

СБОРНИК ВКЛЮЧЕН
В НАУКО-
МЕТРИЧЕСКУЮ БАЗУ

РИНЦ

ИНТЕРНАУКА
internauka.org

СБОРНИК СТАТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ
VII МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



№ 1(6)

ISSN 2541-9854

Москва, 2018

**СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА:
НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Сборник статей по материалам VII международной
научно-практической конференции*

№ 1 (6)
Январь 2018 г.

Издается с июля 2017 года

Москва
2018

ИНТЕРНАУКА
internauka.org

**MODERN MEDICINE:
NEW APPROACHES AND RELEVANT
STUDIES**

Proceedings of VII international scientific-practical conference

№ 1 (6)
January 2018

Published since July 2017

Moscow
2018

УДК 61
ББК 5
С56

Ответственный редактор: Бутакова Е.Ю.

С56 Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. сб. ст. по материалам VII междунар. науч.-практ. конф. – № 1 (6). – М., Изд. «Интернаука», 2018. – 138 с.

Оглавление

Доклады конференции на русском языке 9

Медицина 9

Секция 1. Акушерство и гинекология 9

ОРГАНосоХРАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА 9

Спиридонова Наталья Владимировна
Демура Алина Андреевна

Секция 2. Внутренние болезни 13

ПРИМЕНЕНИЕ АМЛОДИПИНА И ПЕРИНДОПРИЛА
У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ
И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 13

Бобрикова Дарья Андреевна
Кляшев Сергей Михайлович
Кляшева Юлия Михайловна
Малых Игорь Анатольевич

Секция 3. Гастроэнтерология 19

ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ У ПАЦИЕНТОВ
С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ 19

С ОПТИЧЕСКИМ УВЕЛИЧЕНИЕМ В СРАВНЕНИИ
С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ДИАГНОСТИКИ
Хими́на Ирина Нельсоновна
Трифанов Андрей Николаевич
Разинкин Константин Александрович

Секция 4. Инфекционные болезни 25

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
КОНЬЮГИРОВАННОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ
ВАКЦИНЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ 25

Белякова Надежда Викторовна
Рамазанова Зарема Юсуфовна

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ	31
Мусаев Абдугани Таджибаевич Култаев Малик Сайрамбаевич Амантаев Елдос Зумуратович Амзе Сандугаш Аблакасовна Балхан Назгуль Салимбековна Туркинбаев Ерлан Курбаналиевич Рыскулова Айгерим Жанзахова Айгерим Мухтаровна Балтабай Венера Бакытжановна Нургожа Айдана Нурлановна	
Секция 5. Клиническая медицина	36
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ	36
Абдулхакимов Шерзод Алишер огли Исмаилова Муножат Хаятовна	
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	40
Култаев Малик Сайрамбаевич Мусаев Абдугани Таджибаевич Алдабергенов Ербол Нурланулы Кожаметова Айжан Ержановна Сагындык Молдир Айтбаевна Калдар Салтанат Бейсенхановна Абдуллаева Акерке Сериковна Мырзашова Акбота Гафуровна Ермахан Нурила Сагындыковна Калмахан Индира Сериковна	
Секция 6. Лучевая диагностика, лучевая терапия	46
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВЫЯВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ	46
Кибатаев Козы Мурзаханович Махатова Нурзада Искаковна Мануков Вячислав Георгиевич Султанова Айгуль Темирбековна Ургушбаева Гульнур Молдагалиевна	

Секция 7. Медико-биологические науки **53**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗИНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА КОРРЕКЦИЮ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ВЫЗВАННЫХ СОЕДИНЕНИЯМИ КАДМИЯ	53
Засорин Борис Викторович Завалённая Оксана Владимировна Урекешов Бактыберген Садыкович Булыгина Дарья Александровна Асанов Куатбек Абдушимович Галата Илья Васильевич Тажобаева Асем Аскарловна	

**Секция 8. Общественное здоровье
и здравоохранение** **59**

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ	59
Авезова Гулойим Саттаровна Хайитбоева Нодира Абдувахидовна	
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ Г. БЕЛЕБЕЙ ЗА ПЕРИОД С 2011-2015 Г.	63
Киньябулатов Азат Уранович Карпова Екатерина Сергеевна Борисов Артем Вячеславович Гимадова Эльвина Айдаровна Карпов Александр Сергеевич	
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	68
Мирпайзиева Мутабар Абдуганиевна Джураева Нилуфар Курванкуловна Байбекова Венера Фаридовна	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА И ОБРАЗА ЖИЗНИ	72
Устинова Ольга Ивановна	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ЛИЦ ВСТУПАЮЩИХ В БРАК	87
Хайдарова Зарифа Тургуновна Шоназарова Тамара Узакбаевна	

НЕОБХОДИМОСТЬ АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Чечулина Ксения Алексеевна	91
Секция 9. Педиатрия	94
АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБЕНКА (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) Дербенева Лариса Ивановна Давыдова Оксана Владимировна Гернер Марина Георгиевна Лозина Юлия Ивановна	94
АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА Саидова Гулбахор Турсуналиевна Омонова Хусния Рахматовна	99
Секция 10. Стоматология	103
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОККЛЮЗИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕЛЬЕФА ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ Зекий Ангелина Олеговна Айдинян Ануш Эриковна	103
Секция 11. Хирургия	108
ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА Шерматов Абдусайд Абдужаббарович Бекмухамедова Фарида Сейдивалиевна	108
Фармакология	112
Секция 12. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия	112
ПРИМЕНЕНИЕ СОПОЧНОЙ ГРЯЗИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА Салманов Мехраб Мамедович Багирова Сара Аббасовна	112

O'zbek tilidagi konferentsiya ma'ruzalari	120
Bo'lim 1. Jamoat salomatligi va sog'liqni saqlash	120
СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА НОГИРОН БОЛАЛАРНИ НОГИРОНЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА САБАБЛАРИ Касимова Дильфуза Аббаровна Жалилов Жамшед Жафар ўғли	120
ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМ – ТИББИЙ – ИЖТИМОИЙ МУАММО Суярова Гулмира Сирожиддин кизи Юнусова Шаходат Нишонбаевна	125
СОҒЛОМ АВЛОД - СОҒЛОМ КЕЛАЖАК ГАРОВИДИР Хусанова Мукаддас Актамовна Пулатова Наргиза Эргашевна	129
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А: ТАРҚАЛГАНЛИГИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ Чориева Шахноза Эгамбердиева Қосимова Сурайё Махмуджановна	133

ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ 1.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРГАНОСОХРАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Спиридонова Наталья Владимировна

*д-р мед. наук, профессор,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ,
РФ, г. Самара*

Демура Алина Андреевна

*врач онколог-гинеколог
консультативного отделения № 1 ГБУЗ СОКОД,
соискатель кафедры акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ,
РФ, г. Самара*

Одним из самых актуальных вопросов современной гинекологии является органосохранное лечение у пациенток репродуктивного возраста с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. Ряд гинекологов, выступающих с позиций сохранения овариального резерва у молодых женщин, считают, что возможно консервативное ведение таких больных и, более того, планирование беременности, в т. ч. с помощью репродуктивных вспомогательных технологий (Tsoumprou I. Et al., 2009). Но имея онконастороженность, данные утверждения можно поставить под сомнение, поскольку природу образования можно определить только после проведения гистологического исследования.

Касаясь вопроса лечебной тактики, некоторые авторы подчеркивают, что, при так называемых «ранних стадиях» заболевания, хирурги должны стремиться к максимальному радикализму, памятуя частоту рецидивов и метастазов при «ранних» стадиях заболевания (К.И. Жордания, 2000).

В исследовании Н.Г. Сухиной (2001 г) доказано, что при пограничных и злокачественных опухолях яичников диагностические ошибки приводят к возникновению лечебно-тактических ошибок, а именно к неадекватному оперативному вмешательству и затягиванию сроков начала специальной терапии, и, в конечном итоге, к ухудшению результатов лечения. Особенно часто клиническими врачами совершаются лечебно-диагностические ошибки при экстренном хирургическом лечении в гинекологических стационарах общего профиля при недооценке макроскопического интраоперационного материала.

Существует мнение большинства авторов, что цистэктомия не является достаточным объемом оперативного вмешательства при пограничных опухолях яичников (Piura B. et al., 1992; Rice L.W. et al., 1993; Gottlieb W. et al., 1998). Если после органосохраняющих операций адекватного объема уровень рецидивирования составляет от 0 % до 22 %, то после цистэктомии достигает 12-37,5 % (Lim-Tan S. et al., 1988; Kennedy A.W. et al., 1996). Так, S. Lim-Tan и соавторы (1988) справедливо считают, что оставшаяся после вылушивания новообразования ткань яичника является благоприятной почвой для возникновения рецидивной опухоли. Также высказано мнение, что резекция яичника не позволяет должным образом проконтролировать на клеточном уровне количество удаляемой ткани опухоли, особенно при лапароскопическом вмешательстве (Canis M. et al., 2003). По мнению Darai E.И соавторы (1998) цистэктомия может быть выполнена, в крайнем случае, у пациенток молодого возраста, имевших в анамнезе аднексэктомию и желающих сохранить репродуктивную функцию.

Но не все пациентки при выявлении подозрения на опухолевый процесс согласны на радикальное хирургическое лечение, в результате чего хирурги вынуждены идти навстречу пожеланиям молодых женщин с целью сохранения дальнейшей репродуктивной функции. При этом особенно важно соблюсти строгий индивидуальный подход и тщательное интраоперационное исследование коллатерального яичника, лимфоузлов малого таза, цитологическое и гистологическое исследование материала с брюшины, а так же точное интраоперационное исследование гистологической дифференцировки опухоли, что может максимально сократить несвоевременность адекватного объема хирургического вмешательства.

В нашей работе проведен анализ исходов хирургического лечения опухолей яичников и опухолевидных образований яичников у 168 женщин репродуктивного возраста. В результате проведенного лечения органосохранные операции произведены у 88,9 % женщин с доброкачественными опухолями, у 66,7 % пациенток с пограничными опухолями и у 18,6 % пациенток с ранними стадиями рака яичника.

Цель исследования: провести анализ исходов хирургического лечения опухолей яичников и опухолевидных образований яичников у 168 женщин репродуктивного возраста.

Проспективное исследование 168 пациенток репродуктивного возраста (18-39 лет), получивших хирургическое лечение в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере с 2012 по 2015 гг. Лапаротомия произведена 115 пациенткам (69 %), лапароскопия – 53 (31 %). По результатам морфологического исследования послеоперационного материала выявлены 101 (60,1 %) пациентка с доброкачественными образованиями, 24 (14,3 %) пациентки с пограничными опухолями и 43 (25,6 %) женщины со злокачественными опухолями. После проведения интраоперационной гистологической диагностики пациенткам с доброкачественными опухолями яичников произвели следующий объем хирургического лечения: цистэктомии – у 52 пациенток (51,5 %), аднексэктомия – у 31 (30,7 %), аднексэктомии и резекция коллатерального яичника – у 6 женщин (5,9 %), экстирпация матки с придатками – 12 пациенток (11,9 %). Пациенткам с пограничными опухолями яичников произвели: аднексэктомия - 6 (25 %), аднексэктомия и резекция коллатерального яичника - 10 (41,7 %), экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника и биопсия брюшины – 8 (33,3 %). В группе пациенток со злокачественными опухолями: аднексэктомия и резекция коллатерального яичника – 8 (18,6 %); ампутация матки с придатками – 2 (4,65 %); ампутация матки с придатками, резекция большого сальника и биопсия брюшины – 6 (13,95 %); экстирпация матки с придатками – 1 (2,3 %), экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника и биопсия брюшины – 26 (60,5 %).

Таким образом, в результате проведенного лечения органосохранные операции в репродуктивном возрасте произведены у 88,9 % женщин с доброкачественными опухолями, у 66,7 % пациенток с пограничными опухолями и у 18,6 % пациенток с ранними стадиями рака яичника. Это возможно при соблюдении строго индивидуального подхода, тщательного исследования коллатерального яичника, лимфоузлов малого таза при операции, интраоперационном цитологическом и гистологическом исследованиях материала.

Список литературы:

1. Онкогинекологические аспекты кистозных образований яичников. А.С. Гаспаров, К.И. Жордания, Ю.Г. Паяниди, Е.Д. Дубинская. Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва. 2013 г.
2. Некоторые аспекты хирургического лечения рака яичников. К.И. Жордания. Российский онкологический научный центр РАМН им. Н.Н. Блохина, Москва. 2000 г.
3. Сухина Н.Г. Ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей яичников, выявленных при лапароскопических операциях. 2002 г.
4. Tsoumpou I., Kyrgiou M., Gelbaya T.A., Nardo L.G. The effect of surgical treatment for endometrioma on in vitro fertilization outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil. Steril.* 2009 г.
5. Piura B., Dgany R., Blickstein I. et al. Epithelial ovarian tumors of borderline malignancy: a study of 50 cases. *Int.J.Gynecol.Cancer.* -1992.
6. Lim-Tan S.K., Cagigas H.A., Scully R.E. Ovarian cystectomy for serous borderline tumors: a follow-up study of 35 cases. *Obstet.Gyn.* -1988.
7. Canis M. Surgical management of adnexal tumors. *Ann Chir.* -1998.
8. Darai E., Teboul J., Walker-Cobrouze F. et al. Borderline ovarian tumors: a series of 43 patients. *Contracept.Fertil.Sex.* - 1999.
9. Gottlieb W., Flikker S., Davidson B. et al. Borderline tumors of the ovary: fertility treatment, conservative management and pregnancy outcome. *Cancer.* - 1998.

СЕКЦИЯ 2.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ПРИМЕНЕНИЕ АМЛОДИПИНА И ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бобрикова Дарья Андреевна

*врач ревматолог Государственного бюджетного
учреждения здравоохранения Тюменской области
«Областная клиническая больница № 1» г. Тюмени,
РФ, г. Тюмень*

Кляшев Сергей Михайлович

*д-р мед. наук, профессор,
заведующий кафедрой терапии с курсами эндокринологии,
функциональной и ультразвуковой диагностики
ИНПР ФГБОУ ВО «Тюменский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
РФ, г. Тюмень*

Кляшева Юлия Михайловна

*д-р мед. наук, профессор,
заведующая курсом функциональной и ультразвуковой диагностики
кафедры терапии с курсами эндокринологии,
функциональной и ультразвуковой диагностики
ИНПР ФГБОУ ВО «Тюменский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
РФ, г. Тюмень*

Малых Игорь Анатольевич

*канд. мед. наук, врач ревматолог
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
Тюменской области «Областная клиническая больница № 1»,
РФ, г. Тюмень*

Актуальность. Анкилозирующий спондилит - заболевание с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, являющихся основной причиной смерти в мире [3, с. 32;4, с. 74; 5 с. 103].

Необходимо учитывать, что на протяжении длительного времени нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются основным патогенетическим средством в лечение больным АС, что повышает риск развития АГ и требует своевременного назначения гипотензивной терапии.

По рекомендациям EULAR, ингибиторы АПФ являются средствами первой линии и, как правило, самыми назначаемыми препаратами по данным фармакоэпидемических исследованиях за счет их противовоспалительных эффектов, однако на фоне приема НПВП отмечено снижение их гипотензивного эффекта. При этом блокаторы медленных кальциевых каналов не взаимодействуют с НПВП [1, с. 83; 2, с.887].

По данным литературы нами не было отмечено работ по изучению в сравнительном аспекте данных классов антигипертензивной терапии в разном режиме дозирования у больных АС с АГ.

Цель. У больных АС с наличием АГ в сравнительном аспекте оценить эффективность включения в базисную терапию периндоприла аргинина и амлодипина в различных режимах дозирования в коррекции артериальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 70 мужчин с установленным достоверным диагнозом АС низкой и умеренной степени активности и АГ I и II степени, наблюдавшихся в Тюменском областном ревматологическом центре. Средний возраст больных составил $40,7 \pm 1,5$ лет. Длительность заболевания АС $8,3 \pm 0,9$ года, АГ - $2,5 \pm 0,4$ года. Критерии исключения из исследования явились: высокая и очень высокая активность АС, серопозитивные артриты, наличие других артритов или артропатий, наличие осложнений АС, АГ III степени, эндокринные заболевания, пороки сердца, ИБС, хроническая обструктивная болезнь легких, туберкулез, болезни печени и почек.

Всем больным АС и АГ были рандомизированы случайным методом на две группы по 35 больных для получения гипотензивного лечения ингибитором АПФ периндоприла аргинином ("престариум А", фирма "Servier", Франция) в минимальной дозе 5 мг в сутки и антагонистом кальция амлодипином ("норваск", фирма "Pfizer", США) в максимальной дозе 10 мг в сутки. Необходимо отметить, что ранее больные лечение гипотензивными препаратами не получали. Терапия данными препаратами проводилась в течение 8 недель.

Исходно и по истечению периода наблюдения всем исследуемым проводилось суточное амбулаторное мониторирование артериального

давления. Оценивались следующие показатели суточного мониторирования артериального давления: средние значения уровней САД и ДАД во время бодрствования и сна: САДд, ДАДд и САДн, ДАДн, мм рт. ст. (д- день, н- ночь), вариабельность АД (Var, %), индексы времени гипертонии для САД и ДАД (%), степень ночного снижения (СНС, %), величину утреннего подъема АД (ВУП, мм рт.ст.) и скорость утреннего подъема (СУП, мм рт.ст./час) для САД и ДАД. Антигипертензивное влияние препаратов для САД и ДАД рассчитывался по коэффициенту D (%) для периода бодрствования и N (%) для периода сна.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы "SPSS" for Windows (версия 15) с использованием методов вариационной статистики, характер распределения данных оценивали с использованием критериев Колмогорова – Смирнова. Результаты исследования представлены в виде $M \pm m$. Достоверность динамики показателей определялась при помощи парного t критерия Стьюдента. Достоверность разности между выборочными долями исследовали по точному критерию Фишера. Достоверными были различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Динамика параметров суточного амбулаторного мониторирования АД в результате терапии периндоприлом продемонстрирована в таблице 1. Отмечено снижение САДд ($p < 0.001$), ДАДд ($p < 0.001$), САДн ($p < 0.001$), ДАДн ($p < 0.001$), уменьшение индексов времени АД за день ($p < 0.001$) и ночь ($p < 0.001$), то есть отмечалось снижение нагрузки давлением.

Таблица 1.

Результаты показателей суточного амбулаторного мониторирования АД у обследованных больных на фоне лечения периндоприлом

Показатели	До лечения n = 35	После лечения n = 35
САДд, мм рт.ст.	145.7 ± 1.8	129.9 ± 1.8***
ДАДд, мм рт.ст	90.5 ± 1.7	82.4 ± 2.2***
САДн, мм рт.ст.	141.6 ± 2.6	122.2 ± 3.2***
ДАДн, мм рт.ст.	84.5 ± 1.9	74.9 ± 2.3***
Индекс времени САДд, %	64.7 ± 5.5	26.1 ± 4.9***

Окончание таблицы 1.

Показатели	До лечения n = 35	После лечения n = 35
Индекс времени ДАДд, %	50.5 ± 5.3	29.6 ± 5.4***
Индекс времени САДн, %	88.2 ± 3.9	44.6 ± 7.2***
Индекс времени ДАДн, %	85.9 ± 4.4	60.1 ± 6.3***
ВАР САДд, мм рт.ст.	12.3 ± 0.4	12.4 ± 0.5
ВАР ДАДд, мм рт.ст.	8.8 ± 0.2	9.3 ± 0.3
ВАР САДн, мм рт.ст.	10.9 ± 0.7	10.1 ± 0.7
ВАР ДАДн, мм рт.ст.	8.6 ± 0.3	7.5 ± 0.5*
СНС САД, %	3.1 ± 1.4	6.6 ± 1.3**
СНС ДАД, %	6.7 ± 1.7	8.6 ± 1.3*
ВУП САД, мм рт.ст.	40.8 ± 2.7	40.5 ± 1.9
ВУП ДАД, мм рт.ст.	31.1 ± 1.5	27.6 ± 1.3
СУП САД, мм рт.ст./ч	18.9 ± 0.9	14.9 ± 2.2**
СУП ДАД, мм рт.ст./ч	10.6 ± 3.9	6.6 ± 2.1**

*Примечание. Здесь и далее достоверность различий по отношению к исходным значениям: * -p < 0,05; ** -p < 0,01; *** -p < 0,001*

Выявлено уменьшение variability диастолического АД в ночные часы ($p < 0.05$). В исследовании регистрировалось увеличение СНС САД ($p < 0.01$) и ДАД ($p < 0.05$), уменьшение СУП САД ($p < 0.01$) и СУП ДАД ($p < 0.01$). Достоверных изменений ВУП АД не отмечалось.

Динамика параметров суточного амбулаторного мониторинга АД на фоне лечения амлодипином у больных АС с наличием АГ представлена в таблице 2. На фоне проведенной терапии отмечалось снижение средних значений, индексов времени АД за день и ночь ($p < 0.001$), а также увеличение степени ночного снижения АД ($p < 0.01$). Выявлено снижение СУП систолического ($p < 0.01$) и диастолического АД ($p < 0.01$). Достоверного изменения variability и ВУП АД отмечено не было.

Таблица 2.

Результаты показателей суточного амбулаторного мониторингирования АД у обследованных больных на фоне лечения амлодипином

Показатели	До лечения n = 35	После лечения n = 35
САДд, мм рт.ст.	146.6± 2.9	131.8 ± 2.4***
ДАДд, мм рт.ст.	94.1 ± 1.9	85.6± 1.8***
САДн, мм рт.ст.	139.3 ± 3.8	128.1 ± 2.9***
ДАДн, мм рт.ст.	86.4 ± 1.9	81.1 ± 2.2***
Индекс времени САДд, %	55.6 ± 5.2	31.4 ± 5.6***
Индекс времени ДАДд, %	62.2 ± 5.6	37.8 ± 6.5***
Индекс времени САДн, %	80.8 ± 4.6	63.6 ± 6.5***
Индекс времени ДАДн, %	88.1 ± 3.7	74.1 ± 5.2***
ВАР САДд, мм рт.ст.	13.3 ± 0.7	12.3 ± 0.6
ВАР ДАДд, мм рт.ст.	9.7 ± 0.4	9.4 ± 0.4
ВАР САДн, мм рт.ст.	11.5 ± 0.5	11.5 ± 0.6
ВАР ДАДн, мм рт.ст.	9.1 ± 0.5	8.8 ± 0.4
СНС САД, %	2.9 ± 1.2	5.1 ± 1.2**
СНС ДАД, %	4.9 ± 1.5	8.2 ± 1.1**
ВУП САД, мм рт.ст.	35.1 ± 2.9	34.7 ± 2.8
ВУП ДАД, мм рт.ст.	27.8± 2.0	25.8 ± 1.6
СУП САД, мм рт.ст./ч	17.4 ± 8.8	11.9 ± 4.3**
СУП ДАД, мм рт.ст./ч	13.7 ± 1.8	6.1 ± 4.8**

*Примечание: ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$*

Таким образом, из вышеизложенного следует, что терапия периндоприлом и амлодипином обеспечивает гипотензивный эффект, в виде снижения средних значений САД и ДАД, уменьшения нагрузки систолическим и диастолическим АД в течение суток, снижения скорости утреннего подъема АД у больных АС с наличием АГ. Стоит отметить, что на фоне терапии периндоприлом и амлодипином у больных зарегистрировано увеличение степени ночного снижения АД.

