkent

FEATURES BREASTFEEDING DURING NEONATAL PHYSIOLOGICAL JAUNDICE AT IN TERM NEWBORNS

The article discusses the features of breastfeeding with jaundice, which is diagnosed in 60-80% of newborns. Despite all the research, this problem does not lose relevance to this day.

Кілт сөздер: нәресте, физиологиялық гипербилирубинемия, сарғаю, ана сүтімен емізу.

УДК 616.132.2-002-07

Б.Т. Кадиров, магистрант 2-го года обучения по специальности «Медицина»
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан

ВЛИЯНИЕ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

РЕЗЮМЕ

Нами проводилось изучение влияние ангиографических показателей на прогноз больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST. Обследованы 54 больных с острым коронарным синдромом. Всем больным выполнялась селективная ангиография коронарной артерии. Выявлено, что к наиболее значимым морфологическим особенностям коронарного русла, способным влиять на развитие неблагоприятных коронарных событий у больных острым коронарным синдромом, относятся проксимальное поражение передней нисходящей артерии и наличие устьевых стенозов в коронарной артерии.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, элевация сегмента ST, неблагоприятные коронарные события, селективная ангиография, коронарная артерия.

Актуальность. Во всем мире не теряет актуальности проблема острого коронарного синдрома (ОКС), что подтверждается данными международных регистров [1]. Актуальность исследования ориентирована на влияние предикторов неблагоприятного прогноза заболевания в течение годового периода у больных ОКС с элевацией сегмента ST, подвергшихся экстренному интервенционному вмешательству со стентированием симптомзависимой коронарной артерии [2].

Цель. Изучить влияние ангиографических показателей на прогноз больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 54 больных ОКС, которые разделены на 2 – группы: 1 группа (n=18) с развитием неблагоприятных коронарных событий (НКС) и 2 группа (n=36) без развития осложнений. Всем больным выполнялась селективная

ангиография коронарной артерии в первый час от момента госпитализации на ангиографическом аппарате Siemens (Германия).

Результаты и обсуждение. Статистические значимые различия в группах получены по наличию поражения в проксимальном отделе передней нисходящей артерии (ПНА), (44,4% в 1 – группе против 22,2% во 2 – группе больных, $p=0,042$). По данным однофакторного анализа наличие данного морфологического признака статистически значимо увеличивает риск возникновения НКС в течение года у больных ОКС с элевацией сегмента ST в 2,78 раза (ОШ (95% ДИ)=2,78; $p=0,004$). Устьевые поражения коронарной артерии, подвергшиеся стентированию, наблюдались достоверно чаще в 1 группе (22,2%), в то время как во 2 группе выявлено 8,3% случаев ($p=0,026$). Данный признак ухудшал прогноз больных ОКС с элевацией ST в 2,76 раза (ОШ (95% ДИ)=2,76; $p=0,030$) по результатам годичного наблюдения.

Выводы. Таким образом, к наиболее значимым морфологическим особенностям коронарного русла, способным влиять на развитие НКС у больных ОКС, относятся проксимальное поражение ПНА и наличие устьевых стенозов в коронарной артерии.

Список литературы

1. Бокерия, Л. А. Хирургия сердца и сосудов в Российской Федерации / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова. – М., 2006. – С. 43.
2. Иоселиани, Д.Г. Стентирование инфаркт- ответственной артерии в первые часы острого инфаркта миокарда: ближайшие и среднеотдаленные результаты / Д. Г. Иоселиани, С. В. Роган, С.П. Семитко // Интервенционная кардиология. – 2003. - №2. – С. 24-29.

ТҮЙІН

Б. Т. Қадиров, магистрант "Медицина"мамандығы бойынша
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

ӘСЕРІ АНГИОГРАФИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРДІҢ БОЛЖАМЫ НАУҚАС ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ЭЛЕВАЦИЕЙ ST СЕГМЕНТІ

ST сегментінің элевациясымен жіті коронарлық синдромы бар науқастардың болжамына ангиографиялық көрсеткіштердің әсерін жүргіздік. Жіті коронарлық синдромы бар 54 науқасты тексердік. Барлық науқастарға коронарлық артериясының селективті ангиография жүргізілді. Жіті коронарлық синдром науқастарында сәтсіз коронарлық жағдайлар дамуына әсер етуге қабілетті коронарлы ағыстың морфологиялық ерекшеліктеріне алдыңғы төмен бағытталған артерия проксималды зақымдануы мен белгітәуелді артерия ағыс стенозының болуы анықталды.

Кілт сөздер: жіті коронарлық синдром, ST сегментінің элевациясы, қолайсыз коронарлық оқиғалар, селективті ангиография, коронарлы артерия.

SUMMARY

B.T. Kadirov, magistant of 2th of educating, on speciality "Medicine"
South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent, Kazakhstan

INFLUENCE OF ANGIOGRAPHIC INDEXES ON PROGNOSIS OF PATIENTS BY SHARP CORONAL SYNDROME WITH ЭЛЕВАЦИЕЙ OF SEGMENT OF ST

We carried out the study of the impact of angiographic parameters on the prognosis of patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation. The study included 54 patients with acute coronary syndrome. All patients underwent selective angiography of the coronary artery. It was revealed that the most significant morphological features of coronary arteries that can influence the development of adverse coronary events in patients with acute coronary syndrome are proximal LAD lesion and the presence of estuarine stenosis in the coronary artery.

Keywords: acute coronary syndrome, ST segment elevation, adverse coronary events, selective angiography, coronary artery.

УДК 616.132.2-002-06

Б.Т. Қадиров, магистрант 2-го года обучения по специальности «Медицина»
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ШКАЛЕ TIMI И CADILLAC

РЕЗЮМЕ

Нами проведено сравнение групп больных по шкалам риска развития неблагоприятных коронарных событий. Обследованы 54 больных острым коронарным синдромом. Исходный риск развития неблагоприятных коронарных событий в течение госпитального и годового периода оценивался по двум шкалам: TIMI ST-segment elevation для больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, и шкале, разработанной на данных исследования CADILLAC. Выявлено, что прогностическая шкала CADILLAC обладает высокой ценностью для определения риска развития неблагоприятных коронарных событий у больных острым коронарным синдромом с элевацией ST.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, неблагоприятные коронарные события, шкала TIMI ST-segment elevation, шкала CADILLAC.