Анализ коэффициентов антигипертензивного действия D и N выявил увеличение ДСАД ($10,1 \pm 1,2$ %) и ДДАД ($9,1 \pm 1,1$ %) амлодипина по отношению к периндоприлу ($9,6 \pm 0,1$ %; $p < 0,001$) и ($8,9 \pm 1,0$ %; $p < 0,001$) соответственно. Наблюдалось увеличение НСАД ($10,7 \pm 1,2$ %) и НДАД ($9,4 \pm 1,1$ %) периндоприла в сравнении с НСАД ($8,0 \pm 1,2$; $p < 0,001$) и НДАД ($6,2 \pm 1,5$; $p < 0,001$) амлодипина.

Вышеуказанное свидетельствует о более выраженном гипотензивном эффекте амлодипина в дневные часы, а периндоприла в ночные часы.

Таким образом, по результатам терапии АГ у больных АС, в целом, наблюдается сопоставимый антигипертензивный эффект периндоприла и амлодипина.

Выводы. У больных АС с сопутствующей АГ в сравнительном аспекте применение периндоприла аргинина и амлодипина в разных режимах дозирования снижает средние значения, индексы времени, скорость утреннего подъема АД и повышает степень ночного снижения САД и ДАД. Амлопидин оказывает более выраженное гипотензивное действие в дневное время по сравнению с периндоприлом.

Список литературы:

1. Аникин Г.С., Минина Е.С., Андреевская Е.М. Периндоприл в терапии артериальной гипертензии: повышаем комплаенс // Системные гипертензии. - 2015. - Т.12.- № 1. - С. 83-86.
2. Антагонисты кальция третьего поколения амлодипин: особенности клинической фармакологии и спектр терапевтического применения / Д.В. Преображенский, Н.С. Носенко, Н.И. Некрасова, С.А. Патарая, И.В. Тальзина // Русский медицинский журнал. - 2011.- Т.-19. -№ 14.- С. 884-890.
3. Взаимосвязь между поражением сердца и другими клиническими проявлениями анкилозирующего спондилита / А.А. Годзенко, А.Г. Бочкова, О.А. Румянцева, Ю.О. Корсакова, Н.В. Бунчук // Научно-практическая ревматология. - 2010.- № 5.-С. 32-36.
4. Поддубный Д.А., Ребров А.П. Кардиоваскулярный риск у больных анкилозирующим спондилитом: роль системного воспаления и дисфункции эндотелия // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2008.- Т. 4.-№ 5.- С. 71-76.
5. Ребров А.П., Гайдукова И.З., Поддубный Д.А. Кардиоваскулярная патология у больных анкилозирующим спондилитом // Научно-практическая ревматология. - 2012. - № 51(2). - С. 100-105.

СЕКЦИЯ 3.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ С ОПТИЧЕСКИМ УВЕЛИЧЕНИЕМ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Хими́на Ирина Нельсоновна

*д-р мед. наук, заведующая эндоскопическим отделением
ООО «Медицинского центра Елены Мальшиевой»,
РФ, г. Москва*

Трифанов Андрей Николаевич

*врач-эндоскопист отдела эндоскопии
Воронежского областного клинического
консультативно-диагностического центра,
РФ, г. Воронеж*

Разинкин Константин Александрович

*д-р. техн. наук, доцент, профессор
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
технический университет»,
РФ, г. Воронеж*

В структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации рак пищевода занимает 13 место среди мужчин, и 19 у женщин. Выявляемость этой патологии на профилактических осмотрах остается крайне низкой и не превышает 2.

Эндоскопический метод является ведущим в диагностике пищевода Баррета (ПБ), как фонового предопухолевого заболевания и основывается на определении ключевых анатомических ориентиров дистального отдела пищевода и кардиального отдела желудка – зоны пищеводно-желудочного соединения (ПЖС), проксимального края складок слизистой оболочки желудка, продольных сосудов слизистой

оболочки, Z-линии, а также на измерении протяженности сегмента цилиндроклеточной метаплазии дистального отдела пищевода при морфологическом исследовании [3, с. 15].

В нашем исследовании анализировались результаты эндоскопической диагностики и морфологические критерии двух групп пациентов: основная (48 человек - исследования проведены с использованием узкоспектральной эндоскопии с высоким разрешением HD+ i – scan с функцией оптического увеличения MagniView) и контрольная (21 человек – исследования проводились по стандартной методке). При исследовании основной группы использовался видеогастроскоп EG-2990Zi, совмещенный с видеопроцессором ЕРК- i7000 Pentax®. Контрольная группа исследована с применением гастроинтестинального фиброскопа Olympus GIF-E3.

Целью настоящего исследования – повышение эффективности эндоскопической диагностики пищевода Барретта при применении узкоспектральной эндоскопии с высоким разрешением и сопоставлении её результатов с данными морфологических исследований с использованием методов математической статистики.

В соответствии с изложенной целью, были сформированы следующие задачи:

1. Провести частотный анализ эндоскопических показателей и морфологических характеристик пациентов основной и контрольной групп и оценить чувствительность методики исследования к характеристикам пациента и показателям диагностики с использованием χ^2 – критерия Пирсона.

2. Предложить методику оцифровки и нормировки качественных показателей на основе методов экспертного оценивания и нечёткого моделирования [2, с. 86].

3. Осуществить проверку гипотезы принадлежности к однородным генеральным совокупностям характеристик пациентов основной и контрольной групп на основе непараметрического критерия Манна-Уитни [1, с. 125].

4. Количественно оценить взаимосвязь между эндоскопическими показателями и морфологическими характеристиками пациентов внутри основной и контрольной групп с использованием критерия ранговой корреляции Спирмена.

5. Сделать обоснованные выводы о преимуществе определённой диагностической технологии.

В качестве примера графической интерпретации данных таблицы на рис. 1 представлено частотное сравнение (в процентах) исследованных мужчин в зависимости от возраста и вариантов классификации пищевода Барретта при осмотре в белом свете Pit-pattern в основной и контрольной группе.

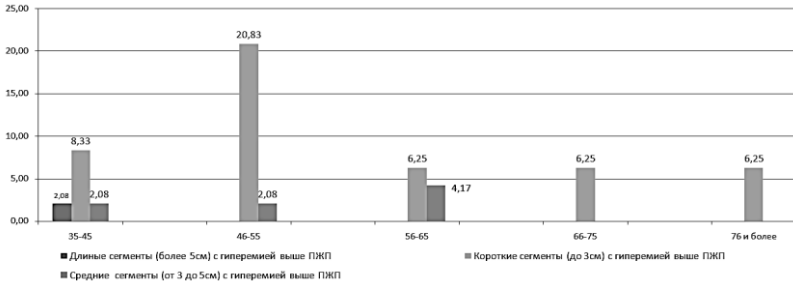


Рисунок 1. Частотное сравнение (в процентах) исследованных мужчин в зависимости от возраста и размера зоны пищеводно-желудочного соединения в основной и контрольной группе

Как видно из рис. 1, среди мужчин в возрастной категории 46-55 лет преобладающим критерием осмотра в белом свете Pit-pattern были отмечены короткие сегменты (до 3 см.) с гиперемией выше ПЖС.

Подобные частотные сравнения были выполнены по всем показателям основной и контрольной группам. В соответствии с первой задачей были проанализированы остальные показатели пациентов: деформация микроструктуры слизистой оболочки, субэпителиальная архитектоника, желудочная метаплазия, кишечная метаплазия, *Helicobacter Piloxy*, атрофия, дисплазия, сетчатый склероз.

Пример сравнения исследуемых групп в зависимости от частоты проявления кишечной метаплазии в % приведён на рис. 2.

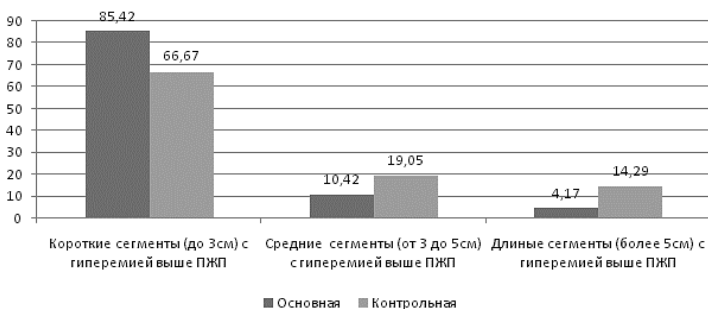


Рисунок 2. Сравнение частоты исследуемых в основной и контрольной группах в зависимости от вариантов классификации пищевода Баретта при осмотре в белом свете Pit-pattern

Формально вторая задача состоит в определении независимости двух рассматриваемых признаков, например X (пол) и Y (методика исследования) или в проверке нулевой гипотезы H_0 : методика исследования (традиционное и эндоскопическое исследование в узком спектре с оптическим увеличением) не зависит от пола эффективно вне зависимости от пола пациента), при альтернативной гипотезе H_1 : методика исследования зависит от пола (пол пациента влияет на эффективность исследования).

Гипотеза H_0 принимается на уровне значимости α , если $\chi^2_{\text{в}} < \chi^2_{1-\alpha}(1)$, где $\chi^2_{1-\alpha}(1)$ – квантиль распределения хи-квадрат с одной степенью свободы порядка $1 - \alpha$.

Для данного примера выборочное значение $\chi^2_{\text{в}} = 1,43$, а с поправкой Йетса — $\chi^2_{\text{в}} = 1,20$. Так как $\chi^2_{0,95} = 3,84$ и $\chi^2_{\text{в}} < 3,84$, то гипотеза H_0 принимается: на уровне значимости $\alpha = 0,05$ следует считать, что эффективность как узкоспектральной с оптическим увеличением, так и традиционной, рутинной, методики эндоскопии не зависит от пола.

Третья задача сформулирована исходя из того предположения, что для статистической обработки с использованием моделирования все данные должны быть представлены в численном виде. Учитывая, что анкетные данные были представлены как в количественном, так и в качественном виде, мы сочли уместным преобразовать информацию, содержащую фиксированные смысловые (лингвистические) значения к численному виду [2, с. 3].

Четвёртая задача, посвященная оценке степени взаимосвязи связана с тем, коэффициенты ранговой корреляции (как и большинство непараметрических оценок) менее чувствительны к выбросам и погрешностям в результатах наблюдений и, в этом смысле, являются более устойчивыми и надежными мерами взаимозависимости по сравнению с коэффициентом корреляции Пирсона [1].

После вычисления всех коэффициентов ранговой корреляции Спирмена было проведено их ранжирование по модулю.

Результаты ранжирования коэффициентов ранговой корреляции между показателями основной группы представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

**Взаимосвязь показателей эндоскопической диагностики
при пищеводе Барретта (основная группа)**

	Наименование показателя	Осмотр в белом свете Pit-pattern		Деформация микроструктуры слизистой оболочки	
		r	Ранг	r	Ранг
1	Желудочная метаплазия	-0,334	5	-0,486	4
2	Пол	-0,204	6	-0,261	5
3	Возраст	-0,165	7	-0,109	6
4	Кишечная метаплазия	0,455	4	0,653	3
5	Дисплазия	0,530	3	0,762	2
6	Деформация микроструктуры	0,770	2	1,0000	
7	Субэпителиальной ангиоархитектоники	0,770	1	-	-
8	Осмотр в белом свете Pit-pattern	1,0000		0,770	1

Результаты ранжирования коэффициентов ранговой корреляции между показателями контрольной группы представлены единственным достоверным коэффициентом корреляции, а именно «Сетчатый склероз - «Атрофия» ($r=0,689$). Расчёты выполнялись в программе Statistica 10. Copyright©StatSoft, Inc.

Таблица 2.

**Взаимосвязь морфологических критериев диагностики при ПБ
(основная группа)**

	Наименование показателя	Кишечная метаплазия		Дисплазия	
		r	Ранг	r	Ранг
1	Желудочная метаплазия	-0,888	1	-0,574	4
2	Пол	-0,212	6	-0,244	6
3	Возраст	-0,208	7	-0,202	7
4	Осмотр в белом свете Pit-pattern	0,455	5	0,530	5
5	Деформация микроструктуры	0,653	4	0,762	3
6	Субэпителиальная ангиоархитектоника	0,653	3	0,762	2
7	Дисплазия	0,790	2	1,0000	
8	Кишечная метаплазия	1,0000		0,790	1

В заключении, согласно пятой задачи, можно сделать следующие выводы: частотный сравнительный анализ основной и контрольной групп позволил выявить особенности качественного состава исследуемых пациентов по всей совокупности как эндоскопических, так и морфологических показателей; благодаря методике приведения качественных оценок к количественным на основе использования экспертных методов и применению непараметрического статистического критерия Манна-Уитни была отклонена гипотеза H_0 о принадлежности к однородным генеральным совокупностям характеристик пациентов основной и контрольной групп. Были достоверно подтверждены различия в группах пациентов по всем показателям; сравнивая таблицы 1 – 2 можно увидеть, что количество статистически значимых коэффициентов ранговой корреляции Спирмена в контрольной группе значительно меньше, чем в основной, что позволяет сделать вывод о лучшем совпадении эндоскопического и морфологического диагноза заболевания при применении методики узкоспектральной эндоскопии с оптическим увеличением.

Полученные данные свидетельствуют о высокой диагностической эффективности инновационной технологии в выявлении изменений слизистой оболочки пищевода, обладающих неопластическим потенциалом.

Список литературы:

1. Вуколов Э.А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию операций с использованием пакетов STATISTICAи EXCEL: учебное пособие. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ФОРУМ, 2008. — 464 с.
2. Клименко Г.Я. Методика и результаты преобразования лингвистических характеристик в численные оценки факторов риска / Г.Я. Клименко, В.П. Косолапов, О.Н. Чопоров // Журн. Консилиум. – Воронеж, 2001. – № 4. – С. 25-28.
3. Химица И.Н. Атлас эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта: диагностические возможности видеогастроскопа EG-2990Zi, совмещенного с видеопроцессором ЕРК-і7000 Pentax. Результаты применения эндоскопии высокого разрешения HD+ і - scan с функцией оптического увеличения / Химица И.Н. - Воронеж: Цифровая полиграфия 2016. - 115 с.

СЕКЦИЯ 4.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Белякова Надежда Викторовна

*канд. мед. наук, доц. медицинского института
«Орловского государственного университета имени И.С. Тургенева»,
РФ, г. Орёл*

Рамазанова Зарема Юсуфовна

*студент факультета «Лечебное дело»
«Орловского государственного университета имени И.С. Тургенева»,
РФ, г. Орёл*

Пневмококковая инфекция является повсеместно распространенной и представляет серьезную медико-социальную проблему для многих стран мира, включая Россию. В 2013 году в мире умерло 6,3 млн детей, из них 1,5 млн от инфекций, против которых есть эффективные вакцины. По данным ВОЗ, пневмококковая инфекция признается самой опасной из всех предупреждаемых вакцинопрофилактикой болезней и до внедрения универсальной вакцинации ежегодно приводила к смерти 1,6 млн. человек, из которых от 0,7 до 1 млн. - дети, что составляет 40 % смертности детей первых 5 лет жизни [1].

В развитых странах доминирует заболеваемость среди детей менее 2 лет и пожилых лиц, среди которых, в случае развития инвазивной пневмококковой инфекции, летальность может достигать 60 %. Ежегодно инцидентность бактериемий составляет 15–30 случаев на 100 000 населения. Максимальная заболеваемость выявлена среди лиц старше 65 лет (45–90 на 100 000), а также среди детей младше 2 лет (более 150 на 100 000). Дополнительными группами риска являются больные ВИЧ-инфекцией и лица с дефектами иммунитета [3].

У детей самая частая клиническая форма пневмококковой инфекции – острый средний отит (до 60 %), пневмония и менингит (5-20 % всех гнойных бактериальных менингитов), а у взрослых – пневмония (до 65 % случаев) и сепсис. У детей до 6 лет около половины всех внебольничных и до 90 % осложненных пневмоний

вызваны пневмококками. По меньшей мере 25-35 % пневмоний, требующих стационарного лечения, вызваны *Streptococcus pneumoniae*. Пневмококк также служит причиной 20 % обострений хронического бронхита, эндокардитов (3 %), плевритов, артритов [1].

Одной из проблем, связанной с пневмококковыми инфекциями, является носительство пневмококков в человеческой популяции, которое достигает уровня 50 – 70 %, особенно в закрытых коллективах, при длительности персистенции возбудителя от 1 до 40 мес. По удельному весу среди носителей доминируют дети дошкольного возраста (38 – 45 %), дети начальной школы (29 – 35 %) и младших классов высшей школы (9–25 %), взрослые, проживающие совместно с детьми (18–29 %), и взрослые без детей (6 %). В подавляющем большинстве (95 %) пневмококковые инфекции имеют внегоспитальный характер. Эпидемический процесс при пневмококковых инфекциях проявляется спорадической и вспышечной заболеваемостью. Вспышки возникают в детских учреждениях, среди военнослужащих, приютах для бездомных, исправительных учреждениях и стационарах различного профиля [3].

Характерной чертой процесса эволюции *Str. pneumoniae* признается приобретение им устойчивости к большинству доступных антибактериальных препаратов. Главным фактором развития антибиотикоустойчивости пневмококка является нерациональный прием антибактериальных препаратов. При проведении мониторинга в 2004-2005 гг. 11 % штаммов пневмококка были устойчивы к пенициллинам, 7 % - к макролидам, 40,8 % - к ко-тримоксазолу. Но уже в 2011-2012 гг. аналогичное исследование показало, что 29 % штаммов *S. pneumoniae* имеют сниженную чувствительность или резистентны к пенициллину, 26 % штаммов — резистентны к макролидам, 50 % штаммов — к ко-тримоксазолу. По последним данным, до 10 % штаммов пневмококковой инфекции приобрели резистентность и к комбинациям пенициллина широкого спектра действия с ингибиторами β -лактамаз, что прогностически крайне неблагоприятно, т. к. в связи с быстрым развитием заболевания (2-3 дня) времени на определение чувствительности к антибиотикам, как правило, нет, и пациенты с тяжелым течением пневмококковой инфекции нередко погибают, несмотря на введение стандартных антибактериальных препаратов [5].

Проблема устойчивости пневмококков приобрела глобальные масштабы. Молекулярно-биологическими методами показано, что популяции устойчивых к пенициллину пневмококков и популяции пневмококков с множественной лекарственной устойчивостью высокодинамичны за счет сочетанных процессов распространения резистентных клонов, приобретения и потери генов конкретными клоновыми линиями.

С повышением антибактериальной резистентности пневмококка, количество новых антибиотиков фактически уменьшается, потенциально ограничивая доступность необходимых средств для лечения пневмококковых заболеваний. Это затрудняет лечение пациентов с пневмококковой инфекцией, увеличивает продолжительность госпитализации и расходы на лечение.

Предупреждение распространения устойчивости к антибиотикам пневмококков затруднено, что связано с распространенностью носительства устойчивых к антибиотикам пневмококков и трудностью их элиминации. Поэтому вакцинация – единственный способ существенно повлиять на пневмококковую инфекцию.

К концу 2013 года пневмококковая прививка была введена в 103 странах, и охват иммунизацией достиг 25 %. Приказом МЗ РФ №125 от 21.03.14 г. вакцинация против пневмококковой инфекции введена и в Национальный календарь профилактических прививок РФ.

В настоящее время в России используются следующие прививки: «Пневмо-23» (не конъюгированная полисахаридная вакцина), 13-валентная «Превенар 13», 10-валентная «Синфлорикс». Прививки «Превенар» можно вводить всем детям с 2-х месяцев жизни, 10-валентную «Синфлорикс» (полисахаридную, конъюгированную с D-протеином нетипируемой *Haemophilus influenzae*, столбнячным и дифтерийным анатоксинами, адсорбированную) – с 6 недель и прививку «Пневмо-23» – только с 2-х лет.

Полисахаридная вакцина стимулирует только В-клеточный иммунный ответ. В отличие от полисахаридных вакцин, конъюгированная полисахаридная вакцина вызывает Т-зависимый иммунный ответ у детей младше 2 лет [2].

С целью расширения спектра защиты целесообразно рекомендовать введение 23-валентной полисахаридной вакцины (23-ППВ) детям из групп риска в возрасте 2-18 лет, в том числе ранее привитым любой пневмококковой конъюгированной вакциной. При наличии иммунокомпрометирующих состояний таким детям также рекомендуется ревакцинация 23-ППВ. Основываясь на данных о продолжительности защиты, индуцированной вакциной, ВОЗ рекомендует проводить однократную ревакцинацию через 5 лет и позднее после первой прививки. При организации программ иммунизации взрослых против пневмококковой инфекции необходимо руководствоваться определенными схемами вакцинации. Лицам 18-64 лет из групп риска, не имеющим иммунокомпрометирующих состояний рекомендовано введение 1 дозы 23-ППВ без ревакцинации. При наличии иммунокомпрометирующих состояний рекомендуется последовательная вакцинация 13-валентной конъюгированной вакциной (13-ПКВ) и 23-ППВ и последующая

ревакцинация 23-ППВ. Лицам старше 65 лет и из групп риска необходима однократная вакцинация 13-ПКВ и однократная вакцинация 23-ППВ. При наличии иммунокомпрометирующих состояний показана ревакцинация 23-ППВ [6].

Эффективность вакцинации против пневмококковой инфекции доказана при инвазивной пневмококковой инфекции, она составляет 85-100 %. Заболеваемость пневмониями, обусловленная инвазивными пневмококками снизилась на 62 %, плевропневмонии – на 84 %, на треть снижается заболеваемость острым средним отитом [4]. Массовая вакцинация более чем на 80 % снижает частоту пневмококковых менингитов и тяжелых пневмоний у детей. 13-валентная вакцина эффективно защищает детей от различных форм пневмококковой инфекции, сокращает носительство пневмококков у детей. Она обладает популяционным эффектом, снижая заболеваемость невакцинированных взрослых, которые живут с маленькими детьми, на треть. Снижается распространение инфекции в семьях и популяции в целом.

В целом ряде стран существуют массовые программы вакцинации лиц пожилого возраста с различными хроническими заболеваниями, а также лиц в возрасте от 2 до 64 лет с повышенным риском приобретения пневмококковых инфекций [7]. В США, начиная с 2014 года, вакцинация против пневмококковой инфекции подлежат все взрослые старше 65 лет. В Австрии начинают вакцинировать с 50 лет, в Дании с 60 лет. Были опубликованы результаты масштабного исследования, которое доказало эффективность вакцинации в профилактике пневмонии у пожилых людей старше 65 лет. Вакцинация снижает заболеваемость внебольничной пневмонией у этой категории на 45 %, а пневмонией с бактериемией – на 75 % [8].

Российские данные говорят о высокой эффективности вакцинации пожилых людей с различными хроническими заболеваниями. Например, отмечается значительное снижение госпитализаций у пациентов с хронической бронхолегочной патологией после вакцинации 13-валентной вакциной – в 9 раз [4]. Важно использовать вакцину для иммунизации не только детей раннего возраста, но и пожилых людей, среди которых смертность наиболее высока.

В рамках Национального календаря профилактических прививок РФ (Приказ МЗ РФ №125 от 21.03.14 г.) с 2014 г. на территории Орловской области начато проведение иммунизации детей против пневмококковой инфекции. Вакцинация проводится детям в возрасте 2 месяцев, 4,5 месяцев и 15 месяцев. По эпидемиологическим показаниям - детям в возрасте от 2 до 5 лет, взрослым из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу.

За период проведения вакцинации с 2013 по 2016 гг. в Орловской области заболеваемость пневмококковой пневмонией среди детского населения до 6 лет снизилась в 4,3 раза (с 37,67 до 8,68 случаев на 100 тыс. детей данной возрастной группы соответственно). В то же время заболеваемость пневмонией пневмококковой этиологии среди взрослого населения согласно данным официальной статистики Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Орловской области возросла в 1,6 раза (с 4,78 до 7,5 случаев на 100 тыс. населения в 2013 и в 2016 гг. соответственно) и почти достигла уровня детской заболеваемости.

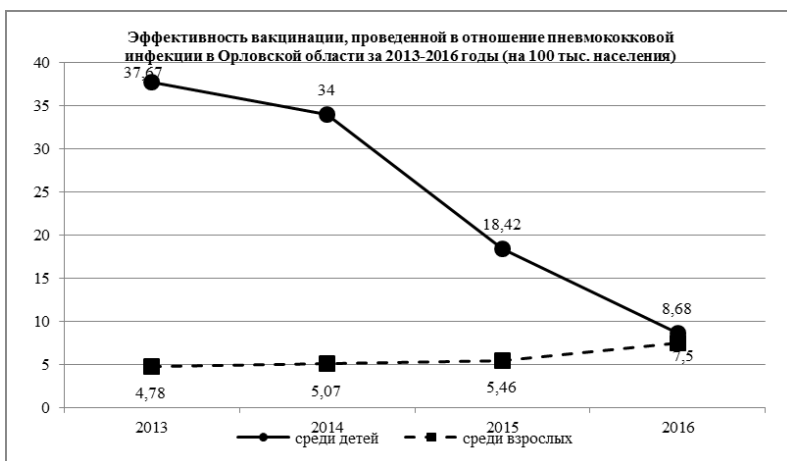


Рисунок 1. Эффективность вакцинации, проведенной в отношении пневмококковой инфекции в Орловской области за 2013-2016 гг.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что введение иммунизации против пневмококковой инфекции в Национальный календарь профилактических прививок значительно снизило заболеваемость внебольничными пневмониями пневмококковой этиологии среди детского населения Орловской области. Однако уровень охвата прививками взрослого населения из групп риска остается недостаточным, чтобы повлиять на эпидемиологическую обстановку в регионе.

С увеличением возраста значительно возрастает риск развития тяжелых инвазивных пневмококковых инфекций: менингита, бактериемии и сепсиса, септической (инвазивной) пневмонии, а также неинвазивных пневмоний. Для предотвращения дальнейшего роста

заболеваемости пневмококковой инфекцией среди взрослого населения требуется больше уделять внимания организации работы по иммунопрофилактике пневмококковой инфекции в группах риска.

Список литературы:

1. Баранов А.А., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Ряпис Л.А. Стрептококки и пневмококки. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 301 с.
2. Ильина С.В., Белецкая О.А., Сабитов А.У и др. Результаты оценки эффективности и безопасности применения конъюгированных пневмококковых вакцин в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2013. № 6 (55). С. 9-14.
3. Козлов Р.С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее. Смоленск: МАКМАХ, 2010. – 215 с.
4. Костинов М.П., Протасов А.Д., Жестков А.В., Полищук В.Б. Перспективные данные применения пневмококковой 13-валентной конъюгированной вакцины у взрослых пациентов с хронической бронхолегочной патологией // Пульмонология. 2014. № 4. С. 57—62.
5. Сидоренко С.В., Савинова Т.А. Популяционная структура пневмококков со сниженной чувствительностью к пенициллину и перспективы антипневмококковой вакцинации для сдерживания распространения антибактериальной резистентности // Антибиотики и химиотерапия. 2011. № 6. С. 5-6.
6. Mary Read, Cindy Lee. Age-related Differences in Immune Responses to the Pneumococcus and the Relation to Vaccination Development // Eur. Respir. Dis. 2010. Vol. 5. P. 54-61.
7. Peter R. Paradiso et al. Pneumococcal Conjugate Vaccine for Adults: A New Paradigm // Vaccines - CID. 2012. Vol. 55 (15 July). P. 259-264.
8. Tomczyk S., Bennett N.M., Stoecker C. et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged >65 years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // Morbid. Mortal. Wkly Rep. 2014. Vol. 63(37). P. 822-827.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Мусаев Абдугани Таджибаевич

*д-р мед. наук, проф. Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Култаев Малик Сайрамбаевич

*д-р мед. наук, проф. Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Амантаев Елдос Зумуратович

*студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Амзе Сандугаш Аблакасовна

*студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Балхан Назгуль Салимбековна

*студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Туркинбаев Ерлан Курбаналиевич

*студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Рыскулова Айгерим

*студент 5 курса Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Жанзахова Айгерим Мухтаровна
студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Балтабай Венера Бакытжановна
студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Нургожа Айдана Нурлановна
студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Актуальность. Значимость проблемы инфекционного мононуклеоза (ИМ) обусловлена высокой распространенностью герпесвирусных инфекций. По мнению ВОЗ, в настоящее время речь идет о пандемии герпесвирусных инфекций: до 90 % взрослого и детского населения планеты инфицировано герпес-вирусами (ГВ), причем у 50 % из них отмечают манифестное, рецидивирующее течение вызываемых ими заболеваний. Частота инфицирования и заболеваемость ГВ-инфекциями уступают только гриппу и другим острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ). Инфекционный мононуклеоз является наиболее характерным типичным клиническим проявлением ГВ-инфекций. В мире ИМ ежегодно заболевают от 16 до 800 лиц на 100 тыс. населения [2, 5, 7].

Большинство клиницистов связывают ИМ с вирусом Эпштейна-Барра (у-герпесвирус 4-го типа). Однако в настоящее время доказана роль цитомегаловируса (5-й тип) и вируса герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6), а также вирусов простого герпеса (ВПГ) 1-го, 2-го типов в этиологии ИМ. Частота выявления моногерпесвирусного ИМ колеблется от 27, 5 до 39, 5 %, в остальных случаях выявляют ассоциации ГВ (от 2 до 5 вирусов) [1, 3].

Источники заражения при ИМ - больные манифестными и бессимптомными формами ГВ-инфекций. Важное значение в качестве основных источников инфекции, определяющих поддержание высокого эпидемиологического потенциала, имеют не столько острые, сколько хронические формы ИМ.

Течение и исход ИМ зависят от многих факторов: генетического типа иммунного реагирования, наличия сопутствующих инфекционных

и соматических заболеваний, возраста, уровня нагрузок, характера питания и других, влияющих на состояние и адаптационные возможности иммунной системы [4, 6].

Цель исследования. Изучить особенности течения инфекционного мононуклеоза у взрослых.

Материалы и методы. 56,3 % из 32 обследованных больных инфекционным мононуклеозом составляли мужчины и 43,7 % женщины. Возраст больных был различный от 18 лет до 44 лет.

Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики с вычислением средних арифметических (M), средних квадратичных ошибок (m) для доверительного интервала 95 %. Достоверность различий показателей определяли с помощью критерия Стьюдента (t), коэффициента корреляции между некоторыми иммунологическими показателями по стандартной программе.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования, у взрослых ИМ чаще встречается в молодом возрасте, у 50 % больных ИМ возраст не превышал 20 лет и более 43 % больных были в возрасте 20-29 лет.

В весеннее время зарегистрировано - 59,4 % больных, в летнее - 21,9 %, в зимнее - 12,5 %, в осеннее - 6,2 % (рис. 1). 50 % больных поступили в стационар на 4 день болезни. На 5-7 сутки заболевания было госпитализировано 47 % больных. 2 больных госпитализированы на 9-10 день и 1 больной только на 14 день болезни (рис. 2).

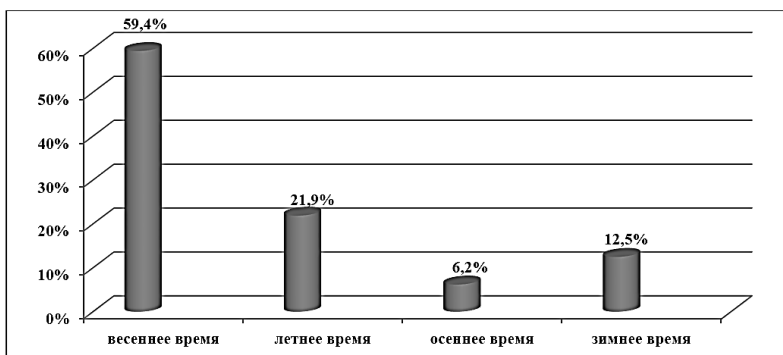


Рисунок 1. Частота встречаемости ИМ у больных в зависимости от времени года

Продолжительность заболевания составляла от 19 до 44 дней, средняя продолжительность заболевания была равна $29.7 \pm 5,3$ дня и средний койко-день был равен $17 \pm 2,5$ дня.

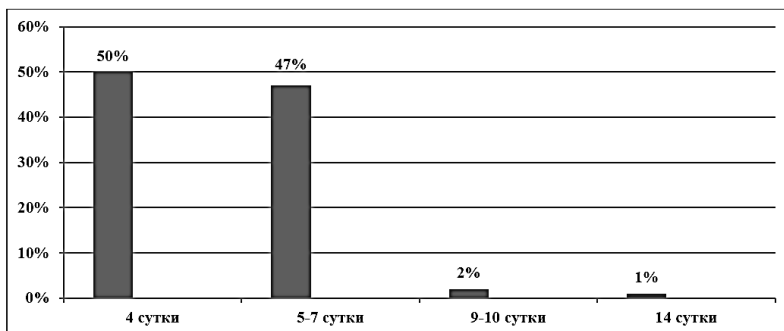


Рисунок 2. Частота встречаемости ИМ у больных в зависимости от времени года

При первом обращении к врачу из 32 больных только у 3 больных (9,4 %) был диагностирован ИМ. Больные направлялись с ошибочными диагнозами - вирусный гепатит (до 46,9 %), лихорадки неясной этиологии, ОРВИ, ангины.

Из выше изложенного следует, что клиническая диагностика на начальных этапах заболевания затруднена вероятно из-за отсутствия патогномичных симптомокомплексов в начальный период заболевания и появление этих симптомокомплексов ИМ в более поздние сроки заболевания.

Продолжительность лихорадочного периода колебалась от 4 до 30 дней. У 43,8 % больных длительность лихорадки составляла 4-7 дней, 28,1 % больных лихорадили в течение 11-15 дней, у 12,5 % больных: отмечена лихорадка в течение 8-10 дней и у 15,6 % температурная реакция была более 2 недель. Полученные данные показывают, что ИМ у большинства протекает с более продолжительной высокой температурной реакцией.

Выводы. У исследованных больных не удалось разграничить течение заболевания на определенные периоды. Симптомы заболевания формировались постепенно, в течение нескольких дней и достигали наибольшей выраженности к 7-9 дню от начала заболевания. Наиболее часто и постоянно у больных ИМ выявлялись лихорадка, симптомы интоксикации, увеличение лимфоузлов, ангины, увеличение печени и селезенки.

У всех больных ИМ отмечено острое начало заболевания с повышения температуры, слабости, головной боли, снижения аппетита. Выраженность симптомов интоксикации коррелировало с высокой температурной реакцией.

Таким образом, ИМ в настоящее время встречается в виде спорадических случаев. Диагностика его на догоспитальном этапе заболевания затруднена, т.к. ИМ протекает с полиморфизмом клинических проявлений. Необходимо более широкое обследование больных с ОРВИ, ангинами, вирусным гепатитом А и длительно лихорадящих на инфекционный мононуклеоз.

Список литературы:

1. Инфекционный мононуклеоз: клиника, патогенез, новое в диагностике и терапии / Иванова В.В., Железникова Г.Ф., Аксенов О.А. [и др.] // Инфекционные болезни. 2004. №4. С. 5-12.
2. Инфекционные болезни: учебник / под ред. акад. РАМН Н.Д. Ющука, проф. Ю.Я. Венгерова. 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 429-431.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 195-198.
4. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран: учебник / под ред. Н.Б. Чебышева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 309-313.
5. Эпидемиология инфекционных болезней: учебное пособие / Н.Д. Ющук [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 153-168.
6. Association of GATA2 Deficiency With Severe Primary Epstein-Barr Virus (EBV) Infection and EBV-associated Cancers. Cohen JI, Dropulic L, Hsu AP, et al. Clin Infect Dis 2016; 63:41.
7. Infectious mononucleosis and Epstein-Barr virus. Vetsika EK, Callan M. Expert Rev Mol Med 2004; 6:1.

СЕКЦИЯ 5.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Абдулхакимов Шерзод Алишер огли

*студент – магистр специальности Медицинская радиология,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, Ташкент*

Исмаилова Муножат Хаятовна

*доц. кафедры Онкологии и лучевой диагностики,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, Ташкент*

RAY DIAGNOSTICS IN FOCAL LESIONS OF THE LIVER

Sherzod Abdulkhakimov

*student –magistr Medical Radiology,
Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Munajat Ismailova

*Docent of the Department of Oncology and Radiology,
Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. Понятие очаговых поражений печени включает в себя как доброкачественные и злокачественные, так и паразитарные заболевания (альвеококкоз и эхинококкоз) печени. Ранняя и уточненная диагностика, выбор методов диагностики очаговых поражений печени – актуальная проблема современной медицины. Общий принцип диагностики любого хирургического заболевания, в том числе очагового поражения печени заключается в проведении комплексного обследования с использованием различных методов от простых к более сложным.

Abstract. The concept of focal lesions of the liver includes both benign and malignant, and parasitic diseases (alveococcosis and echinococcosis) of the liver. Early and refined diagnosis, the choice of methods for diagnosing focal liver lesions - an urgent problem of modern medicine. The general principle of diagnosing any surgical disease, including focal lesions of the liver, is to conduct a comprehensive survey using various methods from simple to more complex.

Ключевые слова: очаговые поражения печени, лучевая диагностика, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Keywords: focal lesions of the liver, ray diagnostics, ultrasound procedure, computed tomography, magnetic resonance imaging.

В настоящее время наблюдается достоверный рост числа очаговых поражений печени преимущественно за счет злокачественных опухолей. Это связано с увеличением числа подобных больных и улучшением предоперационной диагностики. Внедрение в хирургическую практику новых технологий (ультразвукового исследования-УЗИ с дуплексным сканированием, компьютерной томографии-КТ, магнитно-резонансной томографии-МРТ; радиоиммунных тестов с применением новых онкомаркеров) обусловило необходимость пересмотра существующих подходов к ряду аспектов диагностики хирургических заболеваний печени [3, с. 13].

Понятие очаговой патологии печени введено в практику на основании принципа визуализации и объединяет большое количество разнородных по генезу и внутренней структуре новообразований. Наиболее часто встречаются метастатические опухоли печени, первичный рак, кисты печени, гемангиомы, дегенеративные и цирротические очаговые изменения паренхимы, абсцессы печени, очаговые паразитарные очаги, доброкачественные опухоли. Частота выявления описанной патологии зависит от категории обследуемых пациентов, природно-географических и социальных факторов, возраста и национальности обследуемого контингента [1, с. 85].

Доброкачественные очаговые поражения встречаются в 24,5 % из всех заболеваний печени. При этом частота встречаемости абсцессов печени составляет 24 %; непаразитарных кист - 41,3 %; гемангиом печени - 34,7 %. Комплексное обследование с применением современных методов лучевой диагностики, а также инструментальных инвазивных вмешательств позволяет установить правильный диагноз у больных с доброкачественными очаговыми поражениями печени в 96 %.

Для первичного выявления доброкачественных очаговых поражений печени целесообразно обследование начинать с УЗИ исследования с последующим выполнением КТ и инвазивных методов диагностики. Одиночные гемангиомы и непаразитарные кисты печени до 3,0 см требуют динамического наблюдения за больным. При гемангиомах 5,0 см и более показана эмболизация печеночной артерии и её ветвей. При кистах более 3,0 см методом выбора являются пункционно – дренирующие операции под контролем УЗИ [4, с. 13].

Общий принцип диагностики любого-хирургического заболевания, в том числе очагового поражения печени заключается в проведении комплексного обследования с использованием различных методов от простых к более сложным. К сожалению, незнание многими врачами современных тенденций и принципов диагностики очаговых поражений печени приводит к увеличению числа неоперабельных больных [3, с. 13].

В предоперационном периоде при постановке диагноза очагового поражения печени хирург сталкивается с проблемой. С одной стороны, необходимо до операции получить максимальную информацию, позволяющую ответить на вопросы, наиболее важные для планирования операции: а) имеющееся очаговое образование печени доброкачественное или злокачественное; б) число очагов в печени; в) локализация очага (очагов) по отношению к наиболее важным анатомическим структурам (прежде всего сосудистым) печени и прилежащих органов; г) наличие внепеченочного распространения злокачественной опухоли.

С другой стороны, возникают вопросы, насколько информативно выполняемое исследование и позволяет ли; оно с большой степенью достоверности правильно определить тактику хирурга: заключения; выносимые специалистами по инструментальной диагностике (УЗИ, КТ, МРТ) не всегда, согласуются между собой и совпадают с окончательным; клиническим диагнозом [3, с. 13].

В клинической практике возникает, необходимость оценить реальную информативность всех имеющихся доступных диагностических методов, последовательность их использования, их недостатки и, соответственно, определить алгоритм диагностического поиска с учетом стоимости современных методик и исключить «ненужные» исследования. Решение проблемы точной диагностики – это ключ к улучшению результатов лечения очаговых поражений печени [3, с. 13].

Компьютерная томография (рентгеновская компьютерная томография) - неинвазивный метод исследования. Его информативность в выявлении причин и уровня блока сравнима с таковой при трансабдоминальном УЗИ и составляет 70-80 % [2, с. 138].

В диагностическом алгоритме ряда исследователей приводятся сведения об использовании МРТ и магнитно-резонансная панкреато-холангиография (МРПХГ). По данным некоторых авторов чувствительность МРТ составляет 81,4 %, а МРПХГ - 98,5 %. По данным зарубежных авторов эффективность МРПХГ составляет 98-100 %. Таким образом, томография позволяет визуализировать с высоким качеством структуру внутренних органов [2, с. 138]. Наибольшую чувствительность в диагностике всех видов очаговых поражений печени имеет компьютерная томография - в среднем 70,8 %, а наибольшую специфичность – ультразвуковая диагностика (среднее значение — 94,7 %) [3, с. 13].

На основании многофакторного кластерного анализа диагностических критериев установлено, что наличие 7 и более характерных диагностических признаков позволяет в 100 % наблюдений установить диагноз эхинококковой кисты печени, первичного рака печени и метастатического поражения печени. При сочетании от 4 до 6 признаков точность диагностики для этих нозологических форм составляет в среднем 76,1 %. Наличие от 1 до 3-х признаков позволяет выявить эти очаговые поражения печени только у 50 % больных. Для определения в 100 % наблюдений непаразитарной кисты, гемангиомы и абсцесса печени необходимо сочетание 5 диагностических признаков и более. [3, с. 13].

Таким образом, при выявлении заболеваний печени диагностируются все виды, как и доброкачественные, так и злокачественные очаговые поражения. Частота выявления очаговых поражений зависит от категории обследуемых пациентов, природно-географических и социальных факторов, возраста и национальности обследуемого контингента. В алгоритме исследований используются УЗИ, КТ, МРТ и другие диагностические методы. Они колеблются в среднем КТ чувствительность - 70,8 %, а наибольшая специфичность при ультразвуковой диагностике (среднее значение – 94,7 %), чувствительность МРТ составляет 81,4 %.

Список литературы:

1. Карпенко В.Н., Интервенционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении очаговых образований печени, Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва -2008, с. 85.
2. Карсанова З.О., Совершенствование лечебной тактики у больных с механической желтухой доброкачественного генеза осложненной холангитом, Диссертация дисс. ...канд. мед. наук, Владикавказ -2013, с. 138.

3. Парфенова А.А., Дифференциальная диагностика очаговых поражений печени в определении показаний к их малоинвазивному хирургическому лечению: автореферат дисс. ...канд. мед. наук, Волгоград - 2009, с. 13.
4. Пахмутова Ю.А., Выбор метода диагностики и хирургического лечения доброкачественных очаговых поражений печени, Автореферат дисс. ...канд. мед. наук, Санкт-Петербург, - 2009, с. 13.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Куртаев Малик Сайрамбаевич

*д-р мед. наук, проф. Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Мусаев Абдугани Таджибаевич

*д-р мед. наук, проф. Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Алдабергенов Ербол Нурланулы

*интерн Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Кожжахметова Айжан Ержановна

*интерн Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Сагындык Молдир Айтбаевна

*интерн Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Калдар Салтанат Бейсенхановна

*интерн Казахского Национального Медицинского
университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Абдуллаева Акерке Сериковна
интерн Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Мырзаиова Акбота Гафуровна
студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Ермахан Нурила Сагындыковна
студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Калмахан Индира Сериковна
студент Казахского Национального
Медицинского университета им. С.Ж. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы

Актуальность проблемы. На сегодняшний день уже существуют твердо доказанные знания о структуре и функциях иммунной системы. Хорошо известно, что иммунная система – это единственный коллективный орган в организме человека, состоящий из центральных (костный мозг и вилочковая железа, или тимус) и периферических органов (селезенка, лимфатические узлы, вся лимфоидная ткань слизистой оболочки и лимфоциты) [1, 2]. В защите организма от патогенов принимают участие две системы иммунологической защиты – реакции врожденного (естественного) и приобретенного (адаптивного) иммунитета. Современная концепция противоифекционного иммунитета, сформулированная американским исследователем Чарльзом Дженоуэем, заключается в том, что в основе деления иммунологического ответа на врожденный и приобретенный лежат два вида рецепторов для распознавания «своего» и «чужого», которыми обладают фагоциты и лимфоциты, и в соответствии с этим — два вида распознавания патогенов [3, 4]. Эти рецепторы выполняют одну и ту же задачу распознавания чужеродного (патогенного) материала, однако устроены по-разному и взаимодействуют с разными молекулярными структурами патогенов, представляющими собой паттерны или антигенные эпитопы [5]. В отличие от высокоспецифичного распознавания антигенных эпитопов, осуществляемого лимфоцитами при помощи

T- и B-клеточных рецепторов, фагоциты распознают высоко консервативные молекулярные паттерны, свойственные большим группам микроорганизмов. Иммуноглобулины присутствуют в крови в двух основных состояниях часть молекул растворена в плазме крови, другая часть сорбирована на поверхности клеток крови. Между ними существует динамическое равновесие [6, 7].