Введение. Оценка риска TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) для пациентов с ОКС является эффективным методом прогнозирования риска смерти и сосудистых осложнений. Все более перспективным направлением в оценке риска развития неблагоприятных сердечно – сосудистых событий является учет как клинических и лабораторных, так и ангиографических особенностей коронарного русла. Подобное сочетание факторов представлено в шкале, разработанной на данных исследования CADILLAC (the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications) [1], где учитываются следующие факторы: ФВЛЖ менее 40%, скорость клубочковой фильтрации менее 60мл/мин, класс тяжести СН по Killip (II - III), послеоперационный кровоток по шкале TIMI 0-2, возраст старше 65 лет, анемия, трехсосудистое поражение коронарной артерии.

Цель. Провести сравнение групп больных по шкалам риска развития неблагоприятных коронарных событий (НКС).

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 54 больных острым коронарным синдромом (ОКС). Больные разделены на 2 группы: 1 группа (n=18)

Исходный риск развития НКС в течение госпитального и годового периода оценивался по двум шкалам: TIMI ST-segment elevation для больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, и шкале, разработанный на данных исследования CADILLAC.

Результаты и обсуждение. Анализ проведенный с помощью шкалы TIMI, не показал статистически значимых различий ($p=0,322$) в исследуемых группах. При сравнении групп по шкале CADILLAC, отмечено, что в I группе преобладали пациенты с высоким баллом риска (4-11,1%, 5-11,1%, 6-5,5%, 7-11,1%, 8-1,8%) против II группы, где 4 балла по шкале набрали 2,8% больных и от 5 до 8 баллов по 5,6% больных, а с баллом 8 не отмечалось ни одного случая ($p=0,018$). В то же время, во 2 – группе преобладали пациенты с низким баллом риска развития НКС в сравнении с больными, имевшими неблагоприятные исходы (1-16,7% и 2-61,1% против 5,6% и 38,8% соответственно; $p=0,018$).

Выводы. Таким образом, на основании наших данных показано, что прогностическая шкала CADILLAC обладает высокой ценностью для определения риска развития НКС у больных ОКС с элевацией ST.

Список литературы

1. Halkin, A. Prediction of Mortality after Primary Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction: The Cadillac Risk Score / A. Halkin // J Am Coll Cardiol. – 2005. – Vol. 45. – P. 1397-1405.

ТҮЙІН

Б. Т. Қадиров, магистрант "Медицина"мамандығы бойынша

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ НАУҚАС ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМЫМЕН ШКАЛАСЫ БОЙЫНША ТІМІ ЖӘНЕ CADILLAC

Біз салыстыру жүргізілді топтарының науқастарды шкалалар бойынша тәуекел дамуының қолайсыз коронарлық жағдай. Тексерілді 54 науқас жіті коронарлық синдромымен. Бастапқы даму қаупі, қолайсыз коронарлық оқиғалардың ішінде госпитальдық және жылдық кезең бойынша бағаланды, екі шкала: TIMI ST-segment elevation науқастар үшін жіті коронарлық синдроммен ST сегментінің элевациясымен және шкала бойынша әзірленген осы зерттеу CADILLAC. Анықталды, бұл болжау шкаласы CADILLAC ие жоғары құндылығы анықтау үшін тәуекел дамуының қолайсыз коронарлық оқиғалардың науқастарда коронарлық синдромымен байланысты ST элевациясымен.

Кілт сөздер: жіті коронарлық синдром, қолайсыз коронарлық оқиғалар, TIMI ST-segment elevation шкаласы, CADILLAC шкаласы.

SUMMARY

В.Т. Kadirov, magistrant of 2th of educating, on speciality "Medicine"
South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent, Kazakhstan

COMPARATIVE DESCRIPTION OF PATIENTS BY SHARP CORONAL SYNDROME ON SCALE OF TIMI AND CADILLAC

We compared groups of patients on the scale of the risk of adverse coronary events. The study included 54 patients with acute coronary syndrome. Source risk of adverse coronary events within the hospital, and annual periods are measured at two scales: TIMI ST-segment elevation in patients with acute coronary syndrome segment elevation ST, and the scale developed to study CADILLAC data. It was found that the predictive scale CADILLAC has a high value for the risk of adverse coronary events in patients with acute coronary syndrome with elevation of the ST.

Keywords: acute coronary syndrome, adverse coronary events, the scale TIMI ST-segment elevation, CADILLAC scale.

ӘОК 616.72-002-07

А.А. Наркабулов- «Медицина» мамандығының 2-ші оқу жылының магистранты

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., доцент А.Е. Туртаева

Терапиялық пәндер кафедрасы

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

УРОГЕНИТАЛДЫ ЭТИОЛОГИЯДАҒЫ РЕАКТИВТІ АРТРИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

ТҮЙІН

Біз реактивті артриттің (РеА) урогениталды этиологиядағы 60 науқасты тексердік. РеА кезінде буын синдромы анық симптоматикада болады, ол ауырсыну синдромымен және ахилодиниямен, 2 деңгей белсенділігіндегі олиго-полиартрит типті аяқ буындарының зақымдануымен белгіленеді.

Кілт сөздер: урогениталды этиологиядағы реактивті артрит, буындық синдром, талалгия, энтезопатиялар.

Мақсат. Урогениталды этиологиядағы реактивті артриттің клиникалық ерекшеліктерін зерттеу.

Міндеттер. Урогениталды этиологиядағы реактивті артриттің клиникалық ағымының талдамасын жасау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Біз реактивті артриттің (РеА) урогениталды этиологиядағы 60 науқасты тексердік. Орташа жасы $35,7 \pm 1,6$ жыл. Стационарға түскенге дейінгі аурудың орташа ұзақтығы $27,9 \pm 5,6$ ай. Ер кісілер—53,3%, әйелдер—46,7%.

Нәтижелер және талқылаулар. Клиникалық ағымының талдамасы көрсеткендей, әйел жыныстылардың ішінде буын синдромының олигоартриттік нұсқасы көбірек кездесті (71,4%), ал ер кісілерде олигоартриттік (53,1%) и полиартриттік (37,5%) түрлері анықталды. Екі жыныста да бірегей жиілікпен аяқ буындарының зақымдануы анықталған (62,5% және 60,7% сәйкес). Әйел жыныстылардың ішінде көрнекі аналогтық шәкілік (КАШ) бойынша ауырсыну деңгейі (75,0%) көбірек кездесті және 2 деңгейлі функционалды класс болды (64,3%), ал ер кісілерде 3 деңгейлі функционалды класс көбірек кездесті, бұл 43,7% құрады.

20 жасқа дейінгі топта буын синдромының жедел басталуы анықталса, (71,4%), ал 31-40 жас және 41-50 жастар шамасында аурудың жайлап басталуы анықталған (68,4% және 72,7% сәйкес). Периартикулярлы көріністерден энтезопатия (89,5% және 72,7% сәйкес) және талалгия (89,5% және 36,% сәйкес) көбірек кездесті.

Қорытындылар. РеА кезінде буын синдромы анық симптоматикада болады, ол ауырсыну синдромымен және ахилодиниямен, 2 деңгей белсенділігіндегі олиго-полиартрит типті аяқ буындарының зақымдануымен белгіленеді.

Резюме

А.А. Наркабулов - магистрант 2-го года обучения по специальности «Медицина»

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Е. Туртаева

Кафедра терапевтических дисциплин

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Нами были обследованы 60 больных реактивным артритом урогенитальной этиологии. У больных реактивным артритом урогенитальной этиологии со II и III степенью активности заболевания наблюдался выраженный суставной синдром и чаще развивались системные проявления.

Ключевые слова: реактивный артрит урогенитальной этиологии, суставной синдром, талалгия, энтезопатии.

A.A. Narkabulov - undergraduate 2nd year of training in the specialty "Medicine"

Supervisor: PhD, Associate Professor A.E. Turtayeva

Major therapeutic disciplines

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

CLINICAL FEATURES OF REACTIVE ARTHRITIS UROGENITAL ETIOLOGY

Were inspected by us 60 patients by reactive arthritis of урогенитальной etiology. For patients by reactive arthritis of урогенитальной etiology with II and III the degree of activity of disease was the expressed arthral syndrome and system displays developed more often.

Key words: urogenital reactive arthritis etiology, articular syndrome, talalgiya, enthesopathies.

Рекомендации EASE (Европейской ассоциации научных редакторов)



EASE Guidelines for Authors and Translators of Scientific Articles to be Published in English, June 2014

© 2014 European Association of Science Editors (www.ease.org.uk)

Данная версия Руководства публикуется с официального разрешения EASE. Оригинальная версия на русском языке доступна на http://www.ease.org.uk/sites/default/files/ease_guidelines-june2014-russian.pdf на английском на http://www.ease.org.uk/sites/default/files/ease_guidelines-june2014-english.pdf

Рекомендации EASE (Европейской ассоциации научных редакторов) для авторов и переводчиков научных статей, которые должны быть опубликованы на английском языке

Для увеличения эффективности международного научного взаимодействия статьи и другие научные публикации должны быть ПОЛНЫМИ, ЛАКОНИЧНЫМИ и ПОНЯТНЫМИ, как объяснено ниже. Это обобщенные, но не универсальные рекомендации, предназначенные для помощи авторам, переводчикам и редакторам. Применяя эти правила, необходимо руководствоваться здравым смыслом, поскольку совершенства достигнуть невозможно.

Прежде всего:

- Тщательно планируйте и осуществляйте ваше исследование** (напр. Hengl et al. 2011). Не начинайте писать статью, пока у вас нет уверенности в том, что ваши результаты относительно стабильны и закончены (O'Connor 1991), и вы можете сделать **надежные выводы**.
- До начала работы над статьей рекомендуется выбрать журнал**, в который вы пошлете свою статью. Убедитесь, что читатели журнала являются вашей целевой аудиторией (Chipperfield et al. 2010). Получите инструкции для авторов и спланируйте статью таким образом, чтобы она соответствовала инструкции с точки зрения общего объема, формата, предпочитаемого журналом, требуемого/допустимого числа рисунков и т.п..

Рукописи должны быть ПОЛНЫМИ, т.е. в них не должна отсутствовать необходимая информация. Помните, что **информация, которая расположена там, где читатели ожидают ее найти, легче интерпретируется** (Gopen & Swan 1990). Например, нижеследующая информация должна быть включена в экспериментальные научные статьи.

- Название:** должно быть однозначным, понятным специалистам в других областях и отражать содержание статьи. Будьте точными, не пишите общими или неопределенными фразами (O'Connor 1991). Если это необходимо, упомяните в заголовке период и место исследования, международное научное название изучаемого объекта или экспериментальный план исследования (т.е. исследование конкретного случая или рандомизированное контролируемое испытание). Нет необходимости повторять информацию в названии и в аннотации (они всегда публикуются вместе), хотя дублирование неизбежно.

□ □**Список авторов**, т.е. всех людей, которые внесли значительный вклад в планирование, сбор данных или интерпретацию результатов, **а также** писали или проверяли и критиковали рукопись и согласны с последним ее вариантом и согласились быть ответственными за все аспекты работы (ICMJE 2013). Первыми указываются авторы, внесшие наибольший вклад. Имена авторов должны быть дополнены указанием их **места работы** (во время исследования) и **фактическим адресом** автора, по которому можно вести переписку. Должны быть перечислены адреса электронной почты всех авторов для того, чтобы с ними было легче связаться.

□ □**Аннотация**: кратко объясните, почему было проведено исследование (ОБОСНОВАНИЕ), на какой(ие) вопрос(ы) получены ответы (ЦЕЛИ), каким образом было проведено исследование (МЕТОДЫ), что вы обнаружили (РЕЗУЛЬТАТЫ: главные данные, взаимоотношения между ними), и вашу интерпретацию и заключения из результатов (ВЫВОДЫ). Аннотация должна **отражать содержание статьи**, поскольку для большинства читателей оно будет главным источником информации о данном исследовании. Вы должны использовать все ключевые слова в аннотации, чтобы облегчить он-лайн поиск вашей статьи теми, кто может быть заинтересован в ее результатах (многие базы данных включают только названия и аннотации). В **экспериментальной статье** аннотация должна быть **информативной** и включать результаты. Только в **обзорных работах**, мета-анализах и других широкомасштабных публикациях введение должно быть индикативным, т.е. должно перечислять основные обсуждаемые вопросы, но не результаты (CSE 2014). Не ссылайтесь во введении на таблицы или рисунки, поскольку аннотации также публикуются отдельно от статьи. Не разрешены и ссылки на использованную литературу, если только в них нет абсолютной необходимости (в этом случае необходимо в скобках разместить подробную информацию: автор, название, год и т.п.). Убедитесь, что вся информация во введении есть и в основном тексте статьи. (См. *Appendix: Abstracts*)

□ □**Список дополнительных ключевых слов** (если требуется редакцией): включите все важные научные термины, которых нет в названии и аннотации. Ключевые слова должны быть точными. Добавляйте общие термины, только если ваше исследование имеет междисциплинарное значение (O'Connor 1991). В медицинских текстах используйте термины, которые можно найти в [MeSH Browser](#).