Цель исследования. Изучить показатели гуморального иммунитета при специфических вирусных инфекциях

Материалы и методы исследования. Обследованы группы больных с простым герпесом (ПГ), ветряной оспой (ВО), опоясывающим герпесом (ОГ) и инфекционным мононуклеозом (ИМ), находившихся на стационарном лечении. Диагностику ПГ, ВО, ОГ и ИМ осуществляли на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Выделение лимфоцитов из периферической крови проводили в градиенте плотности фиколюрографин. Используя комбинированное розеткообразование с эритроцитами барана и зимозаном коньюгированным комплементом, тестировали В-лимфоциты. Результаты определения В-лимфоцитов выражали относительными показателями в % к числу циркулирующих лимфоцитов и абсолютным содержанием в 1 литре крови.

Результаты и обсуждения. Результаты по определению содержания растворенных в плазме иммуноглобулинов у больных с высоким потенциалом хронизации (ВПХ) и острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) представлены на рисунках 1-4. Как следует из рисунка 1 содержание иммуноглобулина А (ИГА) у больных с ОВГВ достоверно превышало содержание иммуноглобулинов этого класса здоровых.

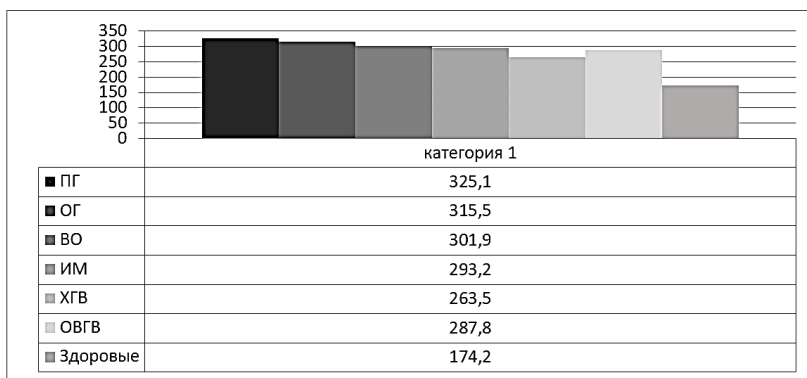


Рисунок 1. Содержание IgA в периферической крови у больных с ВПХ (M+r), $p < 0,005$

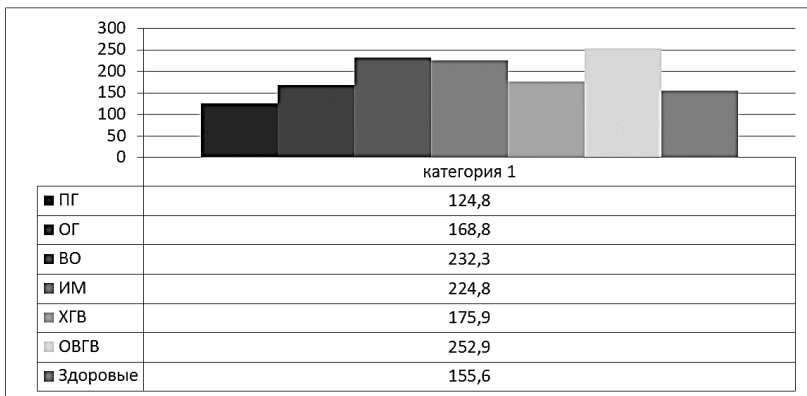


Рисунок 2. Содержание IgM в периферической крови у больных с ВПХ (M+r), $p < 0,005$

Как следует из данных рисунка 2, иммуноглобулины М у больных ПГ были обнаружены в достоверно меньших, а у больных ветряной оспой, инфекционным мононуклеозом и хроническим гепатитом В (ХГВ) – в достоверно больших количествах по сравнению со здоровыми.

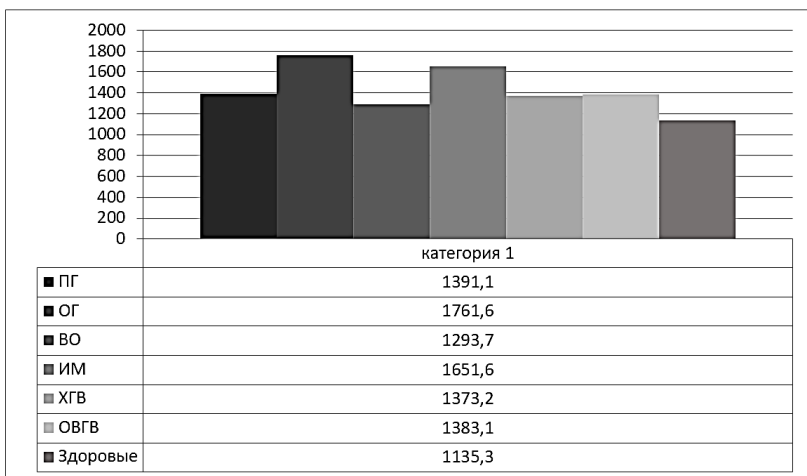


Рисунок 3. Содержание IgG в периферической крови у больных с ВПХ (M+r), $p < 0,005$

У больных ОГ количество иммуноглобулинов М в крови не отличалось от этого показателя здоровых.

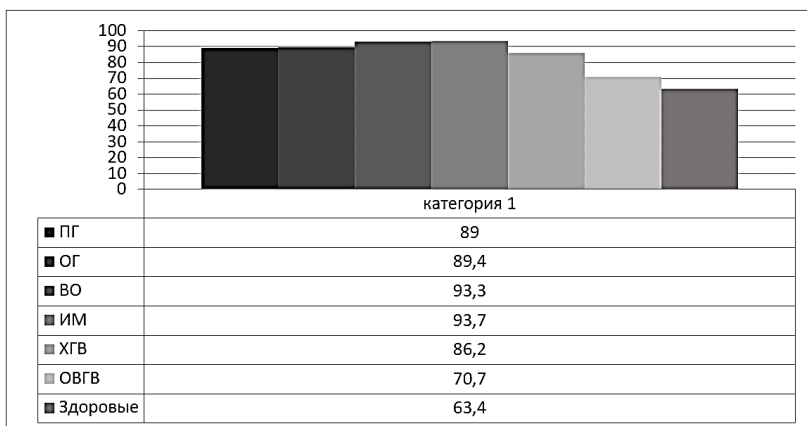


Рисунок 4. Содержание комплемента в периферической крови у больных с ВПХ (M+r), $p < 0,005$

Результаты определения иммуноглобулинов G отражены в рисунке 3. Результаты исследований показывают, что иммунная система больных ВПХ так же как ОВГВ отвечает повышенным синтезом и выбросом в кровотоки иммуноглобулинов G. Исключением являются больные ВО у которых не выявлено достоверной разницы содержания иммуноглобулинов и в сравнении со здоровыми.

Нами выявлено, что у больных с ВПХ в периферической крови, выявлено значительное повышение количественного содержания комплемента (рис. 4). Известно, что в большинстве случаев при вирусных инфекциях количество комплемента и иммуноглобулинов коррелирует с содержанием иммунных комплексов. О вероятности повышенного содержания иммунных комплексов у больных с ВПХ свидетельствует и повышенное содержание иммуноглобулинов всех классов.

Выводы.

Реакция гуморальной системы иммунитета у больных к с ВПХ является поликлональная активация по образованию и выходу из кровеносных органов в кровеносное русло В-клеток. За счет повышенного количества последних, с одной стороны, и повышенной функциональной активности В-клеток, с другой стороны, динамическое равновесие

между сорбированными и растворенными иммуноглобулинами плазмы крови, смешается в сторону повышенного обнаружения свободных молекул иммуноглобулинов всех классов. Это является ответной реакцией организма на активизирующуюся вирусную инфекцию.

Как абсолютное и так относительное содержание комплемента у больных ОВГВ, достоверно превышало этот показатель в периферической крови здоровых. У больных с ВПХ это превышение было более резко выраженным. Увеличение содержания комплемента у исследованных групп больных свидетельствует об активизации комплемента и вероятно, "неполной" реализацией в процессе воспаления.

Список литературы:

1. Борисов А.Г. Клиническая характеристика нарушения функции иммунной системы // Медицинская иммунология. 2013. Т. 15, № 1. С. 45–50.
2. Хайдуков С.В., Байдун Л.А., Зурочка А.В., Тоголян Арег А. Стандартизованная технология «Исследование суб-популяционного состава лимфоцитов периферической крови с применением проточных цитофлюориметров-анализаторов» (Проект) // Медицинская иммунология. 2012. Т. 14, № 3. С. 255–268.
3. Ярилин А.А. Иммунология. М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 752 с. [Jarilin A.A. Immunologiya [Immunology]. Moscow: GEOTARMedia, 2010. 752 p.]
4. Griffin D.O., Rothstein T.L. Human B1 cell frequency: isolation and analysis of human B1 cells. *Front. Immunol.*, 2012, vol. 3, pp. 122–123.
5. Maecker H., McCoy P., Nussenblatt R. Standardizing immunophenotyping for the human immunology project. *Nat. Rev. Immunol.*, 2012, vol. 12, pp. 191–200.
6. Marçais A., Walzer T. mTOR: a gate to NK cell maturation and activation. *Cell Cycle*, 2014, vol. 13, no. 21, pp. 3315–3316.
7. McKee S.J., Mattarollo S.R., Leggatt G.R. Immunosuppressive roles of natural killer T (NKT) cells in the skin. *J. Leukoc. Biol.*, 2014, vol. 96, no. 1, pp. 49–54.

СЕКЦИЯ 6.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВЫЯВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Кибатаев Козы Мурзаханович

*канд. мед. наук, доцент, ассоциированный профессор РАМ,
ЗКГМУ им. Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Махатова Нурзада Искаковна

*врач рентгенолог, магистрант,
РГП «БМЦ УДП РК»,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Мануков Вячислав Георгиевич

*врач рентгенолог КСМ,
ЗКГМУ им. Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Султанова Айгуль Темирбековна

*заведующий рентген отделения,
Областной ПТД,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Урзушбаева Гульнур Молдагалиевна

*ассоциированный профессор (доцент) РАМ,
магистр естествознания,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Аннотация. Несмотря на современные методы лучевой диагностики традиционный рентгенологический метод исследования остается первичным в выявлении заболеваний органов пищеварения. Полученные нами результаты показывают рост количества

исследований больных рентгенологическим методом диагностики. При этом отмечается увеличение числа выявленных больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточностью кардиального жома, хроническим гастритом, язвой желудка и 12-й перстной кишки, злокачественными новообразованиями пищевода, желудка и прямой кишки, желче-каменной болезнью и заболеваниями толстого кишечника.

Ключевые слова: лучевая диагностика, рентгенография, рентгеноскопия, ирригоскопия, фистулография, холангиография, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Актуальность.

По данным Службы медицинской профилактики Московской области (2015) расстройствами органов пищеварительной системы страдают более 50–60 % взрослого населения, а в крупных городах эта цифра возрастает до 95 %. В структуре общей заболеваемости взрослого населения болезни органов пищеварения занимают 3-е место после заболеваний органов дыхания и кровообращения, показатель заболеваемости в 2014 году составил 110,2 случая на 1000 населения, отмечается рост показателя по сравнению с 2013 годом на 23,2 % (в 2013 году составил 89,5 случая на 1000 населения; в 2012 – 86,4).

За последние годы не только увеличивается распространённость болезней органов пищеварения, но и отмечается изменение структуры и патоморфоза этой патологии [1, 2, 3]: стала превалировать патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наблюдается нивелирование половых различий в частоте встречаемости желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; происходит расширение возрастных границ формирования патологии органов пищеварения. В частности, на фоне снижения заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки от 14,7 на 1000 взрослого населения РФ в 2005 году до 13,5 - в 2008 году и 11,3 - в 2010 году [2; 4] прослеживается отчетливый тренд к увеличению заболеваемости патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а именно гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, гастритами и дуоденитами: с 22,4 на 1000 взрослого населения в 2005 году до 24,2 в 2008 году. [1].

В последнее время в периодической печати появилось много публикаций, посвященных новым методам лучевой диагностики (ультрасонография, компьютерная и магнитно-резонансная томографии). Между тем как подавляющее большинство рентгенологов в своей практической работе используют традиционные методы рентгенологического исследования, являющиеся базовыми, первичными в клинической диагностике различных заболеваний [5].

Общепризнана ведущая роль рентгенологического исследования в комплексной диагностике заболеваний органов пищеварительного тракта, частота которых и в настоящее время остается высокой. Между тем своевременная диагностика является залогом адекватного лечения [6].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта за 3 года (2015 – 2017 гг.) по данным рентгенологического отделения РГП «БМЦ УДП РК».

Методы и материалы исследования. Рентгенологическое исследование органов желудочно-кишечного тракта включало рентгенотелевизионное просвечивание и рентгенографию под контролем просвечивания. Рентгенотелевизионное просвечивание использовался для изучения моторной функции ЖКТ, а также для выбора оптимальной проекции, момента заполнения и моторики и степени компрессии для прицельных снимков. Просвечивание дополнялся серийной прицельной рентгенографией. Рентгенологическое исследование желудка, пищевода и тонкой кишки проводился натощак, пациенту запрещался пить и курить в день исследования. Исследование проводился утром, натощак, последний прием пищи был за 8 часов до исследования. Основной контрастный препарат для исследования ЖКТ - водная взвесь сульфата бария. Ирригоскопия (исследование толстой кишки с бариевой клизмой) требовала подготовки. За 2-3 дня до исследования пациенту отменяли все лекарственные препараты, ослабляющие или усиливающие моторную деятельность кишечника. Накануне дня исследования из питания пациента исключили продукты, вызывающие брожение в кишечнике. Вечером за 12 часов до исследования ставилась очистительная клизма, а утром за три -два часа до исследования еще две очистительные клизмы. После операционную холангиографию производили путем введения контрастного вещества через дренажную трубку и катетер, оставленные в желчных путях.

Данные рентгенологических исследований за три года (2015-2017) подверглись статической обработке.

Результаты исследования и обсуждение. Количество исследований с использованием различных рентгенодиагностических методик представлено в таблице 1.

Таблица 1.**Рентгенодиагностические исследования органов пищеварения
за 2015-2017 гг**

Вид рентгенологических исследований	2015 г.		2016 г.		2017 г.		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рентгенологическое исследование брюшной полости	85	27,3	61	16,9	55	10,7	201	16,9
Рентгеноскопия пищевода и желудка	216	69,5	285	78,7	300	58,4	801	67,5
Рентгенологическое исследование тонкого кишечника	-	0	1	0,3	4	0,7	5	0,4
Ирригоскопия	-	0	-	0	130	25,3	130	10,9
Фистулография	4	1,3	4	1,1	8	1,6	16	1,4
Холангиография	6	1,9	11	3,0	17	3,3	34	2,9
Всего	311	100,0	362	100,0	514	100,0	1187	100,0

Как видно из таблицы 1, общее число рентгенологических исследований органов пищеварения увеличивается из года в год (с 311 в 2015 г. до 514 в 2017 г., т. е. на 66,8 %), в том числе рентгеноскопия пищевода и желудка на 38,9 %, фистулография в 2 раза, почти в 3 раза – холангиография. В 2017 были произведены ирригоскопия (130) и исследование тонкого кишечника (4). В то же время отмечается уменьшение количества обзорной рентгенографии брюшной полости (на 54,5 %).

В структуре видов рентгенологических исследований за три года преобладают рентгеноскопия пищевода и желудка (67,5 %), рентгенография брюшной полости (16,9 %) и ирригоскопия (10,9 %).

В таблице 2 представлены данные по выявленным нозологическим формам заболеваний органов пищеварения.

Таблица 2.

Выявленные формы заболеваний органов пищеварения

№	Патология	2015 г.		2016 г.		2017 г.		Итого	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	106	28,0	218	25,4	287	26,3	611	26,3
2	Дивертикулы пищевода	2	0,5	6	0,7	5	0,5	13	0,6
3	Недостаточность кардиального жома	61	16,1	181	21,1	211	19,3	453	19,5
4	Ахалазия кардии	1	0,3	2	0,2	1	0,1	4	0,2
5	Хронический эзофагит	85	22,4	200	23,3	109	1,0	394	16,9
6	Дивертикул пищевода	11	2,9	6	0,7	13	1,2	30	1,3
7	Злокачественная опухоль пищевода	2	0,5	3	0,4	3	0,3	8	0,3
8	Хронический гастрит	85	22,4	208	24,3	220	20,1	513	22,0
9	Язва желудка и 12- перстной кишки	2	0,5	4	0,5	4	0,4	10	0,4
10	Дивертикул 12-перстной кишки	3	0,8	3	0,4	9	0,8	15	0,6
11	Доброкачественные образования желудка	2	0,5	3	0,4	5	0,5	10	0,4
12	Злокачественные заболевания желудка	2	0,5	2	0,2	3	0,3	7	0,3
13	Пилоростеноз	4	1,1	2	0,2	7	0,6	13	0,6
14	Жёлче-каменная болезнь	3	0,8	8	0,9	11	1,0	22	0,9
15	Кишечная непроходимость	10	2,6	11	1,3	13	1,2	34	1,5
16	Хронический колит	-	0	-	0	74	6,8	74	3,2
17	Долихосигма	-	0	-	0	75	6,9	75	3,2
18	Долихоколон	-	0	-	0	19	1,7	19	0,8
19	Дивертикулез толстого кишечника	-	0	-	0	16	1,5	16	0,7
20	Злокачественное образование прямой кишки	-	0	-	0	3	0,3	3	0,1
21	Подвижность слепой кишки	-	0	-	0	4	0,4	4	0,2
22	Всего	379	100,0	857	100,0	1092	100,0	2328	100,0

Из таблицы 2 видно, что в 2017 году по сравнению с 2015 годом количество выявленной патологии органов пищеварения увеличилось в 2,9 раза (с 379 до 1092). В процентном соотношении на первом месте среди всей патологии органов пищеварения - грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (26,3 %), далее следуют хронический гастрит (22,0 %) и недостаточность кардиального жома (19,5 %). Доля эзофагита составляет 16,9 %. При этом, если это соотношение первые два года составляют 22,4 % и 23,3 % (соответственно), то в 2017 году отмечается резкое снижение (до 1,0 %).

Если число злокачественных новообразований пищевода и желудка имеет тенденцию к росту (от 2 случаев в 2015 и 2016 гг. до 3-х в 2017 году), то злокачественные опухоли прямой кишки выявлены только в 2017 году (3 случая).

Количество выявленных случаев язвенной болезни желудка и 12-и перстной кишки также выросли 2016 и 2017 гг. до 2-х раз по сравнению с 2015 годом. Отмечается также увеличение числа больных с желче-каменной болезнью (с 3-х в 2015 г. до 11 случаев в 2017 г.), в процентном соотношении (с 0,8 % в 2015 г. до 1,0 % в 2017 г.).

В 2017 году отмечается выявление больных с заболеваниями толстого кишечника: хронический колит – 74 случая, долихоsigmoid – 75, долихоколон – 19, дивертикулез – 16, подвижность слепой кишки – 4 и злокачественное новообразование прямой кишки – 3 случая.

Таким образом, количество произведенных рентгенологических исследований органов пищеварения увеличивается, в том числе: рентгенокопия пищевода и желудка; исследование тонкого кишечника; ирригоскопия; фистулография; холангиография.

Наряду с увеличением числа рентгенологических исследований отмечается рост выявленной патологии органов пищеварения. Увеличилось количество выявленных больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточностью кардиального жома, хроническим гастритом, язвой желудка и 12-и перстной кишки, злокачественными новообразованиями пищевода, желудка и прямой кишки, желче-каменной болезнью и заболеваниями толстого кишечника, что соответствует данным исследований различных авторов [1; 2; 4; 7; 8; 9].

Выводы:

1. Количество рентгенологических методов исследования имеет тенденцию к увеличению.
2. Увеличивается количество случаев выявления различных форм заболеваний органов пищеварения с помощью рентгенологических методов диагностики.
3. Наравне с современными методами, использование в диагностике заболеваний органов пищеварения, традиционных рентгенологических методов исследования остается высокоэффективным.

Список литературы:

1. Беляева Ю.Н. Некоторые эпидемиологические аспекты болезней органов пищеварения на региональном уровне // Материалы VII Международной (XVI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых учёных, Москва, 2012 г.
2. Беляева Ю.Н. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов пищеварения в Российской Федерации и на региональном уровне // Материалы 72-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием: «Молодые ученые – здравоохранению» – Саратов. Изд-во СГМУ. – 2011 г. - С. 79-83.
3. Труш О.В. Качество жизни у больных гастроэнтерологического профиля / Ю.В. Можелис, Т.Э. Скворцова, О.В. Труш, Е.В. Денисова // Материалы 6-го Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро – 2004». Научно-практический журнал «Гастроэнтерология – СПб». - 2004. - № 2-3. - С. 95.
4. Статистические показатели заболеваемости всего населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам РФ по данным на 2007 год, 2008 год, 2010 и 2011 годы. Материалы подготовлены специалистами Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России Какориной Е.П., Михайловой Л.А., Огрызко Е.В., Кантеевой А.Н. и Кадулиной Н.А.
5. Власов П.В. Рентгенодиагностика заболеваний органов пищеварения [Электронный ресурс]/ Власов П.В.— Электрон. текстовые данные. — М.: Видар-М, 2008. — 272 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/7364.html>. — ЭБС «IPRbooks».
6. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника: Руководство для врачей/- М.: Медицина, 1987. - 400 с.: ил.
7. 2016 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі=Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2016 году: Стат. жинақ. - Астана, 2017. - 356 б.-қазақша, орысша.
8. Аналитический материал расширенной коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Астана. 3 марта 2017 г.
9. Ронжин И.В., Пономарева Е.А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. – 2015. – № 23. – С. 375-379. – URL <https://moluch.ru/archive/103/23940>.
10. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации. Под ред. В.Т. Ивашкина. 2-изд, испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
11. Лучевая диагностика: Учебник Т.І/под ре. Труфанова Г.Е. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. – 416.: ил.
12. Учебник. 6-е изд., перераб и доп. 2012. 768 с.: ил. Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. Внутренние болезни. Учебник в 2-х томах. М.: Гэотар-медиа, 2013.

СЕКЦИЯ 7.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗИНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА КОРРЕКЦИЮ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ВЫЗВАННЫХ СОЕДИНЕНИЯМИ КАДМИЯ

Засорин Борис Викторович

*профессор, д-р мед. наук,
Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Завалённая Оксана Владимировна

*ст. науч. сотр., Научно-практический центр
Западно-Казахстанского государственного
медицинского университета имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Урекешов Бактыберген Садыкович

*доцент, канд. мед. наук,
Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Булыгина Дарья Александровна

*студент, Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Асанов Куатбек Абдуашимович

*студент, Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Галата Илья Васильевич

*студент, Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

Тажиббаева Асем Аскаровна

*студент, Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе*

С ростом численности населения областного центра идёт рост количества автомобильного транспорта. Известно, что выхлопные газы автомобилей содержат очень большое количество ядовитых и вредных веществ, включая органические соединения и соединения тяжелых металлов, в том числе кадмия. Кадмий вызывает повреждение почечных канальцев путем накопления в них металлотионеинов, изменяя гомеостаз и опосредованно нарушая костную систему, эмаль зубов. В исследованиях доказано влияние кадмия на репродуктивную систему человека, в особенности на сперматогенез. Именно поэтому изучению этой темы важно в глобальном и национальном масштабе.