□ □**Список аббревиатур** (если требуется редакцией): дайте определения всем аббревиатурам, использованным в статье, за исключением понятных неспециалистам.

□ □**Введение**: объясните, почему было необходимо провести исследование, укажите цели исследования, и на какой конкретный вопрос(ы) оно направлено. Начните с более общих соображений и постепенно сфокусируйтесь на вопрос(ах) вашего исследования.

□ □**Методы**: подробно опишите, как было проведено исследование (т.е. область исследования, сбор данных, критерии, источник анализируемого материала, величина образца, количество измерений, возраст и пол участников исследования, оборудование, анализ данных, использованные статистические тесты и компьютерные программы). Необходимо рассмотреть все факторы, которые могли повлиять на результаты исследования. Источники экспериментальных материалов, полученных от биобанков, следует упоминать с полными наименованиями и идентификаторами, при наличии таковых (Bravo et al. 2013). При цитировании метода, описанного не на английском языке или в недоступной публикации, подробно опишите его. Убедитесь, что ваше исследование соответствует этическим стандартам (напр. WMA 2013) относительно прав пациентов, исследований на животных, защиты окружающей среды и т.п.

□ □**Результаты**: предоставьте новые результаты исследований (обычно, опубликованные данные не должны включаться в эту часть статьи). Все таблицы и рисунки должны быть упомянуты в основном тексте статьи в порядке, в котором они пронумерованы и расположены в тексте. Убедитесь, что статистический анализ данных адекватен (напр. Lang 2004). Не поддельвайте и не искажайте любые данные и не исключайте никаких важных данных; не манипулируйте изображениями для создания ложного впечатления. Подобные манипуляции данных могут быть **научным мошенничеством** (см. [COPE flowcharts](#)).

□ □**Обсуждение**: дайте ответы на вопросы вашего и как можно более объективно сравните ваши новые результаты с опубликованными ранее. Обсудите их ограничения и выделите ваши основные выводы. Рассмотрите любые выводы, которые идут вразрез с вашей точки зрения. Для поддержки вашей позиции, используйте только методологически обоснованные доказательства (ORI 2009). В конце дискуссии или в отдельном разделе подчеркните ваши основные выводы и практическое значение вашего исследования.

□ □**Благодарности**: упомяните всех, кто внес значительный вклад в ваше исследование, но не

может рассматриваться в качестве соавторов и поблагодарите все источники финансирования. Рекомендуемая форма: "This work was supported by the Medical Research Council [grant number xxxx]" Если специального финансирования не было, используйте фразу: "This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors." (RIN 2008). Если это необходимо, сообщите редакторам о других конфликтах интересов, т.е. финансовых или личных связях с издателем или с организацией, которая заинтересована в публикации рукописи (Goozner et al. 2009). Если вы воспроизводите уже опубликованный материал (т.е. рисунки), получите разрешение обладателей авторских прав и упомяните их в подписи под рисунком или в секции благодарностей. Если вам помогал человек, владеющий иностранным языком профессионально (т.е. ваш редактор или переводчик), статистик, сборщики данных, ваши помощники вы должны их упомянуть для информационной открытости (ICMJE 2013, Graf et al. 2009). Должно быть объяснено, что они не несут ответственности за конечный вариант статьи. Вы должны убедиться в наличии согласия всех людей, упомянутых в настоящем разделе. (См. Appendix: Ethics)

Список литературы: убедитесь, что вы предоставили данные из всех источников информации, взятой из других публикаций. В список литературы включите все данные, необходимые для нахождения источников в библиотеке или в Интернете. Для публикаций не на английском языке сообщите их **оригинальное название** (в случае необходимости транслитерированное согласно правилам английского языка), после которого, по возможности, сообщите перевод на английский в квадратных скобках (CSE 2014). Избегайте цитировать недоступные, принудительные _я_+ГяХи несоответствующие ссылки. Везде, где необходимо, процитируйте основные статьи исследования вместо обзоров (DORA 2013). Неопубликованные данные в список литературы не включаются - если их необходимо упомянуть, объясните их источник в основном тексте статьи и получите разрешение от автора данных для их цитирования.

Другая структура статьи может быть оптимальной для теоретических публикаций, обзорных работ, исследований конкретных случаев и т.п. (напр. Gasparyan et al. 2011).

Некоторые публикации включают также аннотации или расширенное **резюме** на другом языке. Это очень важно во многих областях исследования.

Соблюдайте **инструкции журнала для авторов** с точки зрения длины резюме, источники литературы и т.п.

Пишите ЛАКОНИЧНО, чтобы сохранить время рецензентов и читателей.

Не включайте информацию, которая не имеет отношения к вопросу(ам), определенным во введении.

Не копируйте части ваших более ранних публикаций и не посылайте одну и ту же рукопись одновременно в несколько журналов. В противном случае, вы можете нести ответственность за **избыточную публикацию** (см. COPE fowcharts). Это правило не распространяется на предварительные публикации, такие, как тезисы конференций (O'Connor 1991, см. также BioMed Central policy). Более того, **вторичные публикации** приемлемы, если они предназначаются для совершенно другой аудитории (т.е. на другом языке или для специалистов и общей аудитории) и получено разрешение редакторов обоих журналов (ICMJE 2013). Ссылки на первичные публикации должны быть приведены в сноске на титульном листе вторичной публикации.

Предпочтительно, чтобы информация, размещенная в одном из разделов **не повторялась** в других разделах. Очевидные исключения – это аннотация, подписи под рисунками и заключающий статью параграф.

Убедитесь, что все таблицы и рисунки необходимы. Данные, представленные в таблицах, не должны повторяться в рисунках и наоборот. Длинные списки данных не должны повторяться в тексте.

Подписи под таблицами и рисунками должны быть **информативными, но не очень длинными**. Если сходные данные представлены в нескольких таблицах или нескольких рисунках, формат подписи также должен быть сходным.

Очевидные утверждения лучше удалять (т.е. "Forests are very important ecosystems".), как и другие избыточные фрагменты (т.е. "It is well known that...").

Если **длинный научный термин** часто повторяется, дайте определение его аббревиатуры при первом использовании в основном тексте статьи, а затем употребляйте аббревиатуру.