Цель исследования: Оценить эффективность применения мультипотентных мезинхимальных стволовых клеток трупного костного мозга для коррекции последствий хронического отравления кадмием на сперматогенез у животных.

Эксперимент проведен на 40 белых беспородных крыс-самцах в возрасте 4 месяца, массой 200-250 гр - для хронической интоксикации кадмием, 15 белых беспородных крыс-самцов в возрасте 4 месяца, массой 200-300 гр. – для интактного контроля, 5 белых беспородных крыс в возрасте 3 месяца для получения аллогенных мультипотентных мезинхимальных стромальных клеток (ММСК).

Крысы-самцы с моделью хронической интоксикацией кадмием, воспроизведенной путём ежедневного, 1 раз в сутки, внутрибрюшинного введения раствора кадмия из расчета 0,5 мг/кг массы животного.

Модель хронической интоксикации кадмием воспроизводили у 40 крыс путем внутрибрюшинного введения, на протяжении 60 дней, раствора сульфата кадмия из расчета 0,5 мг/кг (в перерасчете на металл).

После затравки животные были разделены на две группы: опытная, получавшая клеточную терапию, и контрольную. Аллогенные мультипотентные мезинхимальные стромальные клетки (ММСК) выделялись из бедренной кости 5 крыс в возрасте 3 месяца, забитых под эфирным наркозом методом декапитации и находившихся при температуре 0°C в течение 7 дней. Забор костного мозга осуществлялся в соответствии

со стандартными операционными процедурами. Выделенные клетки культивировались в условиях *in vitro* до шестого пассажа, иммунофенотипировались и использовались в эксперименте. Введение ММСК животным опытной группы осуществлялось внутривбрюшинно, в объёме 1,0 мл с концентрацией стромальных клеток 2×10^6 кл/мл. Для оценки функционального состояния семенников определяли концентрацию, подвижность и морфологию сперматозоидов, полученных из хвостовой части эпидидимиса по методике Е.Х. Миловановой в модификации Г.И. Егоровой. Учёт результатов осуществляли через 15, 30 и 120 дней после введения ММСК. Интактным контролем служили 15 животных.

Полученные результаты по оценке концентрации сперматозоидов у животных с хронической интоксикацией кадмием после введения ММСК представлены на рисунке 1.

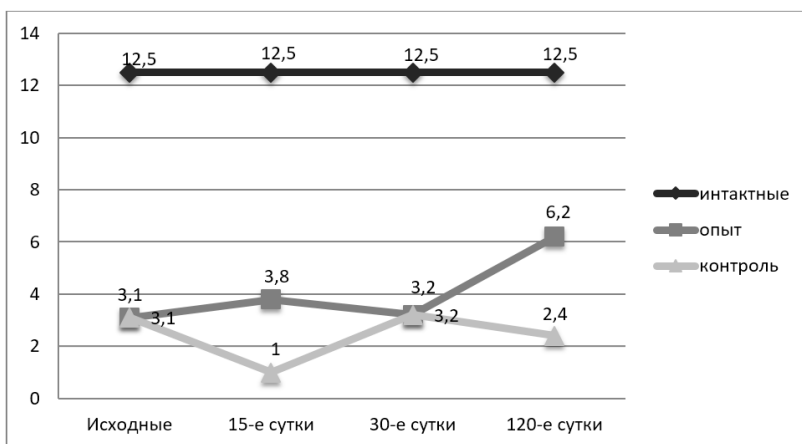


Рисунок 1. Динамика изменения концентрации сперматозоидов при хронической интоксикации кадмием (млн/мл)

Как видно из приведенных на рисунке данных, в ранние сроки (до 30 дней) после введения ММСК достоверных изменений концентрации сперматозоидов в исследуемых группах не произошло. Количество спермиев в опытной и контрольной группах находилось на уровне в 3 раза меньше, чем у интактных животных.

В отдалённые сроки (120 дней) после введения клеток данный показатель повышается, но остается на половину меньше по сравнению с интактными животными ($6,2 \pm 0,4$ и $12,5 \pm 1,3 \cdot 10^6$ мл). В контрольных группах количество сперматозоидов оставалось на начальном уровне.

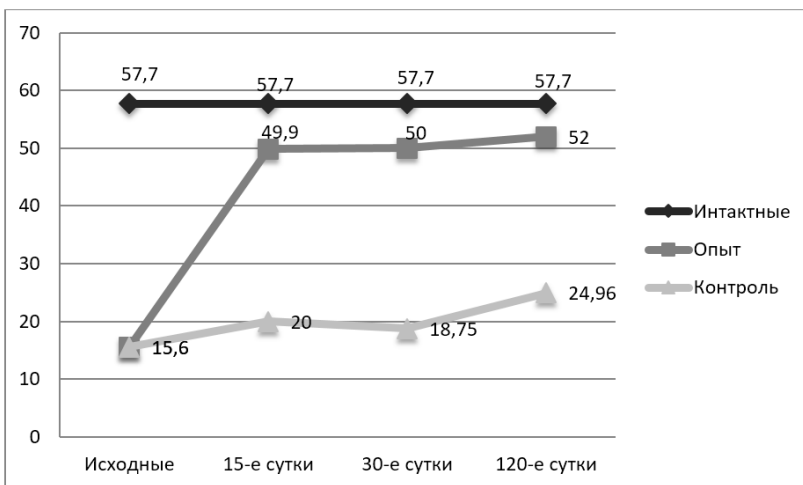


Рисунок 2. Динамика изменения процента подвижных сперматозоидов при хронической интоксикации кадмием

Приступая к изучению процента подвижных сперматозоидов, было установлено, что через 15 дней после введения клеток, в опытной группе процент подвижных сперматозоидов достоверно повышается и отличается от показателя контрольной группы ($49,9\% \pm 1,2$ и $20\% \pm 2,6$ – $p < 0,05$), замечается восстановление подвижных сперматозоидов в 3 раза и приближение к величине интактных животных за 15 дней. Результат сохраняется и через 120 дней после введения ММСК.

Следует отметить, что в контрольных группах наблюдается тенденция к увеличению процента подвижных сперматозоидов, однако достоверного прироста не наблюдается.

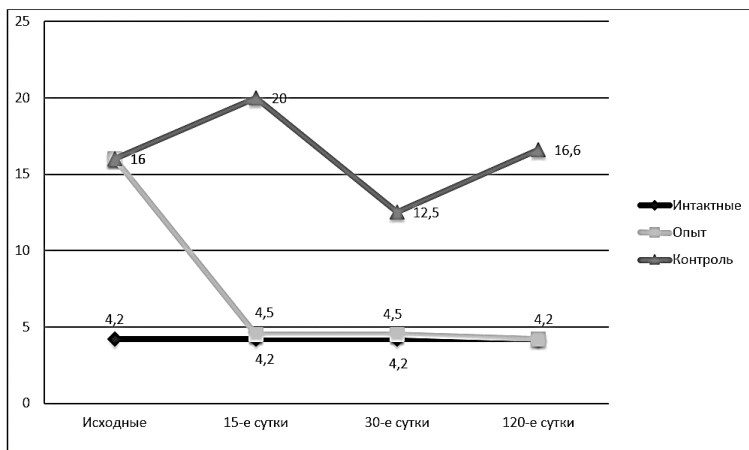


Рисунок 3. Динамика изменения процента патологических форм сперматозоидов при хронической интоксикации кадмием

Изучая процент патологических форм сперматозоидов выявлено, что через 15 дней, после введения ММСК, у животных опытной группы в эксперимент, процент патологических форм снижается до показателей интактных животных и достоверно отличается от исходных данных, так и от показателей контрольной группы. Полученный результат стабильно сохраняется через 120 дней после введения ММСК.

Обсуждение полученных данных. После применения ММСК позитивный эффект восстановления концентрации сперматозоидов наблюдается уже на 30 сутки и продолжает расти к 120 суткам, но остается в два раза ниже, по сравнению с интактными. Восстановление процента подвижных сперматозоидов и уменьшение процента патологических форм до значений интактной группы происходит за более короткое время к 15 суткам и сохраняется до конца эксперимента.

Результаты проведенных исследований позволяет утверждать, что ММСК, полученные из трупного костного мозга могут быть использованы для коррекции нарушений функционального состояния сперматогенеза при экспериментальных моделях интоксикацией кадмием.

Список литературы:

1. Тунгушбаева З.Б., Кулжанова Д.К. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ КРЫС ПРИ КАДМИЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ ТАГАНСОРБЕНТОМ // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 3. – С. 199-200;

2. Bonde JP1. Occupational causes of male infertility. //Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2013 Jun; 20(3):234-9.
3. Аполихин О.И., Камалов А.А., Сухих Г.Т., В.А. Ефремов. Ксенотрансплантация обогащенных клеточных культур различных видов при экспериментальном лечении infertility. // Материалы Международного Конгресса по андрологии. Сочи, Дагомыс. – 2009. С. 15-16.
4. Засорин Б.В., Курмангалиев О.М., Насиров И.Н., Гебель В.В. Оценка эффективности применения мультипотентных мезенхимальных клеток костного мозга для коррекции нарушений функции почек при остром отравлении. // Морфологические ведомости, 2013, № 3, С. 43-45.
5. Курмангалиев О.М., Засорин Б.В., Ермешев Е.М. Применение клеточных культур при экспериментальном лечении infertility токсической природы. // Медицина и экология – 2013, № 1 (66) Ю – С. 155-156.

СЕКЦИЯ 8.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ

Авезова Гулойим Саттаровна

*канд. мед. наук, доцент Школы Общественного здравоохранения,
Ташкентская медицинская академия,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Хайитбоева Нодира Абдувахидовна

*старший преподаватель
Сергелинского медицинского колледжа,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

CONGENITAL ANOMALIES IN CHILDREN

Guloyim Avezova

*PhD, associate professor of the School of Public Health,
Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Nodira Hayitboeva

*teacher of nursing work at Sergeli Medical College,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. В Статье приведен обзор наиболее значимых факторов риска врожденных аномалий, такие как медико-социальных, экологических и гигиенических. Региональные особенности территории в значительной мере определяют закономерности формирования, показатели частоты и структуры врожденных пороков развития, и должны учитываться при организации и проведении мониторинговых исследований и разработке управленческих решений.

Abstract. The article provides an overview of the most significant risk factors for congenital anomalies, such as medico-social, environmental and hygiene. Regional features of the territory to a large extent determine the patterns of formation, the frequency and structure of the congenital anomalies, and should be taken into account when organizing and conducting monitoring studies and developing management decisions.

Ключевые слова: Врожденные аномалии, распространенность, факторы риска

Keywords: Congenital anomalies, dissemination, risk factors

Пороки развития — аномалии развития, совокупность отклонений от нормального строения организма, возникающих в процессе внутриутробного или, реже, послеродового развития. Их следует отличать от крайних вариантов нормы. Пороки развития возникают под действием разнообразных внутренних (наследственность, гормональные нарушения, биологическая неполноценность половых клеток и др.) и внешних (ионизирующее облучение, вирусная инфекция, недостаток кислорода, воздействие некоторых химических веществ, амниотические перетяжки и т. д.) факторов. Со второй половины XX века отмечается значительное учащение пороков развития, особенно в развитых странах.

Врожденные пороки развития представляют одну из актуальных проблем здравоохранения и государства в целом, так как занимают значительный удельный вес в структуре причин младенческой смертности, детской инвалидности и относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей [4, 5, 19]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно рождается более трех миллионов детей с врожденной патологией, из которых 270 тысяч обуславливают перинатальную смертность [11].

Правительством Республики Узбекистан уделяется большое внимание решению проблемы сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения, снижения младенческой смертности, улучшения демографической ситуации: разработаны программы «Здоровая мать – здоровый ребенок». Согласно Постановлению Кабинета Министров РУз № 140 от 01.04.1998 г. «О создании Государственной системы раннего выявления врожденной и другой патологии у новорожденных и беременных женщин для предупреждения рождения инвалидов с детства – «Скрининг матери и ребенка» и Приказа министерства здравоохранения РУз № 334/117 от 07.07.1998 г. «О дальнейшем развитии медико-генетической службы

в Республике Узбекистан» при содействии Международного Неправительственного Благотворительного Фонда «Соглом авлод учун» с 1998 года в Республике Узбекистан осуществляется комплекс мероприятий по реализации Государственной Программы «Скрининг матери и ребёнка», направленных на предупреждение развития у детей с наследственными заболеваниями умственной отсталости, а также обследование беременных женщин с целью выявления врождённых пороков развития плода. С 2003-2007 гг. в республике был реализован второй этап Государственной программы «Скрининг матери и ребенка», принятой Постановлением Кабинета Министров РУз № 242 от 05.07.2002 г. «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождения и воспитания здорового поколения». По итогам деятельности скрининг центров республики за период с 1998-2007 гг., а также реализации мер, направленных на формирование здоровой семьи и укрепление здоровья женщин и детей, Президентом Республики Узбекистан принято Постановление № 892 от 18.06.2008 г. «О Государственной программе раннего выявления врождённых и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства на период 2008-2012 гг.». Организационно структура скрининг центров состоит из Республиканского скрининг центра (г. Ташкент) и 10 областных (гг. Самарканд, Бухара, Фергана, Андижан, Нукус, Наманган, Карши, Термез, Навои, Ургенч), охватывающих скрининговыми исследованиями новорожденных и беременных женщин по всей республике. В 2010 году дополнительно открыт 2 региональных скрининг центров в Джизакской и Сырдарьинской областях для повышения охвата скрининговыми исследованиями данных регионов. В результате за последние лет количество детей, рожденных с аномалиями развития, уменьшилось в 1,3 раза. Принят Постановление Президента Республики Узбекистан 1 августа 2014 года № ПП-2221 «О Государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014 — 2018 годы». Вместе с тем требуется дальнейшее усиление комплексных профилактических и лечебно-диагностических мер по предупреждению врожденных и наследственных заболеваний, совершенствованию системы патронажа здоровья матерей и детей, особенно в сельской местности.

Причины возникновения ВПР многообразны, трудно выявляемы и могут быть обусловлены генетическими, инфекционными, экологическими факторами или иметь многофакторную природу [1, с. 56-57; 2, с. 19]. Среди них многие авторы выделяют хромосомные мутации – до 20 %, тератогенное воздействие внешней среды – 10 %, более 50 % относят

к мультифакторному происхождению – совместному действию экзогенных и наследственных факторов, включающих медико-социальные и медико-биологические. Исследования, выполненные под руководством академика Э.К. Айламазяна, свидетельствуют об особой чувствительности репродуктивной системы женского организма к воздействию неблагоприятных факторов различной природы. Наиболее важным аспектом формирования ВПР сегодня принято считать время начала и интенсивность воздействия, а не сам фактор. Пороки развития могут возникать в любой фазе развития эмбриона, при этом поражение будет тем тяжелее, чем раньше произойдет воздействие тератогенного фактора [3, с. 1-11; 5, с. 4-10]. Учитывая региональные особенности формирования техногенной нагрузки на окружающую среду, обусловленные развитием приоритетных отраслей промышленности, становится особенно важным установление причинно-следственных связей и закономерностей развития ВПР в конкретных временных и пространственных условиях. Современное развитие промышленности, транспорта увеличивает антропогенную нагрузку, снижающую резервы здоровья человека на индивидуальном (молекулярном и хромосомном) и популяционном уровнях, способствующую росту наследственных и врожденных болезней. При этом самым чувствительным к негативному влиянию оказывается генетический аппарат клеток организма, находящихся в стадиях деления и дифференцировки [4, с. 156; 6, с. 596-599].

Таким образом, обобщение исследований свидетельствует о многофакторной обусловленности причин и условий возникновения врожденных пороков развития, их высокой медико-социальной значимости. Однако, требуют дальнейшего изучения и оценки причинно-следственные связи в конкретных условиях, которые расширяют представления о региональных особенностях формирования ВПР.

Список литературы:

1. Ибрагимов А.Ю., Асадов Д.А., Менликулов П.Р. Основные направления реформирования здравоохранения в республике Узбекистан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины \ – М., 2012. - С. 56-57
2. Баранов А.А. Концепция государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации / – М., 2009. – 19 с.
3. Андреева М.В., Фетисова Е.С., Андреев В.А. Медицинские, демографические, социальные показатели и особенности системы воспроизводства женского населения в условиях малых городов юга России // Здоровье семьи – 21 век. – 2013. – № 2. – С. 1–11.

4. Баранов В.С., Кузнецова Т.В., Кашеева Т.К. Современные алгоритмы и новые возможности пренатальной диагностики наследственных и врождённых заболеваний: метод. рекомендации / В.С. Баранов, – СПб. : Изд-во Н-Л., 2013. – 156 с.
5. Дегтярев Ю.Г. Факторы риска в возникновении врожденных пороков развития // Медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 4–10.
6. Dolk H. Evaluation of the impact of Chernobyl on the prevalence of congenital anomalies in 16 regions of Europe / H. Dolk, R. Nichols // Int.J. Epidemiol. – 2000. – Vol. 29, № 3. – P. 596–599.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ Г. БЕЛЕБЕЙ ЗА ПЕРИОД С 2011-2015 Г.

Киньябулатов Азат Уранович

*канд. мед. наук, доцент,
Башкирский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Уфа*

Карпова Екатерина Сергеевна

*студент,
Башкирский Государственный Медицинский Университет, РФ, г.
Уфа*

Борисов Артем Вячеславович

*студент,
Башкирский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Уфа*

Гимадова Эльвина Айдаровна

*студент,
Башкирский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Уфа*

Карпов Александр Сергеевич

*студент,
Башкирский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Уфа*

Сохранение и укрепление здоровья населения являются одним из приоритетных направлений государственной политике [1]. Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий. Можно сказать, что это интегральный показатель качества жизни в объективных ее проявлениях [2]. Болезни органов дыхания представляют собой одну из актуальных проблем современной медицины, что связано с их распространенностью, существенным влиянием на качество жизни и социальное функционирование человека [3].

Актуальность: По данным ВОЗ, которые были опубликованы в январе 2017 г, из 56,4 млн. случаев смерти во всем мире в 2015 г. более половины (54 %) 10 причинами, среди которых упоминаются заболевания дыхательной системы. Так от хронической обструктивной болезни легких в 2015 г. умерли 3,2 млн. человек (10,5 %), а от рака легких (наряду с раком трахеи и бронхов) – 1,7 млн (5,5 %) человек. Инфекции нижних дыхательных путей остаются самой смертоносной инфекционной болезнью, от которой в 2015 г. в мире умерли 3,2 млн. человек (10,5 %). От туберкулеза за этот период умерло меньше людей, однако он по-прежнему относится к числу 10 ведущих причин смерти, унеся 1,4 млн. человеческих жизней (4,6 %).

Ключевые слова: динамика, структура заболеваемости.

Цель исследования: определение эпидемиологически значимой патологии.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Центральной районной больницы г. Белебей (ЦРБ г. Белебей), в состав которой входят 2 взрослые поликлиники, 23 отделения многопрофильного стационара круглосуточного пребывания на 667 коек, 25 коек дневного стационара.

Для изучения состояния общей заболеваемости населения города Белебей за период с 2011 по 2015 годы были проанализированы отчетные статистические формы: сведения о числе заболевших, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения. Население города Белебей в периоды с 2011-2014 гг.- 59829 человек; в 2015 г.- 59430 человек. Возраст пациентов старше 18 лет.



Рисунок 2. Структура заболеваемости по классам болезней в городе Белебей за 2015 г.

В структуре заболеваемости за период 2015 г. (Рис. 2) лидирующие позиции у болезней дыхательной системы, что составило 35 %. Также неизменными остаются позиции у травм, второе место (15 %) и болезни кожи и подкожной клетчатки (10 %) третье место. Однако, на четвертом месте- болезни системы кровообращения (9 %), а болезни пищеварительной системы (8 %) на пятом месте. На шестом болезни мочеполовой системы (7 %). На долю остальных болезней (костно-мышечной системы, инфекционные, болезни нервной системы, эндокринные и психические расстройства) пришлось 16 %.

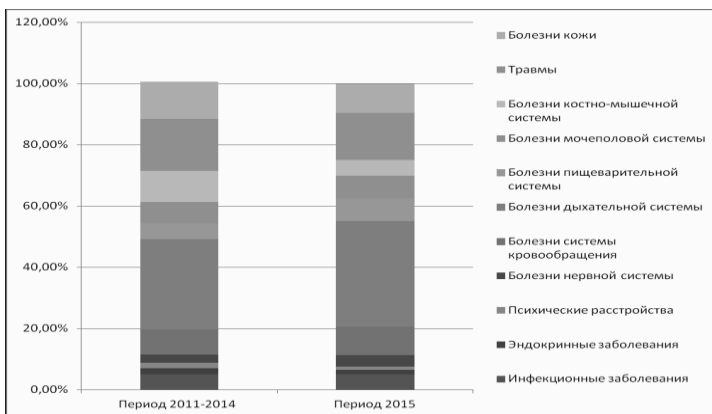


Рисунок 3. Сравнение структуры заболеваемости по классам болезней в городе Белебей за периоды 2011-2014 и 2015 г.

При анализе структуры заболеваемости в городе Белебей за 2011-2014 гг. и 2015 г. (Рис. 3) наблюдается тенденция к росту удельного веса следующих классов болезней: болезни дыхательной системы (было 29 %, стало 35 %), болезни системы кровообращения (с 8 % до 9 %) и болезни пищеварительной системы (с 5 % до 8 %). Отмечено снижение заболеваемости по следующим классам заболеваний: некоторое снижение удельного веса болезней кожи и подкожной клетчатки (было 12 % стало 10 %), болезней костно-мышечной системы (с 10 % до 5 %) и травм (было 17 % стало 15 %).

С целью раннего выявления заболеваний среди различных групп взрослого населения проводятся лечебно-профилактические мероприятия: диспансеризация, гигиеническое обучение и воспитание населения, пропаганда здорового образа жизни.

Вывод:

1. В структуре заболеваемости в городе Белебей за 2011-2014 гг. и 2015 г. среди взрослого населения лидируют следующие классы болезней: болезни дыхательной системы, болезни системы кровообращения, болезни пищеварительной системы.

2. В структуре заболеваемости в городе Белебей за 2011-2014 гг. и 2015 г. среди взрослого населения отмечено снижение по классам болезней: болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни костно-мышечной системы, и уменьшение количества полученных травм.

3. Основным направлением по снижению заболеваемости взрослого населения должно стать усиление профилактической и медико-социальной работы в ЦРБ г. Белебей.

Список литературы:

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) <О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года> (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года") [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru> (Дата обращения: 24.01.2018).
2. Шабунова А.А. Здоровье населения в России. Состояние и динамика. Вологда, 2010 г.
3. Трухан Д.И., Викторова И.А. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний органов дыхания. Учебное пособие. ООО «Издательство „СпецЛит“», 2013.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Мирпайзиева Мутабар Абдуганиевна
ассистент кафедры Сестринское дело,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Джураева Нилуфар Курванкуловна
ассистент кафедры Сестринское дело,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Байбекова Венера Фаридовна
ассистент кафедры Сестринское дело,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

PROBLEMS AND PROSPECTS IN THE TRAINING OF NURSES

Mutabar Mirpayzieva
assistant of the department Nursing, Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent

Nilufar Djuraeva

*assistant of the department Nursing, Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Venera Baibekova

*assistant of the department Nursing, Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. История развития сестринского дела свидетельствует об интеграции высшего медицинского учреждения и медицинских училищ. Многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела создает преемственность знаний и навыков в соответствии с уровнем обучения. Система последиplomного обучения медицинских сестер наполняет новым смыслом содержание профессии. Изучены профессиональный уровень и качества подготовки медицинских сестер, возможность реализации и повышения своего образования.

Abstract. The history of nursing development testifies to the integration of the higher medical institution and medical schools. A multilevel system of training nurses creates continuity of knowledge and skills in accordance with the level of training. The system of postgraduate education of nurses fills the content of the profession with a new meaning. The professional level and quality of training nurses, the opportunity to implement and improve their education are studied.

Ключевые слова: подготовка медицинских сестер, медицинский колледж, последиplomное обучение.

Keywords: preparation of nurses, medical college, postgraduate education.

В течение последних десятилетий во всем цивилизованном мире медицина перешла в новое состояние. Главной задачей в современных условиях реформирования здравоохранения в Узбекистане является подготовка компетентных специалистов, которые способны применять свои знания на практике, постоянно совершенствоваться на протяжении всей профессиональной деятельности [1, с. 206]. Перспектива развития здравоохранения в значительной мере зависит от профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров, главного ресурса здравоохранения, без которого невозможно реформирование [3, с. 63-91].

Работники со средним медицинским образованием представляют наиболее большую группу медицинских кадров. Одновременно существует дефицит высококвалифицированных медицинских сестер [2, с. 57-60].

Целью нашего исследования явилась изучение профессионального уровня и качества подготовки медицинских сестер, возможность реализации и повышения своего образования, а так же изучение проблемы оттока из профессии.

Материалы и методы исследования: основным методом послужило анонимное анкетирование. Группы обследованных составили 100 выпускников медсестринского колледжа. Среди опрошенных выпускников преобладали девушки (76 %). Средний возраст респондентов составил 17 лет.

Результаты исследования. Во время опроса только 30 выпускников определились с местом работы. Из числа опрошенных студентов 50 % не собираются работать медицине. Учиться другой специальности хотят 3 % выпускников. Есть и такие, интересуется стоматология 33 % и хирургия 22 %, остальные области медицины менее популярны у выпускников. Только 25 % выпускников считают выбранную профессию своей мечтой и 14 % возможность помогать людям. У 30 % на выбор профессии повлияли родители (бабушки, сестры и т. п.), а ещё 30 % посчитали, что это проще всего. Сестринское дело считают своим призванием только 5 %, а 67 % опрошиваемых, считают это вынужденным положением. Самой главной причиной, которая повлияет на то, что выпускники уйдут из медицины, это низкая заработная плата – 60 %.

Выпускников не пугает большая физическая нагрузка (5 %), ни физический дискомфорт (2 %), ни разочарование в людях (1 %). Разочарование в профессии станет причиной ухода из медицины только у 10 %.

Хотели бы продолжить свое обучение по специальности «Сестринское дело» в ВУЗе только 55 % человек. Оценить свои знания полученные в колледже не могут 38 % студентов, только 26 % из них владеют и теорией и практикой, а вот 45 % не получили достаточных знаний для дальнейшей работы.

С новым технологиями, внедряемыми в медицину, знакомили студентов во время учебы иногда (76 %). Доступ к новым учебникам, медицинским журналам и другой современной литературе у студентов был ограниченный 46 %.

Во время учебы в колледже только 9 % студентов участвовало в научных разработках, конференциях, исследованиях, 30 % выпускникам этого не предлагали и 5 % считают это не нужным.

Выпускники колледжа владеют компьютером очень хорошо 35 %, имеют определенные навыки 45 %.

Знание иностранных языков у студентов на не высоком уровне, свободно общаться могут только 8 %, читать и переводить со словарем могут 20 %. Из иностранных языков у студентов преобладает английский.

Выпускники медицинского колледжа считают, что международный опыт улучшит качество образования медицинских сестер и соответственно поднимет качество сестринской помощи (77 %).

Сотрудничество медицинских образовательных учреждений с медицинскими обществами и ассоциациями необходимы, так думают 72 % выпускников.

Таким образом, наше исследование показало, что выпускники медицинского колледжа, не защищены в социальном и экономическом плане, что их будущее не однозначно, и они уходят искать в другие области больше выгоды.

Выпускники средних образовательных медицинских учреждений не способны совместить теорию и практику, недостаточно подготовлены для использования новых технологий, не занимаются наукой. Выбор профессии у студентов был продиктован не их желанием, а обстоятельствами, что и приводит к снижению заинтересованности как к учебе так и к будущей профессии.

Реформирование здравоохранения должно начинаться со студентов медиков, так как только компетентные специалисты, любящие свою работу способны к переменам.

Список литературы:

1. Akhmedov M., Azimov R., Bernd R., Health systems: the time of change. Uzbekistan - health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. – 206 p.
2. Губарь Л.М., Смирнова Г.Д., Коваленко Л.А. // Медицинская сестра на рубеже XXI века: Сб. науч. работ. — Гродно, 2002. — С.57-60.
3. Менликулов П.Р., Маматкулов Б.М. Итоговый отчет по оптимизации планирования и управления кадровым потенциалом системы здравоохранения, Минздрав РУз, Международная ассоциация развития, 2007. – с. 63-91.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА И ОБРАЗА ЖИЗНИ

Устинова Ольга Ивановна

*врач терапевт физкультурно-оздоровительного центра
ООО «Практикум здоровья Устиновой О.И.»,
РФ, г. Самара*

Аннотация. В последние годы изучаются различия в состоянии здоровья людей с разным социально-экономическим статусом. Однако остается неисследованным влияние социально-экономического статуса и образа жизни на здоровье практически здорового городского населения. Практически здоровое население играет наиболее значимую социально-экономическую роль в создании материальных возможностей государства. Проведено проспективное исследование изменения состояния здоровья интервьюированием 665 чел. в 2017 г. из обследованных в 2012 г. 997 лиц практически здорового городского населения. Выявлено, что максимальным уровнем здоровья отличаются, прежде всего, лица, регулярно занимающиеся поддержанием своего здоровья независимо от гендерной группы и социального статуса.

Ключевые слова: социально-гигиеническое исследования, социально-экономический статус, образ жизни, влияние социально-гигиенических факторов на состояние здоровья практически здорового городского населения.

Вопрос изучения различий в состоянии здоровья людей с разным социально-экономическим статусом интересен ученым разных стран [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Все больше данных [1, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13] о влиянии уровня образования, социальных отношений, социально-экономического статуса на состояние здоровья населения. Однако исследования на эту тему малочисленны, а полученные результаты противоречивы. Остается неисследованным влияние социально-экономического статуса и образа жизни на здоровье практически здорового населения. Практически здоровый человек – это человек с субъективным отсутствием жалоб на недомогание, объективно *проявляющий высокую трудоспособность*; у него не исключены структурно-функциональные изменения органов и систем, но компенсаторно-приспособительные механизмы обеспечивают нормальную жизнедеятельность во всем диапазоне бытия человека” [14, 15].

Практически здоровое население играет наиболее значимую социально-экономическую роль в создании материальных возможностей государства. Поэтому исследование, с результатами которого знакомит данная работа, представляет собой попытку изучить влияние образа жизни и социальных условий на здоровье практически здорового городского населения. Цель исследования: выявить связь между отношением к здоровому образу жизни (регулярностью занятий своим здоровьем, частотой табакокурения, частотой употребления алкоголя), социально-экономическим статусом (состояние образования, социальным, семейным и материальным положением) и уровнем здоровья практически здорового городского населения.

Материал и методы исследования: проспективным исследованием последовательно решались следующие задачи:

1. Отобрана информационная основа исследования. Ею является выборка из 997 практически здоровых лиц наиболее социально значимого возраста от 20 до 69 лет, прошедших исследование состояния здоровья в 2012 году («Практикум здоровья Устиновой О.И.», Самара). Для подтверждения вхождения в группу практически здоровых людей, мы исключили лиц, не сумевших пройти пробу Руфье (30 приседаний за 1 минуту). Произведен расчет минимально необходимой статистической мощности выборки: $n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}$, где n - число наблюдений; t - доверительный интервал, при вероятности безошибочного прогноза в 95% CI, равен 2; p, q - показатели в процентах, равные 50 и 50%; Δ - максимально допустимая ошибка в %, не превышает 5% [16]. Таким образом, минимальное количество наблюдений $n = 400$. Полное законченное проспективное исследование прошли 665 чел. (95% CI, $p < 0,03$) из 997 исследованных в 2012 г.

2. Спустя 5 лет (2017 г) проведено повторное интервьюирование состояния здоровья ранее обследованных лиц по анкете (Белов В.Б., 1999 г.). Из них доступными для опроса оказались 665 чел. (31,9% оказались по разным причинам недоступны).

3. С помощью метода сравнительного анализа проведена оценка влияния образа жизни и социальных условий на изменение состояния здоровья практически здорового городского населения. В качестве показателя использована самооценка здоровья (по пятибалльной шкале) и нездоровья (1 балл – одна жалоба на нездоровье при опросе респондента по анкете).

Результаты. Проведенное проспективное социально-гигиеническое исследование изменения состояния здоровья практически здорового городского населения в 2017 году, прошедшего диагностику состояния здоровья за 2012 год, выявило изменения состояния здоровья исследуемого контингента в зависимости от:

1. Образа жизни респондентов – регулярности занятий своим здоровьем (табл. 1, Рис. 1), частоты табакокурения (табл. 2, Рис. 2), частоты употребления алкоголя (табл. 3, Рис. 3);

2. Социально-экономического статуса – состоянии уровня образования (табл. 4, Рис. 4), социального (табл. 5, Рис. 5), семейного (табл. 6, Рис. 6) и материального положения (табл. 7, Рис. 7).

Обсуждение. *Изменение состояния здоровья в зависимости от образа жизни респондентов.*

1. Распределение респондентов по регулярности занятий своим здоровьем:

365 человек (54,9 %) – занимаются постоянно; 221 человек (33,2 %) – иногда; 79 человек (11,9 %) – не занимаются. Изменение здоровья и нездоровья представлены в Таблице 1. и на Рис. 1.

Таблица 1.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от регулярности занятий своим здоровьем

Забота о здоровье	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
Да	Мужчины	162	3,46	3,94	12,18	5,94
	Женщины	203	3,62	3,97	8,82	6,90
	Всего	365	3,55	3,96	10,35	6,48
Иногда	Мужчины	94	3,42	3,70	7,57	7,73
	Женщины	127	3,42	3,49	2,01	9,22
	Всего	221	3,42	3,58	4,47	8,58
Нет	Мужчины	23	3,39	3,56	4,78	8,11
	Женщины	56	3,44	3,21	-7,17	13,30
	Всего	79	3,43	3,31	-3,63	11,77

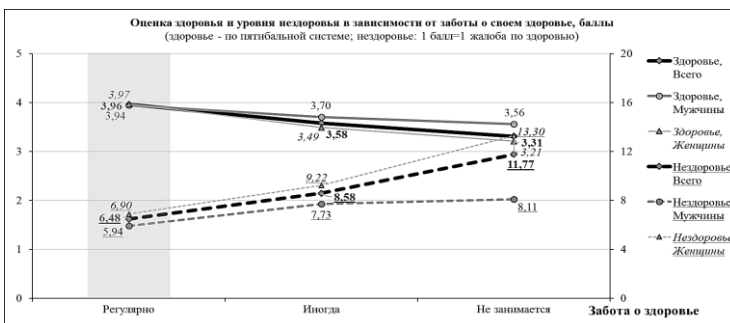


Рисунок 1. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от заботы о своем здоровье, 2017 г., баллы

Самое качественное состояние здоровья у лиц, системно и регулярно занимающихся своим здоровьем – за 5 лет здоровье мужчин улучшилось на 12,12 %, женщин на 8,82 %. Чем меньше индивидуум занимается здоровьем, тем оно хуже. Мужчины и женщины, не уделяющие внимания здоровью, утратили его на 3,63 %.

2. По частоте использования табакокурения респондентов:

58 человек (8,72 %) – ежедневно; 26 человек (3,91 %) – иногда; 115 человек (17,29 %) – бросили; 464 человека (70,08 %) – никогда не курили. Изменение здоровья и нездоровья представлены в табл 2 и на Рис. 2.

Таблица 2.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от табакокурения

Частота курения	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
1	2	3	4	5	6	7
Ежедневно	Мужчины	36	3,30	3,67	10,08	6,70
	Женщины	24	3,72	3,56	-4,49	8,11
	Всего	58	3,47	3,62	4,14	7,27
Иногда	Мужчины	7	3,50	4,17	16,07	6,83
	Женщины	19	3,80	3,93	3,31	4,27
	Всего	26	3,71	4,00	7,25	5,00

Окончание таблицы 2.

1	2	3	4	5	6	7
Бросил (а)	Мужчины	96	3,42	3,86	11,40	7,45
	Женщины	19	3,47	4,07	14,74	6,00
	Всего	115	3,43	3,90	12,05	7,20
Никогда	Мужчины	141	3,49	3,83	8,88	6,23
	Женщины	323	3,50	3,68	4,89	9,04
	Всего	464	3,50	3,72	5,91	8,19

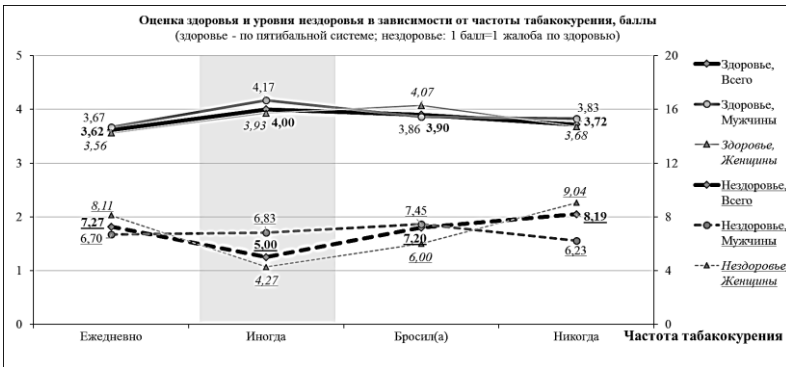


Рисунок 2. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от частоты табакокурения, 2017 г., баллы

Самый высокий уровень субъективной оценки состояния здоровья у курящих «иногда». «Никогда не курящие» располагают наиболее высоким уровнем нездоровья. Этот парадокс можно объяснить тем, что табачные яды являются допингами, психоактивными веществами [17, 18, 19] и полученные результаты иллюстрируют несколько неадекватную самооценку при их употреблении.

При этом важно отметить самое значительное нарастание уровня здоровья у отказавшихся от табакокурения респондентов: за 5 лет у мужчин улучшилось состояние здоровья на 11,4 %, у женщин - на 14,74 %.

3. По частоте употребления алкоголя респондентами:

4 человека (0,6 %) – ежедневно; 16 человек (2,3 %) – 3-4 раза в неделю; 111 человек (16,7 %) – по выходным и праздникам; 36 человек (5,4 %) – 1-2 раза в месяц; 272 человека (40,9 %) – иногда; 226 человек (34,0 %) – не употребляют алкоголь. Изменение здоровья и нездоровья представлены в табл. 3 и на Рис. 3.

Таблица 3.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от приема алкоголя

Частота употребления	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
Каждый день	Мужчины	4	4,00	4,00	0,00	6,67
	Женщины	-	-	-	-	-
	Всего	4	4,00	4,00	0,00	6,67
3-4 раза в неделю	Мужчины	10	3,38	4,00	15,50	9,00
	Женщины	5	3,50	4,50	22,22	4,25
	Всего	15	3,42	4,17	17,99	7,42
По выходным и праздникам	Мужчины	58	3,44	3,76	8,51	7,69
	Женщины	53	3,78	3,76	-0,53	8,71
	Всего	111	3,60	3,76	4,26	8,17
1-2 раза в месяц	Мужчины	23	3,35	3,94	14,97	5,82
	Женщины	15	3,55	3,91	9,21	6,91
	Всего	38	3,43	3,93	12,72	6,25
Иногда	Мужчины	118	3,49	3,73	6,43	6,92
	Женщины	153	3,60	3,71	2,96	8,67
	Всего	271	3,56	3,72	4,30	7,91
Не употребляю	Мужчины	67	3,35	4,00	16,25	5,48
	Женщины	159	3,38	3,64	7,14	8,75
	Всего	226	3,37	3,75	10,13	7,78

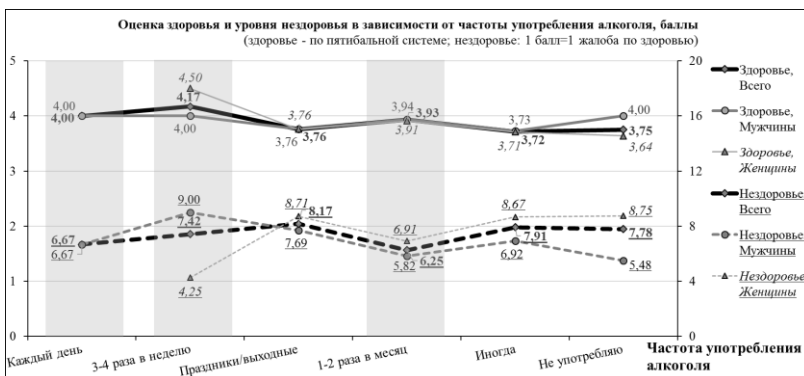


Рисунок 3. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от частоты употребления алкоголя, 2017 г., баллы

По оценкам респондентов, самое качественное состояние здоровья у лиц, употребляющих алкоголь 3-4 раза в неделю и ежедневно. Так как алкоголь является психоактивным веществом [17, 18, 19], то он способен даже при однократном применении изменять настроение, физическое состояние и самоощущение. Можно сделать вывод о неадекватности самооценки здоровья часто употребляющих алкоголь респондентов. При этом важно отметить достаточную достоверность проведенного интервьюирования – именно использование психоактивных веществ (табака и алкоголя) дает картину искусственного улучшения состояния здоровья при системном реальном отравлении организма. Здоровье фактически ухудшается, но человек этого не ощущает и не осознает.

Реально высоким качеством здоровья отличаются мужчины, не употребляющие алкоголь (здоровье – 4 балла, нездоровье – 5,48 баллов). Уровень их здоровья за 5 лет возрос на 16,25 %.

Изменение состояния здоровья в зависимости социально-экономического статуса респондентов.

4. По состоянию уровня образования респондентов:

27 человек (4,06 %) – имеют ученую степень; 509 человек (76,55 %) – высшее образование (магистр); 15 человек (2,25 %) – незаконченное высшее (бакалавр); 50 человек (7,53 %) – средне-специальное (колледж); 59 человек (8,88 %) – среднее и 4 человека (0,61 %) – начальное образование. Изменение здоровья и нездоровья представлены в табл. 4 и на Рис. 4.

Таблица 4.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от уровня образования

Уровень образования	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
Ученая степень	Мужчины	14	3,09	3,27	5,50	8,36
	Женщины	15	3,58	3,92	8,67	8,75
	Всего	27	3,35	3,61	7,20	8,57
Высшее	Мужчины	227	3,47	3,88	10,57	6,65
	Женщины	282	3,58	3,78	5,29	7,83
	Всего	509	3,53	3,82	7,59	7,30
Незаконченное высшее	Мужчины	7	3,60	3,80	5,26	6,00
	Женщины	8	3,50	3,17	-10,41	12,83
	Всего	15	3,55	3,45	-2,90	9,73
Средне-специальное	Мужчины	19	3,33	3,73	10,72	7,40
	Женщины	32	3,46	3,38	-2,37	11,46
	Всего	50	3,41	3,51	2,85	9,90
Среднее	Мужчины	10	3,38	3,63	6,89	6,00
	Женщины	49	3,29	3,50	6,00	10,39
	Всего	59	3,30	3,52	6,25	9,63
Начальное	Мужчины	4	4,19	4,80	12,71	4,80
	Женщины	-	-	-	-	-
	Всего	4	4,19	4,80	12,71	4,80

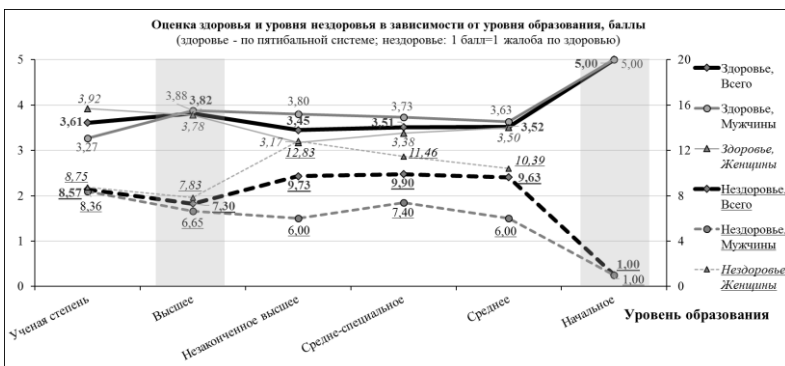


Рисунок 4. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от образования, 2017 г., баллы

Так как респондентов с начальным образованием мало, оценить адекватно справедливость выводов по их уровню здоровья и нездоровья не представляется возможным.

Самое качественное здоровье у лиц, имеющих высшее образование (здоровье – 3,82 балла, нездоровье - 7,30 балла). Уровень их здоровья за 5 лет возрос на 7,59 %.

5. Распределение респондентов по социальному положению:

131 человек (19,70 %) – работают в государственных организациях; 187 человек (28,12 %) – работают в негосударственных организациях; 98 человек (14,74 %) – ИП (владельцы малых предприятий); 72 человека (10,83 %) – работодатели (владельцы крупных предприятий); 8 человек (1,20 %) – безработные; 107 человек (16,09 %) – пенсионеры; 36 человек (5,41 %) – домохозяйки; 2 человека (0,30 %) – студенты; 24 человека (3,61 %) – указали «иное». Изменение здоровья и нездоровья представлены в табл. 5 и на Рис. 5.