- □ Если это необходимо, выразите сомнения, **но избегайте излишней уклончивости** (т.е. пишите "возможно", а не "это может быть возможно". Однако, **не делайте излишне общих выводов**.
- □ Если нет конкретных требований редакции, используйте **цифры для всех номеров**, т.е. и для целых номеров, состоящих из одной цифры, **кроме нуля, единицы** (без единиц измерения) **и других случаев, в которых возможно недоразумение**, т.е. в начале предложений или до аббревиатур, содержащих номера (CSE 2014).

Для облегчения ПОНИМАНИЯ пишите ясно – текст должен быть легким для прочтения.

Научное содержание

- □ **Четко отделите ваши оригинальные данные и гипотез** от данных и гипотез других людей и ваших ранних публикаций - где это необходимо, дайте ссылки. Предпочтительно суммировать или пересказать текст из других источников. Это относится также и к переводам. При копировании текста буквально (напр. Целое предложение или длинный текст), заключите его в кавычки (напр. [ORI 2009](#), [Kerans & de Jager 2010](#)). В противном случае вы можете стать **плагиатором** (см. [COPE flowcharts](#)) или само-плагиатором.
- □ Будьте уверены, что используются **правильные английские научные термины**, предпочтительно на основании текстов, написанных носителями языка. Буквальный перевод часто неправилен (т.е. так называемые "фальшивые друзья переводчика" или несуществующие слова, придуманные переводчиками). В случае сомнения проверьте определение в английском словаре, так как многие слова употребляются неправильно (напр. *trimester*, см. [Baranyiová 1998](#)). Вы можете также сделать поиск слова или фразы, например, в Википедии; затем сравнить результаты в вашем родном языке и английском, и определить, являются ли значения предположительных эквивалентов одинаковыми. Однако, Википедия не всегда является надежным источником информации.
- □ Если слово используется преимущественно в переводах и лишь изредка в англоговорящих странах, рассмотрите возможность его замены более широко известным английским термином со сходным значением (т.е. "plant community" вместо "phytocoenosis"). Если у научного термина нет английского синонима, четко его определите и предложите приемлемый перевод на английский.
- □ **Дайте определение всех необычных или многозначных научных терминов** во время первого их использования. Можно перечислить его синонимы, если они есть (для помощи при поиске), но позже для ясности постоянно используйте только один термин. Предпочтительно использовать формальную номенклатуру, установленную научными организациями (напр. [EASE 2013](#)).
- □ **Избегайте неясных утверждений**, которые требуют от читателя предположений о том, что Вы имели в виду. (См. *Appendix: Ambiguity*)
- □ При использовании процентов убедитесь **что принято за 100%**. При описании корреляций, взаимоотношений и т.п., ясно обозначьте какие значения сравниваются с какими.
- □ Используйте единицы **Системы Интернациональной (СИ) и градусы Цельсия**.
- □ В противоположность многим другим языкам в английском **десятичных дробях** используется **точка** (не запятая). В числах, состоящих из 4 и более знаков слева или справа от такой точки используйте **узкие пробелы** (не запятые) между группами из 3 цифр с обеих сторон от точки ([EASE 2013](#)).
- □ **Не используйте римские цифры** для обозначения столетий, месяцев и т.п., поскольку они редко встречаются в английском языке. Из-за различий между британским и американским обозначением дат (см. ниже), для обозначения месяцев лучше использовать целое слово или 3 первые буквы ([CSE 2014](#)).
- □ Если переводятся малоизвестные **географические названия**, должно быть упомянуто и первоначальное название, если это возможно, т.е. "в Сельском лесу (Puszcza Kampinowska)". В этом случае читателям может быть полезна дополнительная информация о расположении, климате и т.п.
- □ Необходимо помнить, что **текст будут читать, большей частью, иностранцы**, которые могут не знать специфические условия, классификации или концепции, хорошо известные в вашей стране; поэтому может быть необходимы дополнительные объяснения ([Ufnalska 2008](#)). Например, распространенный сорняк *Erigenosis annus* в некоторых странах называется *Stenactis annua*, поэтому в англоязычных текстах должно использоваться принятое в международном

сообществе название, а его синоним(ы) добавляться в скобках.

Структура текста

□ □ **В общем случае предложения не должны быть слишком длинными и относительно простыми по структуре**, подлежащее близко к сказуемому (Gopen & Swan 1990). Например, избегайте абстрактных существительных и пишите "X was measured..." вместо "Measurements of X carried out...". (См. *Appendix: Simplicity*). Не используйте слишком часто пассивные конструкции (напр. Norris 2011). При переводе изменяйте структуру предложений для того, чтобы передать смысл правильно или яснее (Burrough-Boenisch 2013).

□ □ **Текст должен быть связным, логически организованным**, и как следствие этого, удобочитаемым (См. *Appendix: Cohesion*).

□ □ Предпочтительно, чтобы каждый параграф должен начинаться с вводного предложения, в котором формулируется тема сообщения, а следующие предложения развивают тему.

□ □ В противоположность некоторым другим языкам, в английском можно использовать параллельные конструкции, поскольку они облегчают понимание. Например, при сравнении сходных данных можно написать "It was high in A, medium in B, and low in C", а не "It was high in A, medium for B, and low in the case C".

□ □ **Таблицы и рисунки должны быть легко доступны для понимания** без обращения к тексту статьи. Не включайте неинформативные данные (т.е. удалите колонку, если она содержит одинаковые значения во всех рядах, это можно описать в примечании). Используйте аббревиатуры только если это необходимо для согласованности или недостаточно места для целых слов. В подписях или примечаниях расшифруйте все аббревиатуры и символы, значение которых неочевидно (т.е. планки погрешностей могут обозначать стандартную девиацию, стандартную ошибку или доверительный интервал). **Используйте точки (не запяты) в десятичных дробях и подписывайте оси и единицы измерения** по мере необходимости.

□ □ Рассмотрите возможность использования **текстовых таблиц** для описания небольшой группы данных (Kozak 2009). (См. *Appendix: Text-tables*)

□ □ В длинных списках (аббревиатур и т.п.) лучше разделять отдельные объекты с помощью **точки с запятой (;)**, которые являются промежуточным знаком между запятыми и точками.

Язык имеет значение

□ □ Если нет необходимости в научных терминах, лучше использовать **общеизвестные слова**. В то время избегайте разговорных и идиоматических выражений, а также фразовых глаголов (т.е. find out, pay off), которые зачастую плохо понимают люди, для которых английский - неродной язык (Geercken 2006).