Таблица 5.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от социального положения

Социальное положение	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
Работающие в государственной организации	Мужчины	54	3,26	3,76	13,30	7,50
	Женщины	77	3,42	3,55	3,66	10,97
	Всего	131	3,35	3,64	7,97	9,54
Работающие в негосударственной организации	Мужчины	65	3,50	3,94	11,17	6,54
	Женщины	122	3,66	3,80	3,68	7,14
	Всего	187	3,60	3,85	6,49	6,93
ИП	Мужчины	50	3,69	3,95	6,58	5,10
	Женщины	48	3,51	3,97	11,59	8,05
	Всего	98	3,61	3,96	8,84	6,54
Работодатели	Мужчины	67	3,42	3,83	10,70	7,69
	Женщины	5	4,00	4,00	0,00	8,50
	Всего	72	3,46	3,84	9,90	7,75
Безработные	Мужчины	6	3,20	4,20	23,81	5,00
	Женщины	2	3,00	4,00	25,00	14,00
	Всего	8	3,17	4,17	23,98	7,25
Пенсионеры	Мужчины	24	3,32	3,47	4,32	7,58
	Женщины	83	3,38	3,44	1,74	9,53
	Всего	107	3,36	3,45	2,61	9,08
Домохозяйки	Мужчины	-	-	-	-	-
	Женщины	36	3,57	3,93	9,16	7,14
	Всего	36	3,57	3,93	9,16	7,14
Студенты	Мужчины	-	-	-	-	-
	Женщины	2	4,00	3,00	-33,33	9,00
	Всего	2	4,00	3,00	-33,33	9,00
Иное	Мужчины	12	3,33	3,56	6,46	4,67
	Женщины	12	3,78	3,78	0,00	7,33
	Всего	24	3,56	3,67	3,00	6,00



Рисунок 5. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от социального положения, 2017 г., баллы

Самое качественное здоровье у индивидуальных предпринимателей (ИП), безработных и лиц, отнесших себя по социальному положению к разряду «иное». Поскольку в индивидуальных беседах выявлено, что практически здоровые городские респонденты, относящие себя к последним двум категориям (безработные и «иное»), чаще всего являются учредителями небольших предприятий, то их можно отнести к ИП. Таким образом, максимальным качеством здоровья располагают индивидуальные предприниматели (здоровье – 3,96 балла, нездоровье – 6,54 балла). Уровень их здоровья за 5 лет возрос на 8,84 %.

6. Распределение респондентов по семейному положению:

41 человек (6,2 %) – никогда не состояли в браке; 493 человека (74,1 %) – женаты/замужем; 16 человек (2,3 %) – в неофициальном браке; 85 человек (12,8 %) – разведены/живут отдельно; 30 человек (4,5 %) – вдовцы. Изменение здоровья и нездоровья представлены в табл. 6 и на Рис. 6.

Таблица 6.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от семейного положения

Семейное положение	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
В браке не состоял(а)	Мужчины	13	3,60	3,90	7,69	5,00
	Женщины	28	3,59	3,64	1,37	7,00
	Всего	41	3,59	3,72	3,49	6,38
Женат (замужем)	Мужчины	239	3,41	3,80	10,26	6,85
	Женщины	253	3,54	3,71	4,58	8,67
	Всего	492	3,48	3,76	7,45	7,78
Неофициальный брак	Мужчины	6	3,20	4,00	20,00	9,80
	Женщины	8	3,57	3,71	3,77	9,71
	Всего	14	3,42	3,83	10,70	9,75
Разведены (живут отдельно)	Мужчины	18	3,86	4,21	8,31	5,00
	Женщины	68	3,54	3,79	6,60	8,62
	Всего	86	3,61	3,88	6,96	7,85
Вдова (вдовец)	Мужчины	4	3,00	3,00	0,00	8,00
	Женщины	28	3,33	3,48	4,31	9,10
	Всего	32	3,30	3,43	3,79	9,00

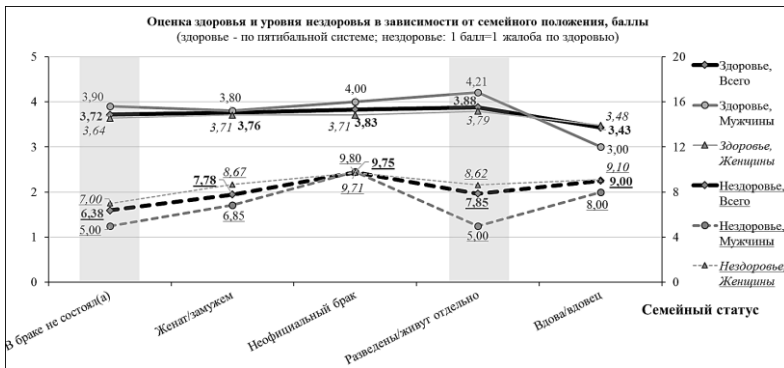


Рисунок 6. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от семейного положения, 2017 г., баллы

Самое качественное состояние здоровья у не состоявших в браке (здоровье – 3,72 балла, нездоровье – 6,38 балла) и разведенных респондентов (здоровье – 3,88 балла, нездоровье – 7,85 балла). Уровень их здоровья за 5 лет возрос на 3,49 % и 6,96 % соответственно.

Максимальным уровнем нездоровья (9,75 баллов) отличаются мужчины и женщины, проживающие в неофициальном браке.

7. По материальному положению респондентов:

126 человек (18,95 %) – хорошее; 138 человек (20,75 %) – выше среднего; 340 человек (51,13 %) – среднее; 52 человека (7,82 %) – ниже среднего; 9 человек (1,35 %) – плохое материальное положение. Изменение здоровья и нездоровья представлены в табл. 7 и на Рис. 7.

Таблица 7.

Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от материального положения

Материальное положение	Пол	Количество человек	Уровень оценки здоровья, баллы		Изменение уровня здоровья 2017/2012 гг., %	Уровень нездоровья (на январь 2017 г.), баллы.
			2012 г.	2017 г.		
Хорошее	Мужчины	45	3,51	3,74	6,15	5,46
	Женщины	81	3,49	3,83	8,88	7,83
	Всего	126	3,50	3,80	7,89	6,98
Выше среднего	Мужчины	79	3,27	3,87	15,50	7,34
	Женщины	59	3,50	4,07	14,00	8,36
	Всего	138	3,37	3,95	14,68	7,78
Среднее	Мужчины	141	3,50	3,83	8,62	6,77
	Женщины	199	3,59	3,66	1,91	8,75
	Всего	340	3,56	3,73	4,56	7,93
Ниже среднего	Мужчины	13	3,50	3,80	7,89	6,80
	Женщины	39	3,27	3,53	7,37	10,70
	Всего	52	3,33	3,60	7,50	9,73
Плохое	Мужчины	-	-	-	-	-
	Женщины	9	3,86	2,14	-80,37	16,86
	Всего	9	3,86	2,14	-80,37	16,86

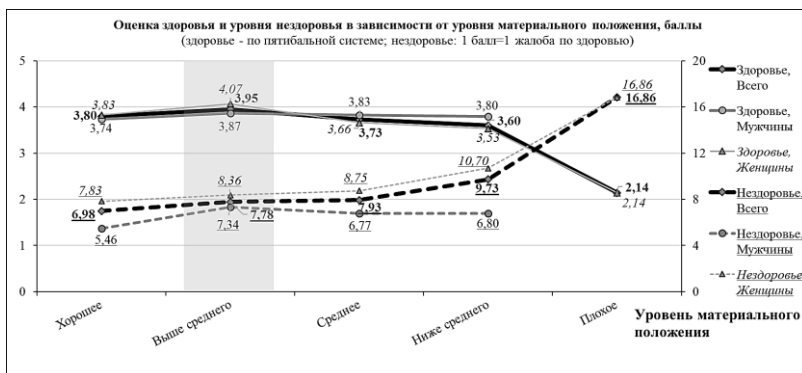


Рисунок 7. Уровень здоровья и нездоровья респондентов в зависимости от материального положения, 2017 г., баллы

Самым качественным здоровьем располагает население, имеющее материальное положение выше среднего (здоровье – 3,95 балла, нездоровье – 7,78 балла). Уровень их здоровья за 5 лет возрос на 14,68 %.

Чем хуже уровень материального положения, тем хуже качество здоровья.

Вывод: максимальным уровнем здоровья отличаются, прежде всего, практически здоровые лица, регулярно занимающиеся поддержанием своего здоровья (здоровье – 3,93 баллов и нездоровье – 6,48 баллов), независимо от гендерной группы и социального статуса. Уровень их здоровья за 5 лет вырос на 10,35 %. Реально высоким здоровьем (здоровье – 4,0 балла и нездоровье – 5,48 баллов) отличаются мужчины, вообще не употребляющие алкоголь. Уровень их здоровья за 5 лет возрос на 16,25 %

Автор выражает благодарность за высокоинтеллектуальную техническую поддержку Калугиной Н.Б.

Список литературы:

1. Бабаян И.В., Пашинина Е.И. Социальное благополучие современной молодежи (вторичный анализ данных всероссийских опросов) // Актуальные проблемы экономики и менеджмента. – 2016. - № 1. – С. 121-132.
2. Смазнов В.Ю., Акимов А.М. Уровень образования мужчин трудоспособного возраста и их отношение к своему здоровью в открытой популяции // Профилактика 2015. Научно-практическая конференция с международным участием. Сер. "Кардиоваскулярная терапия и профилактика; Специальный выпуск". Российское кардиологическое общество. – М.: ООО «Силица-Полиграф», 2015. – С. 7б-8а.

3. Белов В.Б. Уровень образования и самооценка здоровья населением // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - № 1. – С. 14-19.
4. Бриттов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д., Мирошник Е.В., Фишман Б.Б., Сибирева В.В. и др. Социально-психологические аспекты в формировании «нездоровья» населения (результаты популяционного многоцентрового исследования) // CARDIOCOMАТИКА. – 2001. - № 1. – С. 15-16.
5. Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С. Роль индивидуальной образованности в формировании приверженности населения к контролю факторов риска социально значимых неинфекционных заболеваний // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. - № 4. – С. 54-58.
6. Кислицына О.А., Ферландер С. Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. - № 4. – С. 81-84.
7. Агаларова Л.С., Гаджимурадова З.Г. Исследование отношения взрослого населения к своему здоровью и факторы, влияющие на него // Уральский медицинский журнал. – 2016. - № 2. – С. 112-116.
8. Kuehnle D., Wunder C., 2017. The Effects of Smoking Bans on Self- Assessed Health: Evidence from Germany. Health Economics, V. 26 (3): 321-337.
9. Ormond G., Murphy R., 2016. An investigation into the effect of alcohol consumption on health status and health care utilization in Ireland. Alcohol, V. 59: 53-67.
10. Loh D.A., Moy F.M., Zaharan N.L., Mohamed Z., 2015. Disparities in health-related quality of life among healthy adolescents in a developing country – the impact of gender, ethnicity, socio-economic status and weight status. Child: Care, Health and Development, V. 41(6): 1216–1226.
11. Dolores M., Diaz M., 2002. Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and age effects. Health Economics, V. 11(2): 141–154.
12. Lorant V., Demarest S., Miermans Pieter-Jan, Van Oyen H., 2007. Survey error in measuring socio-economic risk factors of health status: a comparison of a survey and a census. International Journal of Epidemiology, V. 36(6): 1292–1299.
13. Laranjeira E., Szrek H., 2016. Going beyond life expectancy in assessments of health systems’ performance: life expectancy adjusted by perceived health status. International Journal of Health Economics and Management, V. 16(2): 133–161.
14. Здоровье // Словари и энциклопедии на Академике. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/12104 (Дата обращения: 17.12.2016).
15. O.I. Ustinova, 2014. “Apparently Healthy Human Being” – the Necessity to Refine the Notion. Life Science Journal, V. 11, 10: 524-526.
16. Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина, Н.Я. Копыта. – 2 изд. Перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984. - 400 с.

17. Классификация психоактивных веществ <http://www.myshared.ru/slide/735860/> (Дата обращения 26.01.2016).
18. Понятие психоактивного вещества <http://yurist-online.com/uslugi/yuristam/literatura/stati/psihiatriya/039.php> (Дата обращения 26.01.2016).
19. Терминология и классификация. Психоактивные вещества. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/ru/ (Дата обращения 26.01.2016).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ЛИЦ ВСТУПАЮЩИХ В БРАК

Хайдарова Зарифа Тургуновна

*ассистент Школы общественного здравоохранения,
Ташкентской медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Шоназарова Тамара Узакбаевна

*преподаватель Сергелинского медицинского колледжа,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

ANALYSIS OF THE RESULTS OF MEDICAL INSPECTION OF PERSONS IN THE MARRIAGE OF MARRIAGE

Zarifa Khaidarova

*assistant of the School of Public Health, Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Tamara Shonazarova

*teacher at the Sergelyn Medical College,
Uzbekistan, Tashkent*

Abstract. Marriage is first of all, with a complex physiological process, the purpose of which is the conception and birth of a child. Early marriage can lead to infertility, the birth of a late-onset child, and other unfavorable outcomes for women and children.

Аннотация. Брак – это прежде всего, с сложный физиологический процесс, целью которого является зачатие и рождение ребенка. Ранний брак может стать причиной бесплодия, рождения неданошенного ребенка, невынашивания и других неблагоприятных для женщины и ребенка исходов.

Ключевые слова: медицинский осмотр, молодежь, брак.

Keywords: medical examination, youth, marriage.

Глава XIV Конституции Республики Узбекистан посвящена семье. Статья 63 в частности, гласит: “Семья является основной ячейкой общества и имеет право на защиту общества и государства. Брак основывается на свободном согласии и равноправии сторон”.

64 % населения Узбекистана составляют граждане в возрасте до 30 лет. Согласно самым последним статистическим данным Научно-практического центра "Семья", в республике в общей сложности имеется 7 миллионов семей, 14,6 % приходится на молодые семьи, муж и жен в которых моложе 30 лет.

Согласно научном данном анатомически и физиологически становятся полностью зрелыми женщины и мужчины после 20 лет. По медицинским критериям девушка 17 лет физиологически развита не полностью тазовые костим находятся еще в стадии развития. При возникновении беременности в этом возрасте развитие плода и процесс рождения будут протеикать очень сложно. Ребенок может родиться с малой массой тела или с врожденными аномалиями. Даже в случае рождения в этом возрасте здорового ребенка, могут возникнуть трудности при его выхаживании.

Указ Кабинета Министров Республики Узбекистан № 365, принятый 25 августа 2003 года "Об утверждении медицинской экспертизы лиц, вступающих в брак" стал прочной основой для построения семейных отношений. Согласно этому Указу, все лица, вступающие в брак, должны пройти медицинское обследование. Семейный кодекс, требования настоящего Указа, а также законы «Защита общественного здоровья», «О психиатрической помощи» “О предотвращении вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", "Защита населения от туберкулеза" в первую очередь направлены на создание необходимых условий для формирования здоровой семьи и предотвращение рождения детей с врожденными аномалиями связанными с наследственностью. В результате следования требованиям этого закона на практике сегодня частота рождения детей с аномалиями в последние годы значительно снизилась.

Положительные результаты принесло и то обстоятельство, что Научно-практический центр "Семья", городские и районные "Органы регистрации актов гражданского состояния", а также центры планирования семьи информируют лиц, вступающих в брак, о преимуществах осуществления медицинского обследования до начала семейной жизни.

На основании Указа Кабинета Министров Республики Узбекистан № 365, принятого 25 августа 2003 года "Об утверждении медицинской экспертизы лиц, вступающих в брак", с 1 января 2004 года лица, вступающие в брак, проходят медицинское обследование для выявления психических, наркологических, заболеваний передающихся половым путем, туберкулеза и ВИЧ/СПИД и других. Медицинское обследование этого контингента в государственных учреждениях системы здравоохранения осуществляется бесплатно. Лица вступающие в брак, направление на обследование получают в районном медицинском объединении. Брак регистрируется только после полного обследования молодых людей [1, 3].

В случае выявления при медицинском обследовании генитальных и некоторых экстрагенитальных заболеваний, "Добрачный медицинский консультативный совет", функционирующий при региональных поликлиниках, направляют молодых лиц, вступающих в брак в диспансеры для комплексного лечения. После пяти лет совместной жизни супругов в поликлиниках по месту жительства молодых берут на диспансерное наблюдения. Следует подчеркнуть что сведения о состоянии здоровья молодых людей в соответствии с принципами этики и медицинской деонтологии держаться в строгом секрете от посторонних [6].

Критерии медицинского обследования лиц, вступающих в брак:

1. Обследование на предмет выявления психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, олигофрения) основано на следующих объективных и субъективных данных:

- анамнез;
- психопатологические признаки;
- соматоневрологические признаки;
- параклинические признаки.

2. Для выявления наркологических заболеваний проводится следующие объективные и субъективные клинические обследование:

- анамнез;
- психопатологические признаки;
- соматоневрологические признаки;
- лабораторные данные.

3. Для выявления сифилиса: при наличии сыпи в области гениталий или других областях собирают материал. Кровь на сифилис

исследуют с помощью метода преципитации. Проводят также серологическое исследование крови.

4. Обследование для выявления туберкулеза:

- на основании следующих объективных и субъективных данных собирается анамнез:

- исследование органов грудной клетки;
- рентгеноскопия органов грудной клетки (флюорограмма в крупном кадре);

- бактериоскопическое исследование мокроты, гноя из раны, и мочи на микобактерии туберкулеза.

5. Выявления ВИЧ/СПИДа:

- на основании следующих объективных и субъективных данных собирается анамнез:

- клиническое обследование;
- исследование первичного иммунодефицита;
- анализ крови методом иммуноблота [1].

В 2014 году в отдел ЗАГСа Чиланзарского района города Ташкента поступило 2913 заявлений. Все лица, обратившиеся с заявлением прошли медицинский осмотр. Возраст обратившихся - от 16 до 30 лет старше. Женщины 16-17 лет составили 2 %, 18 лет-4 %, 19-21 года - 12-16 %, 22-24 лет - 8-10 %, 25-27 лет - 4-6 %, 28-29 лет - 2 %. Мужчины 18-19 лет составили 2 %, 20-22 лет - 2-4 %, 23 лет - 12 %, 24 лет - 22 %, 25-26 - лет 12-14 %, 27 лет - 16 %, 28-29 лет - 2 %, 30 лет и старше 6 %.

Сведения о результатах медицинских осмотров лиц вступающих в брак регулярно доводятся поликлиник по месту жительства для патронажа молодой семьи. По данным медицинских осмотров анемия диагностирована у 159 (17,6 %) обследованных, диффузный токсический зоб - у 123 (13,6 %), миопия – у 205 (22,8 %), другие заболевания - у 120 (13,0 %). Всем молодым людям которое встречалось заболевания той или иной степени проводится комплексное оздоровительные мероприятия.

Результаты медицинского осмотра анализируют после чего заведующими отделениями семейных поликлиник и районных отделений ЗАГСа разрабатывается план действия.

Выводы. Таким образом необходимо повышать уровень медицинской культуры в семье, что будет способствовать укреплению здоровья подрастающего поколения и рождению здорового поколения. С момента рождения ребенка семья, должна уделять особое внимание его здоровью. Только здоровые дети, став взрослыми смогут обеспечить рождения здорового потомства, а здоровые дети рождаются только от здоровых родителей.

Список литературы:

1. О проведении медицинских осмотров у лиц вступающих в брак. Приказ Кабинета Министров Республики Узбекистан. № 365 от 23 августа 2003 года.
2. Абдурахманов Қ.Х. Соғлом никоҳ – соғлом авлод пойдевори – Ташкент. 2008.
3. Маматкулов Б. Медикосоциальные аспекты формирования, охраны и улучшения здоровья детей первых 7 лет жизни: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1997. – 334 с.
4. Маматкулов Б. Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. – Тошкент – 2013 - 575 б.
5. Маматкулов Б., Нодиров Т. Оналик ва болаликда соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ва шакллантириш: Услубий қўлланма. – Тошкент – 2009. 25 бет.

НЕОБХОДИМОСТЬ АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Чечулина Ксения Алексеевна

магистрант,

*ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»,
кафедра «Анализа систем и принятия решений»,*

РФ, г. Екатеринбург

Аннотация. Использование медицинских информационных систем в здравоохранении.

Ключевые слова: медицинская информационная система (МИС).

Тема автоматизация процессов здравоохранения достаточна, актуальна, так как в данной области количество информации растет с каждым днем. При этом пациенты также становятся требовательнее и не намерены долго ждать, тем более, если он приходит в частную клинику и платит за прием деньги. В результате он желает получить быстрое и результативное обслуживание. Но приходя в медицинское учреждение он сталкивается с огромными очередями в регистратуру, так как регистратор вынужден тратить массу времени для записи пациента и поиска его мед. карты, а также заполнению и заключению с пациентом множества соглашений.

Для упрочения работы медицинского персонала и повышения качества обслуживания в России довольно интенсивно развиваются локальные медицинские информационные системы (далее МИС). Современная МИС предполагает объединение в электронном виде персональной информации о больных, историю приемов, результаты приемов (диагнозы), листы назначений, данные мониторинга с медицинских приборов, результаты лабораторных исследований, а также всю информацию о взаиморасчетах с пациентами.

Таким образом, медицинская информационная система (МИС) – это совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов протекающих в ЛПУ и системе здравоохранения.

Основными целями развертывания МИС в медицинском учреждении является:

1. Создание единого информационного пространства;
2. Мониторинг качества оказываемой медицинской помощи с целью последующего повышения;
3. Повышение прозрачности деятельности медицинской организации;
4. Сокращение времени обслуживания пациентов;
5. Возможность формирования отчетности для принятия управленческих решений.

Внедрение МИС повлечет за собой улучшение качества обслуживания пациентов, так как:

1. За счет сокращения «бумажной» работы врач будет больше времени уделять пациенту.
2. Повышение качества лечения в результате хранения в системе предыдущих историй болезни и всех лабораторных исследований.
3. Быстрое получение результатов обследования и выписного эпикриза в печатном или электронном виде.
4. Отсутствие очередей в регистратуре за счет электронного документооборота.

Врачи также получают множество преимуществ от МИС:

1. Минимизация ручного при заполнении истории болезни, выписного эпикриза и т. д.
2. Автоматическая кодировка диагнозов в соответствии с МКБ-10.
3. Использование шаблонов медицинских документов при заполнении истории болезни.

Выводы:

Подводя итоги о необходимости внедрения МИС, хотелось бы сказать отметить то, что автоматизированные системы способны усилить

контроль качества и безопасности лекарственных средств и медицинских услуг, снизить вероятность врачебных ошибок, а также доступа к жизненно важной информации о пациенте. Современные технологические решения могут обеспечить свободный доступ к медицинскому обслуживанию независимо от того, где находится пациент, и могут значительно повысить использование передовых медицинских услуг и медицинских экспертиз.

В российской медицине процесс информатизации в настоящее время не является постоянным, и здесь параллельно решается очень много различных задач. Некоторые медицинские учреждения используют типовые решения, представленные на рынке ИТ - продуктов, а другие начинают собственную разработку МИС. Во всяком случае, медицинское учреждение сталкивается с необходимостью иметь хотя бы ориентировочную ИТ - стратегию.

Таким образом, мы можем с уверенностью сказать, что медицинская информационная система с рядом специализированных модулей, которые помогают синхронизировать диагностические, терапевтические, административные, финансовые, статистические и другие задачи. С другой стороны, все это помогает достичь конечной цели - качественных медицинских услуг.

Список литературы:

1. Назаренко Г.И., Гулиев Я.И., Ермаков Д.Е. Медицинские информационные системы: теория и практика. - М.: Физматлит, 2005. – 290 с.
2. Кобринский Б.А., Зарубина Т.В. Медицинская информатика. - М.: Академия, 2009. – 192 с.
3. Булах И.Е., Лях Ю.Е., Марценюк В.П., Хаимзон И.И. Медицинская информатика. — Киев: Медицина, 2012. — 424 с.

СЕКЦИЯ 9.