□ □ **Дайте определение аббревиатурам** во время их первого употребления в основном тексте статьи (если читатели могут их не понять). **Не используйте слишком много различных аббревиатур**, поскольку текст будет трудно понять. Не аббревируйте термины, редко используемые в вашем тексте. **Избегайте аббревиатур в аннотации.**

□ □ При описании проведения вашего исследования и результатов, полученных вами или другими исследователями, используйте **прошедшее время**. **Настоящее время** лучше использовать для общих утверждений и положений (т.е. статистическая достоверность, выводы) или описывая содержание вашей статьи, особенно в таблицах и рисунках (Day & Gastel 2006).

□ □ Если нет конкретных требований редакции **не пишите о себе "the authors"**, так как это неоднозначно. Вместо этого при необходимости пишите "we" или "I" или используйте выражения "in this study", "our results" или "in our opinion" (напр. Hartley 2010, Norris 2011). Следует отметить, можно писать "this study" только если имеются в виду ваши новые данные. Если вы имеете в виду публикацию, упомянутую в предыдущем предложении, пишите "that study". Если вы упоминаете авторов цитированной публикации, пишите "those authors".

□ □ Помните, что в научных текстах слово **"which"** должно использоваться в неопределенных дополнениях, в то время как **"that"** – в определяющих (т.е. имеющих значение "только те, которые").

□ □ При использовании **двусмысленных слов** убедитесь, что их значение очевидно из контекста. Проверьте, что все **глаголы согласованы с их существительными по числу** (т.е. единственное

или множественное) и понятно, к чему относятся местоимения (это очень важно для переведенных текстов). Помните, что некоторые существительные обладают **особыми формами образования множественного числа**. (См. *Appendix: Plurals*)

Прочитайте текст вслух для проверки пунктуации. **Всёintonационные паузы**, необходимые для правильного понимания должны выделяться запятыми или другими пунктуационными знаками (т.е. отметим разницу между “no more data are needed” и “no, more data are needed”.

Будьте**последовательны в орфографии**, придерживаясь либо британских, либо американских правил написания слов и дат (т.е. “21 Jan 2009” в британском, “Jan 21, 2009” в американском английском). (См. *Appendix: Spelling*) Проверьте, использует ли журнал, в который вы собираетесь послать статью, американскую или британскую орфографию и используйте соответствующую настройку в проверке пунктуации и орфографии.

Попросите вдумчивого коллегу прочитать весь текст, чтобы выявить неоднозначные фрагменты

Перевод/Translation: Victoria Doronina (doroninavicki@gmail.com), updated by Sergey Gorin (translation-center@intereconom.com)

В подготовке инструкций приняли участие: Sylwia Ufnalska (initiator and editor), Paola De Castro, Liz Wager, Carol Norris, James Hartley, Françoise Salager-Meyer, Marcin Kozak, Ed Hull, Mary Ellen Kerans, Angela Turner, Will Hughes, Peter Hovenkamp, Thomas Babor, Eric Lichtfouse, Richard Hurley, Mercè Piqueras, Maria Persson, Elisabetta Poltronieri, Suzanne Lapstun, Mare-Anne Laane, David Vaux, Arjan Polderman, Ana Marusic, Elisabeth Heseltine, Joy Burrough-Boenisch, Eva Baranyiová, Tom Lang, Arie Manten, Pippa Smart, Armen Gasparyan

Список использованной и дополнительной литературы:

AuthorAID Resource Library. Available from <http://www.authoraid.info/resource-library>

Baranyiová E. 1998. Misleading words or nobody is perfect. *European Science Editing* 24(2):46. Available from http://www.ease.org.uk/sites/default/files/ese_1998-baranyiova.pdf

Beverly P. 2011. *Word macros for writers and editors*. Available from <http://www.archivepub.co.uk/TheBook>

BioMed Central policy on duplicate publication. Available from <http://www.biomedcentral.com/about/duplicatepublication>

Bless A, Hull E. 2008. *Reader-friendly biomedical articles: how to write them!* 3rd ed. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communication.

Bravo E, Cambon-Thomsen A, De Castro P, Mabile L, Napolitani F, Napolitano M, Rossi AM. 2013. Citation of bioresources in journal articles: moving towards standards. *European Science Editing* 39(2):36-38 Available from http://www.ease.org.uk/sites/default/files/essay_bioresources.pdf

Burrough-Boenisch J. 2013. Editing texts by non-native speakers of English. In: European Association of Science Editors. *Science editors' handbook*. Smart P, Maisonneuve H, Polderman A, editors. Available from <http://www.ease.org.uk/handbook/index.shtml>

Chipperfield L, Citrome L, Clark J, David FS, Enck R, Evangelista M, et al. 2010. Authors' Submission Toolkit: a practical guide to getting your research published. *Current Medical Research & Opinion* 26(8):1967-1982. Available from <http://informahealthcare.com/doi/full/10.1185/03007995.2010.499344>

[COPE flowcharts] Committee on Publication Ethics flowcharts. Available in many languages from <http://www.publicationethics.org/resources/flowcharts>

[CSE] Council of Science Editors, Style Manual Committee. 2014. *Scientific style and format: the CSE manual for authors, editors, and publishers*. 8th ed. University of Chicago Press. Available from <http://www.scientificstyleandformat.org/Home.html>

Day RA, Gastel B. 2006. *How to write and publish a scientific paper*. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press.

do Carmo GMI, Yen C, Cortes J, Siqueira AA, de Oliveira WK, Cortez-Escalante JJ, et al. 2011. Decline in diarrhea mortality and admissions after routine childhood rotavirus immunization in Brazil: a time-series analysis. *PLoS Medicine* 8(4): e1001024. Available from <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001024>

[DORA] San Francisco Declaration on Research Assessment. 2013. Available from <http://am.ascb.org/dora/files/SFDeclarationFINAL.pdf>

[EASE] European Association of Science Editors. 2012. EASE Toolkit for Authors. Available from <http://www.ease.org.uk/publications/ease-toolkit-authors>

[EASE] European Association of Science Editors. 2013. *Science editors' handbook*. 2nd ed. Smart P, Maisonneuve H, Polderman A, editors. Available from <http://www.ease.org.uk/handbook/index.shtml>

[EMAME] Eastern Mediterranean Association of Medical Editors. 2006. *Manual for editors of health science journals*. Available in Arabic, English, and French from <http://www.emro.who.int/entity/emame/>

EQUATOR Network. Available from <http://www.equator-network.org/home/>

Gasparyan AY, Ayvazyan L, Blackmore H, Kitas GD. 2011. Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. *Rheumatology International* 31(11):1409-1417. Available from <http://www.ease.org.uk/sites/default/files/writing-reviews.pdf>

Geercken S. 2006. Challenges of (medical) writing for the multilingual audience. *Write Stuff* 15(2):45-46. Available from: <http://medicalwriting.emwa.org/article/show/pdf/51/>

- Goozner M, Caplan A, Moreno J, Kramer BS, Babor TF, Husser WC. 2009. A common standard for conflict of interest disclosure in addiction journals. *Addiction* 104:1779- 1784. Available from <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122637800/abstract>
- Gopen GD, Swan JA. 1990. The science of scientific writing: if the reader is to grasp what the writer means, the writer must understand what the reader needs. *American Scientist* 78(6):550–558. Available from: <http://www-stat.wharton.upenn.edu/~buja/sci.html>
- Graf C, Battisti WP, Bridges D, Bruce-Winkle V, Conaty JM, Ellison JM, et al., for the International Society for Medical Publication Professionals. 2009. Good publication practice for communicating company sponsored medical research: the GPP2 guidelines. *BMJ* 339:b4330. Available from http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/nov27_1/b4330
- Gustavii B. 2008. *How to write and illustrate a scientific paper*. 2nd ed. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Hartley J. 2010. Citing oneself. *European Science Editing* 36(2):35-37. Available from http://www.ease.org.uk/sites/default/files/may_2010_362.pdf
- Hengl T, Gould M, Gerritsma W. 2011. *The unofficial guide for authors: from research design to publication*. Wageningen, Arnhem. Available from <http://edepot.wur.nl/178013>
- [ICMJE] International Committee of Medical Journal Editors. 2013. *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*. Available from http://www.icmje.org/urm_main.html
- Kerans ME, de Jager M. 2010. Handling plagiarism at the editor's desk. *European Science Editing* 36(3): 62-66. http://www.ease.org.uk/sites/default/files/ese_aug10.pdf
- Kozak M. 2009. Text-table: an underused and undervalued tool for communicating information. *European Science Editing* 35(4):103. Available from: http://www.ease.org.uk/sites/default/files/november_2009_354.pdf
- Lang T. 2004. Twenty statistical errors even YOU can find in biomedical research articles. *Croatian Medical Journal* 45(4):361-370. Available from <http://www.cmj.hr/2004/45/4/15311405.htm>
- Masic I, Kujundzic E. 2013. *Science editing in biomedicine and humanities*. Sarajevo: Avicenna.
- [MeSH Browser] Medical Subject Headings Browser. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
- Norris CB. 2009. *Academic writing in English*. Helsinki: University of Helsinki. Available from <http://www.helsinki.fi/kksc/language.services/AcadWrit.pdf>
- Norris C. 2011. The passive voice revisited. *European Science Editing* 37(1):6-7. Available from http://www.ease.org.uk/sites/default/files/february_2011_371.pdf
- O'Connor M. 1991. *Writing successfully in science*. London: Chapman & Hall.
- [ORI] Office of Research Integrity. 2009. *Avoiding plagiarism, selfplagiarism, and other questionable writing practices: a guide to ethical writing*. Available from <http://ori.hhs.gov/education/products/plagiarism/0.shtml>
- Research Methods Supercourse. Available from <http://www.pitt.edu/~super1/ResearchMethods/index.htm>
- [RIN] Research Information Network. 2008. Acknowledgement of funders in journal articles. Available from: <http://www.rin.ac.uk/our-work/research-funding-policy-and-guidance/acknowledgement-funders-journal-articles>
- Seifert KA, Crous PW, Frisvad JC. 2008. Correcting the impact factors of taxonomic journals by Appropriate Citation of Taxonomy (ACT). *Persoonia* 20:105. Available from <http://www.persoonia.org/Issue/20/08.pdf>
- Strunk WJr, White EB. 2000. *The elements of style*. 4th ed. New York: Macmillan.
- Tufte ER. 2001. *The visual display of quantitative information*, 2nd ed. Cheshire, CT: Graphics Press.
- Ufnalska S. 2008. Abstracts of research articles: readers' expectations and guidelines for authors. *European Science Editing* 34(3):63-65. Available from http://www.ease.org.uk/sites/default/files/august_2008343.pdf
- [WMA] World Medical Association. 2013. *Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Available in English, Spanish, and French from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

**ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ
В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК ЮКГФА»**

1. Для издания принимаются только ранее не опубликованные статьи, соответствующие тематике журнала. Статья должна набираться в редакторе MS WORD WINDOWS^{XP}.
2. Параметры, общие для всего текста: размер листа-формат-А4. Поля: верхний-3,0 см, слева, справа, нижний по 2,5 см.
3. Размеры шрифтом: текст статья – пикс, формулы –пикс, таблицы -10 пикс, список литературы -10 пикс, резюме -10 пикс. Тип шрифта: -Times New Roman (желательно). Межстрочный интервал -1.
4. На первый строке листа слева обязательно указать УДК (каз. ОӘК), через строку – в центре – ПРОПИСНЫМИ ЖИРНЫМИ буквами – название статьи; через строку – в центре – строчными буквами – инициалы и фамилии авторов (не более 3-х, если из одного вуза, не более 5, если из разных организации), на следующей строке – в центре – строчными буквами указать название ВУЗа или организации, через запятую указать город, республику.
5. Резюме на языке статьи (7 строк). Обязательно указать ключевые слова(5 слов).
6. Через строку – текстовый материал.
Текстовый материал научной статьи обязательно должен иметь в своей структурной схеме следующее: Цель исследования. Материалы и методы. Результаты и обсуждение. Выводы.
7. Через строку – Литература. Библиографическая часть должна быть представлена библиографическими ссылками и библиографическими списками, оформленными согласно ГОСТ 7.1-2003. При этом автор отвечает за достоверность сведений, точность цитирования и ссылок на официальные документы и другие источники. Номера ссылок на литературу по тексту статьи должны точно соответствовать номерам в списке литературы (приложение 1).
8. Через строку – Түйін –через строку Ф.И.О., через строку место работы; далее название статьи, через строку краткое изложения основных результатов работы (все на казахском языке), затем ключевые слова (не менее 5 слов). Затем идет Summary через строку Ф.И.О., через строку место работы, через строку название статьи, через строку краткое изложение основных результатов работы (все на английском языке), далее ключевые слова (не менее 5 слов). Резюме должно быть написано лаконично (7-10 строк) и отражать основные результаты работы и вытекающие из них выводы.
Авторы обязаны обеспечить точность и правильность переводов.
9. Рисунки и графики выполняются при помощи графического редактора четко, в черно-белом или цветном изображении. Рисунки, графики, выполненные без помощи графических редакторов и фотографии выполняются на белой бумаге и необходимо оформлять с указанием места их расположения в тексте.
10. Рисунок должен обеспечивать ясность передачи всех деталей. Минимальный размер рисунка 100x170 мм. Обозначения на рисунках даются в русской и латинской транскрипциях.
11. Если в формулах и обозначениях используется буквы и символы греческого алфавита, индексы и подиндексы, необходимо на полях распечатанной статьи дать пояснения (названия букв, индекс или подиндекс и т.д.), аналогично для сокращений также дать пояснения.
12. В редакцию необходимо представлять 2 экземпляра распечатанной статьи, с указанием текстового редактора, в котором она набиралась, а также диск с записью файла статьи. Диски должны быть проверены на работоспособность и отсутствие вирусов, на диске не должно быть, кроме файла статьи, лишней информации. На диске и на распечатке необходимо карандашом написать имя файла. Второй экземпляр распечатанной статьи должен быть подписан всеми авторами.
13. Объем статьи не должен превышать 4-5 страниц, выполненных согласно требованиям к журналу.
14. Направляемый в редакцию материал должен сопровождаться сопроводительным письмом и актом экспертизы организации, где выполнялась работа.
15. Направленная в редакцию статья обязательно должна иметь сведения об авторах: инициалы и фамилии авторов, название статьи, развернутое название организации, ее почтовый адрес, телефон (факс), подразделение в котором работает автор (лаборатория или кафедра), должность автора, ученая степень в ученое звание автора, адрес электронной почты.
16. Статья, направленная авторам на доработку, должна быть возвращена в исправленном виде (в 2-х экз.) с ответом на все замечания рецензентов вместе с ее первоначальным вариантом в согласованные с редакцией строки. Статьи, не соответствующие требованиям журнала, не принимаются.

СОДЕРЖАНИЕ

<p>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ОХРАНА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ</p> <p>С.К. Тулеметов, М.Ю.Акрамова, З.А.Ахадова, К.С.Шералиев ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКИХ ДОЗ ФИПРОНИЛАНА ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС БЕРЕМЕННЫХ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВА</p>	2
<p>Ненова О.Н. ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИН-1 - ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОМ</p>	9
<p>Ненова О.Н. ВЛИЯНИЕ ДИАЗЕПАМА И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА ПОВЕДЕНИЕ КРЫС В ТЕСТЕ "ОТКРЫТОГО ПОЛЯ"</p>	13
<p>Ненова О.Н. ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОЖИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ</p>	18
<p>А.А.Алибеков, И.Ажибекова, С.Х.Тоянова, Ф.А.Ергашева ҰЛТТЫҚ САРАПТАМА ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖҰМЫС САПАСЫН РЕЙТИНГТІК БАҒАЛАУ ӘДІСТЕМЕСІН ТӘЖІРИБЕГЕ ЕНГІЗУ</p>	22
<p>ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</p> <p>М.И. Шанайда, С.М. Марчишин КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ И КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГИДРОКСИКОРИЧНЫХ КИСЛОТ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ КУЛЬТИВИРУЕМЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА LAMIACEAE</p>	25
<p>Бахтиярова Б.А., Орынбасарова К.К., Махатов Б.Қ. ТУРАН ЖУСАННЫҢ АМИНҚЫШҚЫЛДЫ ҚҰРАМЫН ЗЕРТТЕУ</p>	28
<p>Бахтиярова Б.А., Орынбасарова К.К., Нургазиева Г.А., Махатов Б.Қ. ТУРАН ЖУСАН ШӨБІНІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРЫНЫҢ САПАЛЫҚ ҚҰРАМЫН ТАЛДАУ</p>	32
<p>А.К. Патсаев , А.Е. Бухарбаева, К.Дж. Кучербаев, Х.Б. Алиханова, Г.А. Нургазиева ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В РАСТЕНИИ <i>ASTRAGALUSALOPECIAS PALL.</i> ФЛОРЫ ЮЖНОГО КАЗАХСТАНА</p>	37
<p>К.Д. Шертаева, Тюльбашева К.Н., Г.И. Утегенова, О.В. Блинова, А. Абуова О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В ФАРМАЦИИ</p>	41
<p>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</p> <p>Т.В. Трегуб, И.В. Погорелая, М.С. Протункевич ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ</p>	45
<p>И.В. Погорелая, Т.В. Трегуб ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНЫХ ОТЕКОВ</p>	49
<p>Т.В. Трегуб, И.В. Погорелая ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С</p>	54
<p>Д.С. Сексенбаев, Н.Ж. Жумабек ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</p>	58
<p>Колибеков У.Х., Танабаев Б.Д. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНЭКТОМИИ И ИХ НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ</p>	69

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
Б.А. Ашимбекова, С.Д. Нуржауов ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ВАКЦИНА ЕГУДІҢ ТИІМДІЛІГІ МЕН КЕРІ ӘСЕРЛЕРІ	73
Аблатаева Р.Б., Ашурметов Р.И. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	76
Каракул И.А., Сайдуллаева А.К. ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ АНАЛОГОВ ПРОСТАГЛАНДИНОВ (КСАЛАТАН, ТРАВАТАН И ТАФЛУПРОСТ)В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ФОРМЫ ГЛАУКОМЫ	82
Каракул И.А.,Хаджиева М.Б. ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	85
Кулмаханбетова А.М., Камшыбаева Н.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	88
Камшыбаева Н.А., Мухамбетов М.А., Тасболатов Н.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ХОЛИСАЛ" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА	91
Тасболатов Н.К., Камшыбаева Н.А. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА	93
Утепова Р.Я., Кадырова Р.У. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2015Г. ПО ОТДЕЛЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ КЛИНИКИ МКТУ	95
Утепова Р.Я. ОПУХОЛИ, ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ	99
А.А. Алдешев, А.М. Такирова НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	103
Түктібаева Г.Н., Мусаева Н.С., Калжанова А. Б., Мырзабаева Ф. А., Мырзаева Г.Б. НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ НЕОНАТАЛЬДЫ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ АНА СҮТІМЕН ЕМІЗУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	106
Б.Т. Кадиров ВЛИЯНИЕ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST	109
Б.Т. Кадиров СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ШКАЛЕ TIMI И CADILLAC	111
А.А. Наркабулов, А.Е. Туртаева УРОГЕНИТАЛДЫ ЭТИОЛОГИЯДАҒЫ РЕАКТИВТІ АРТРИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	112
Рекомендации EASE (Европейской ассоциации научных редакторов)	114
ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК ЮКГФА»	121