ПЕДИАТРИЯ

АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБЕНКА (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Дербенева Лариса Ивановна

*доцент, канд. мед. наук,
кафедра госпитальной педиатрии с курсом ПО
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава,
РФ, г. Астрахань*

Давыдова Оксана Владимировна

*ассистент, канд. мед. наук,
кафедра госпитальной педиатрии с курсом ПО
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава,
РФ, г. Астрахань*

Гернер Марина Георгиевна

*врач нефролог отделения урологии
ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой,
РФ, г. Астрахань*

Лозина Юлия Ивановна

*врач реаниматолог ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой,
РФ, г. Астрахань*

.Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – хроническое системное заболевание генетической природы, в основе которого лежит неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента, ведущая к генерализованному тромбообразованию в сосудах микроциркуляторного русла (комплемент-опосредованная тромботическая микроангиопатия). Наряду с аГУС в группу тромботических микроангиопатий (ТМА) входят типичный ГУС (STEC-ГУС (Shiga-Toxin продуцирующая Esherihia Coli) и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП). В настоящее время ТМА

рассматривают как клинико-морфологический синдром, характеризующий поражение сосудов микроциркуляторного русла. Атипичное течение гемолитико-уремического синдрома предполагается при отсутствии связи с кишечной или пневмококковой инфекцией, ТТП, токсических воздействий лекарственных веществ на эндотелий и других патологических состояний, способных вызвать ТМА. Встречается атипичный вариант редко (5-10 % в популяции), но зачастую протекает с рецидивами ТМА, высоким риском развития острой почечной недостаточности с потенциальной трансформацией в терминальную хроническую почечную недостаточность в различные сроки от начала заболевания.

Клиническая картина аГУС характеризуется значительным полиморфизмом симптомов. Однако основными проявлениями болезни являются тромбоцитопения (менее 150000/мм³), являющаяся следствием потребления тромбоцитов в процессах микроциркуляторного тромбобразования; микроангиопатическая гемолитическая анемия (МАГА) (гемоглобин менее 100 г/л, наличие шизоцитов, низкий уровень гаптоглобина, высокий уровень ЛДГ крови и отрицательная реакция Кумбса) как результат механического гемолиза эритроцитов вследствие повреждения их мембран при контакте с тромбами и острое почечное повреждение (ОПП) с наличием олиго/анурии или без нее, составляющие классическую триаду ТМА.

Представляем Вашему вниманию клинический случай атипичного гемолитико-уремического синдрома («комплемент-опосредованной ТМА»).

Девочка, Х.М., 6 лет. Ребенок от 2-ой беременности, 2-х нормальных срочных родов, масса при рождении 3770, 0 г. Росла и развивалась по возрасту. Аллергоanamnez спокоен. У матери во время беременности была анемия I степени, ожирение II степени, хронический пиелонефрит. У тети по линии отца хроническая анемия (гемоглобин постоянно 80 г/л и ниже). Туберкулез, венерические заболевания, гепатит в семье мать отрицает.

На первом году жизни отмечались частые ОРВИ, протекавшие с синдромом бронхиальной обструкции и с высокой температурой. Уровень гемоглобина на протяжении года (по амбулаторной карте, ф. 122) колебался в пределах 102-110г/л. Впервые диагноз «Анемия тяжелой степени» выставлен в возрасте 1 года и 1 месяца в стационаре г. Кизляра на основании значительного снижения уровня гемоглобин до 48 г/л. По этому поводу обследовалась и лечилась в РДКБ г. Махачкала, где сохранялись очень низкие показатели гемоглобина (40 г/л) и эритроцитов ($1,72 \times 10^{12}/л$) и значительное увеличение СОЭ (55 мм/ч).

По результатам обследования выставлен диагноз "Гемолитическая анемия (приобретенная). Гемолитический криз. Гепатолиенальный синдром. Интерстициальный нефрит?". Получала гемотрансфузии, преднизолон по схеме с постепенной отменой препарата. По завершении лечения уровень гемоглобина составлял 91 г/л, сывороточное железо 25,6 ммоль/л. Получала фолиевую кислоту, витамины группы В, актиферрин. На 2-ом году жизни продолжали беспокоить частые ОРВИ, протекавшие с высокой температурой. В дальнейшем перенесла ветряную оспу, гнойный отит, трахеит, дизентерию Флекснера 2а, выявлен лямблиоз кишечника. Показатели гемоглобина: в возрасте 2 лет – 111-121 г/л; в марте 2015 г – 134 г/л; в мае 2015 г -130 г/л; в январе 2016 г. – 106 г/л, билирубин – 43,3 мкмоль/л (непрямая фракция – 41,2 мкмоль/л). В общем анализе мочи: белок – 0,13 г/л.

14.02.17 г родители с ребёнком самотёком обратились в ГБУЗ АО «Областная клиническая инфекционная больница» г. Астрахани. При поступлении в общем анализе крови эритроциты $4,28 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 122 г/л, в биохимическом анализе крови: общий белок 62 г/л, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин 75,8 мкмоль/л, общий билирубин 6,6 ммоль/л. В общем анализе мочи белок 0,033г/л, в ан. мочи по Нечипоренко: лейкоциты 1000 в 1 мл, эритроциты 36,250 в 1 мл. После исключения у ребенка инфекционной патологии 16.02.2017 г. девочка переведена в ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой.

При поступлении состояние тяжелое. В общем анализе крови, выполненном cito: эритроциты $1,92 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 56 г/л, тромбоциты 45% (86, $4 \times 10^9/л$), СОЭ – 36 мм/час. В б/х анализе крови: общий белок – 48,7 г/л, креатинин – 253 мкмоль/л, мочевины – 15,7 ммоль/л, свободный гемоглобин - 280 мг%. Мочится редко, малыми порциями. В общем анализе мочи: белок – 0,66 г/л, эритроциты – 20-30 в поле зрения.

С момента поступления в клинической картине доминировали: симптомы общей интоксикации, вялость, тошнота, рвота, отказ от еды; резкая бледность кожных покровов с их иктеричностью; артериальная гипертензия (150/100, 129/80 мм.рт.ст.); нарастающий в динамике отечный синдром с выраженными периферическими отеками и умеренными проявлениями полисерозита (нарастание массы тела 2,0 кг), снижение суточного диуреза до 300-400 мл; расширение границ сердца; гепатоспленомегалия.

Динамика анализов в первые дни наблюдения: эритроциты: $1,9-2,3-2,5 \times 10^{12} /л$; гемоглобин 56 -62-81 г/л; тромбоциты 35-48-41 %; СОЭ – 45-36-42 мм/час; свободный гемоглобин: 280-200-180-96 мг%; билирубин общий: 17,8-30,5-22,8 ммоль/л с преобладанием непрямой

фракции; креатинин: 252-422-350 мкмоль/л; мочевины 15,7-22,3-18,9 ммоль/л; калий: 5,6-6,2-5,8 ммоль/л натрий: 128 ммоль/л; сывороточное железо: 19,1-10 ммоль/л. В моче протеинурия: 0,66-0,9-1,2 г/л, низкие показатели относительной плотности: 1002-1006-1012, стойкая микрогематурия. В дополнительных анализах: мочевиная кислота 851 ммоль/л; титр АСЛО, антинуклеарные антитела и ревматоидный фактор-отрицательные; реакция Кумбса прямая и непрямая – отрицательная. Группа крови А (II) Rh+. Фенотип: CcDDee.

Нарастающая в динамике интоксикация, значительное повышение показателей креатинина и мочевины в сыворотке крови со снижением СКФ и олигурией указывали на острое почечное повреждение.

Резкое падение числа эритроцитов и гемоглобина за короткий промежуток времени (в течение суток), значительное повышение уровня свободного гемоглобина, общего билирубина (его непрямой фракции) в сочетании с резкой бледностью кожных покровов и их иктеричностью позволили диагностировать острый гемолитический криз.

Совокупность триады синдромов: острое почечное повреждение, тромбоцитопения и гемолитический характер анемии позволили диагностировать гемолитико-уремический синдром (тромботическую микроангиопатию).

В процессе верификации диагноза на основе отсутствия клинических и лабораторных симптомов диареи был исключен типичный STEC-ГУС (Shiga-Toxin продуцирующая Esherihia Coli). Результат исследования крови на ADAMTS-13 (результат-65 %) исключил тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру. Рецидивирующее течение гемолитической анемии, отягощенный семейный анамнез (постоянная анемия средней степени тяжести у тети), свидетельствуют в пользу наследственной природы заболевания. В конечном итоге заболевание расценено как атипичный ГУС («комплеммент-опосредованная ТМА»).

Лечение включало: заместительную терапию гемотрансфузиями эритроцитарной массы, патогенетическую в виде ежедневных введений свежемороженой плазмы и посиндромную: гипотензивные средства (капотен+амлодипин), мочегонные препараты, гепарин, трентал, эссенциале, антибактериальную терапию.

На фоне лечения состояние больной постепенно стабилизировалось: уменьшились проявления гемолиза (Hb-98 г/л, Эp-3,2x10¹²/л), нормализовалось количество тромбоцитов в крови, снизились показатели креатинина (214,8-253 мкмоль/л) и мочевины (13,8-15,0 ммоль/л).

Клинически стойко сохранялись умеренная олигурия, отечный синдром, артериальная гипертензия. Лабораторного подтверждения связи отеков с нефротическим синдром не получено, отечный синдром расценен как результат повышенной проницаемости сосудов, связанной с основным заболеванием (индуцированная C3a и C5a компонентами комплемента через освобождение больших количеств гистамина).

Для подтверждения диагноза aГУС (комплемент-индуцированная ТМА), изучения состояния комплементарной системы (выявления мутации генов регуляторных белков и компонентов комплемента) больная госпитализирована в стационар детской больницы Святого Владимира в г. Москва. По полученной по телефону информации от матери ребенка диагноз подтверждён, начато патогенетическое лечение экулизумабом с положительным клиническим эффектом.

Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики aГУС. При общем неблагоприятном прогнозе этой склонной к рецидивированию формы, перспективным является лечение экулизумабом, блокирующим терминальные компоненты каскада комплемента, что приводит к купированию клинико-лабораторных проявлений ТМА, сохранению и улучшению функций пораженных органов, в том числе предотвращение развития терминальной почечной недостаточности, избавление от потребности в диализных методах лечения, профилактику поражения других внутренних органов, улучшение качества жизни пациентов.

Список литературы:

1. Байко С.В., Сукало А.В. факторы риска неблагоприятного исхода гемолитико-уремического синдрома у детей. Нефрология и диализ. 2016;18(4):404-415.
2. Цыгин А.Н., Вашурина Т.В., Маргиева Т.В., Ананьин П.В., Мазо А.М., Пушков А.А., Савостьянов К.В. Федеральные клинические рекомендации по оказанию помощи детям с гемолитико-уремическим синдромом. Педиатрическая фармакология. 2015;12 (4): 447–455.

АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА

Саидова Гулбахор Турсуналиевна

*канд. мед. наук,
ассистент кафедры гигиены питания, детей и подростков
Ташкентской Медицинской Академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Омонова Хусния Рахматовна

*старший преподаватель кафедры сестринское дело
Сергелинского медицинского колледжа,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

ALLERGY IN CHILDREN: PREVALENCE, RISK FACTORS

Gulbahor Saidova

*candidate of Medical Science, Assistant of the Department
of Food Hygiene, Children and Adolescents
of the Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Husniya Omonova

*senior lecturer of the Department of Nursing
of the Sergelyn Medical College in Tashkent,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. В настоящее время проблема аллергии чрезвычайно актуальна во всём мире: до 40 % населения в целом и 10-12 % детской популяции страдает различными аллергическими заболеваниями. Эпидемиологические исследования последних лет подтверждают высокую распространенность бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита. В последние годы особенно отмечается рост распространенности аллергических заболеваний у детей, ранняя их манифестация, частая хронизация и склонность к последующему прогрессированию.

Abstract. At present, the problem of allergy is extremely relevant all over the world: up to 40 % of the population as a whole and 10-12 % of the children's population suffer from various allergic diseases. Epidemiological studies in recent years confirm the high prevalence of bronchial asthma,

allergic rhinitis and atopic dermatitis. In recent years, especially marked increase in the prevalence of allergic diseases in children, their early manifestation, frequent chronization and the propensity for subsequent progression.

Ключевые слова: аллергические заболевания, факторы риска, распространенность.

Keywords: allergic diseases, risk factors, prevalence.

Аллергические заболевания принадлежат к наиболее распространенным у детей, а за последние годы отмечается значительный рост частоты и более тяжелое течение аллергических болезней, в связи с чем они рассматриваются в современном обществе как крупная медицинская и социальная проблема. Частота аллергических болезней, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах, что зависит от используемых критериев диагностики и методов эпидемиологического исследования [1, с. 239; 2, с. 324; 3, с. 324; 4, с. 228].

Так, распространенность бронхиальной астмы по данным отечественных и зарубежных авторов составляет от 0,2 до 8,1 %. В то же время, по обобщенным данным исследования ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood - Международное исследование астмы и аллергии у детей), частота симптомов БА колеблется от 1,0 до 30,8 %. Аллергический ринит и поллиноз в разных регионах составляют 0,2-20 %, атопический дерматит и экзема - 1,6-4,2 % [4, с. 258].

Актуальность научного поиска новых подходов к профилактике аллергии у детей раннего возраста обусловлена многими факторами: «омоложением» аллергических заболеваний, все более ранним дебютом, экстенсивным ростом числа пациентов первых лет жизни в мире (до 15-20 %), тяжестью течения болезней даже у самых маленьких пациентов. Учитывая глобальные техногенные изменения в окружающей среде, нарастание факторов, индуцирующих аллергию и изменяющих картину заболевания и tandemный рост распространенности аллергических заболеваний, основной акцент должен сегодня быть сделан на первичную профилактику аллергии, к которой относятся меры, противостоящие становлению аллергического/атопического статуса [3, с. 324].

Одной из причин, обуславливающих разброс показателей распространенности аллергических болезней у детей, является отсутствие стандартной методики эпидемиологического обследования и единых диагностических критериев, репрезентативности групп для достоверного сравнения полученных результатов. Вместе с тем отмечается и

существенная гиподиагностика аллергических болезней. Эпидемиологически определяемые показатели распространенности аллергических болезней нередко превышают данные официальной статистики в два раза, следовательно, данные, основанные на обращаемости к врачам, не отражают истинного распространения данной патологии и подтверждают необходимость эпидемиологических исследований. Социальная значимость проблемы и экономическое бремя аллергических болезней также диктуют необходимость проведения подобных исследований [1, с. 239].

В существующей на сегодняшний день литературе обсуждение детей из групп риска по развитию аллергии касается детей вообще (любого возраста). Реже описываются пациенты первого года, практически никогда - новорожденные. При этом можно предположить, что формирование атопического статуса начинается уже в антенатальном периоде развития - плод не может быть выношен, если преобладающим в этот момент не будет Th2 тип иммунного ответа («проаллергический»). В то же время в доступной нам литературе не встретилось работ, определяющих наличие особенностей иммунного статуса новорожденного ребенка с наследственной предрасположенностью к аллергии и списка факторов, поддерживающих/переключающих «проаллергический» тип иммунного ответа в перинатальной жизни ребенка. Кроме того, остается недоучтенной неразрывность целого в системе мать-плод (холистический подход) и аспект временной смены одних воздействий другими. Поэтому многие известные факторы риска, действующие антенатально, требуют дальнейшего изучения, причем не изолированно, а в совокупности с присоединяющимися позже интра- и постнатальными воздействиями.

На сегодняшний день общепризнанным фактором риска и предиктором аллергии называютотягощенный по аллергии семейный анамнез, а ее маркером - повышенный уровень иммуноглобулина Е. Однако, сенсibilизация не всегда имеет клинические проявления аллергии. Более того, неотягощенный по аллергии анамнез или низкие уровни не являются противоречием при установлении диагноза аллергической болезни. Описаны случаи, когда у родителей - аллергиков рождались здоровые дети, и в то же время аллергия отмечена – в - 51-60 % случаев у детей, не имеющих отягощенного аллергоанамнеза. Этот феномен диктует необходимость проведения анализа множественного воздействия ante-, интра- и постнатальных факторов для определения наиболее значимых из них по развитию не только клинических проявлений аллергии, но и соответствующих изменений клеточно-гуморальных иммунных реакций.

Аллергические заболевания, в частности БА, в нашем регионе также остаются актуальной проблемой. В Узбекистане распространенность БА на 1000 населения составляет 4,6 и по этому показателю Республики в мировом масштабе занимает 19-е место. Среди аллергических заболеваний бронхиальная астма (БА) относится к наиболее часто встречающимся. Согласно данным по эпидемиологии, за последние 10 лет среди 4-10 % (около 300 млн человек) населения земного шара страдают данным заболеванием. БА распространена во всех странах мира в разной степени, что связано с такими факторами, как климат, географическое расположение, растительный мир, степень загрязненности воздуха, урбанизация и уровень культуры населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость БА распространена следующим образом: в Шотландии - 18,4 %, Англии - 15,3 %, Новой Зеландии - 15,1 %, Канаде - 14,1 %, Бразилии - 11,4 %, США - 10,9 %, России - 13,9-20 % [3, с. 324].

При изучении качества жизни выявлена высокая степень влияния аллергических заболеваний (АЗ) на уровень эмоционального, социального, школьного функционирования, что существенно отражается на социальной адаптации ребенка, страдающего аллергическим заболеванием [4, с. 258].

Таким образом, из аллергических заболеваний в основном встречается формы аллергических заболеваний – БА, АР и АД; Бронхиальная астма в мире и в Узбекистане также остается актуальной проблемой. АЗ влияют на качество жизни детей, что существенно отражается на социальной адаптации ребенка. Следовательно, раннее выявление, профилактика и лечение аллергических заболеваний, является одним из наиболее важных вопросов современной медицины.

Список литературы:

1. Ирсалиева Ф.Х., современные аспекты оптимизации специфической иммунотерапии при респираторных аллергиях в Узбекистане // автореферат докторской диссертации // 14.00.36 – Аллергология и иммунология (медицинские науки), Ташкент - 2016, с. 77.
2. Лиханов А.В. Клинико-эпидемиологический мониторинг как основа совершенствования медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями // автореферат докторской диссертации 14.00.09 – Педиатрия // Новосибирск - 2006, с. 318.
3. Пенкина Н.И. Распространенность, факторы риска и течение атопического дерматита у детей, автореферат диссертации доктора медицинских наук по ВАК 14.00.09 - Педиатрия, Москва – 2006, с. 324.
4. Умаров Д.С. Распространенность и клинические особенности течения аллергических заболеваний у детей в Республике Таджикистан, лечение и профилактика // автореферата доктора медицинских наук ВАК 14.00.09 – Педиатрия // Москва - 2009, с. 258.

СЕКЦИЯ 10.

СТОМАТОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОККЛЮЗИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕЛЬЕФА ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ

Зекки Ангелина Олеговна

*канд. мед. наук,
доц. кафедры ортопедической стоматологии,
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский университет),
РФ, г. Москва*

Айдинян Ануш Эриковна

*ординатор кафедры ортопедической стоматологии,
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский университет),
РФ, г. Москва*

Аннотация. В ходе проведенного исследования, целью которого являлось определение индивидуального рельефа окклюзионной поверхности боковых зубов посредством применения компьютерной окклюзиографии с учетом возрастных показателей пациентов, введено понятие коэффициента функциональной способности зуба с последующим определением типа ФОР по индивидуальному сочетанию этих свойств у боковых зубов.

Ключевые слова: компьютерная окклюзиография, оценка характеристик боковых зубов, индивидуальный окклюзионный рельеф боковых зубов, дентальная окклюзия.

Введение

При восстановлении анатомической формы жевательных зубов большое внимание следует уделять необходимости максимального точного воспроизведения утраченных поверхностей зуба, а особенности окклюзионной, что опосредовано высокими динамическими нагрузками и значительным количеством жевательных циклов, приходящихся на элементы зубочелюстной системы [2, 4, 10, 18], с целью исключения возможных осложнений ортопедического или терапевтического лечения [1, 13]. Недостаточная разрешающая способность при использовании МР-томографии [11, 12, 16] актуализирует использование окклюдзиографии, несмотря на то, что наблюдаемая в полости рта клиническая картина опосредована динамическими межокклюзионными изменениями, не являющимися нормальными [5, 6, 8, 17], именно она позволяет смоделировать максимально адекватную индивидуальную картину окклюзионных взаимоотношений и скорректировать их при изготовлении ортопедической конструкции.

Цель исследования – определение индивидуального рельефа окклюзионной поверхности боковых зубов посредством применения компьютерной окклюдзиографии с учетом возрастных показателей пациентов.

Материал и методы исследования

Обследуемые были разделены на две подгруппы по возрастному показателю: первая подгруппа – 107 исследуемых 21–35 лет, вторая – 93 человека от 36 до 55 и 60 лет женщины и мужчины, соответственно. Мужчины – 43 % от общего числа пациентов, женщины – 57 %. Оценивались стоматологический статус, индивидуальные биометрические характеристики зубов, рассчитывались показатели функционального окклюзионного рельефа. Из участия в исследовании исключались лица с прикусом, не соответствующим ортогнатическому, заболеваниями пародонта, слизистой оболочки полости рта, повышенным стиранием зубов.

Получали обзорную окклюдзиограмму в полости рта, проводили регистрацию окклюзионных контактов в полости рта и на моделях, определяли их координаты с помощью координатно-измерительной машины «GLOBAL 15.20.14». С использованием компьютерных программ определяли направления функциональных осей зубов и величины функциональных углов, проводили оценку рельефа окклюзионных поверхностей зубов по площади окклюзионных контактов и околоконтактных зон.

На основании полученных данных определяли функциональную площадь дробления, перетирания и коэффициент функциональной способности – это безразмерная величина, равная отношению

функциональной площади дробления и площади перетиранья, позволяющая оценивать жевательную эффективность и вклад конкретного зуба в компоненты жевательной функции. Анализ данных проводился с помощью программного пакета Statistica 8.0.

Результаты и их обсуждение

В ходе анализа распределения дробящей и перетирающей функций боковых зубов были выделены зубные ряды с их устойчивыми сочетаниями – типы ФОР. В первой подгруппе в 45,5 % был установлен основной тип ФОР, в 32,1 % – преимущественно дробящий, преимущественно перетирающий тип ФОР в 15,1 %. И самый редко встречающийся тип – аморфный 6,3 %.

Во второй подгруппе выявлено противоположное распределение выделенных типов ФОР боковых зубов: перетирающий тип встречался в 36,3 %, аморфный – 11,2 %, а частота преимущественно дробящего типа снижалась до 10,7 %. Эта особенность связана с индивидуальным формированием и функционированием зубочелюстной системы [15, 18].

Учет преобладания одной из физиологических функций посредством применения типов ФОР может применяться как основа формирования окклюзионных поверхностей зубов при их протезировании или реставрации. Расчет функциональных показателей необходим для выделения роли каждого зуба при выполнении им жевательной функции, что обеспечивает долговременное функционирование зубов.

Заключение

Компьютерная окклюдзиография позволяет получить количественные характеристики индивидуального рельефа окклюзионной поверхности боковых зубов путем определения функциональной площади дробления, функциональной площади перетиранья и коэффициента функциональной способности. На их основе определяется тип ФОР для каждого жевательного зуба: основной (45.5 % у лиц до 36 лет и 41.8 % после 36 лет), преимущественно дробящий (32.1 % и 10.7 %), преимущественно перетирающий (15.1 % и 36.6 %) и аморфный (6.3 % и 11.2 %), соответственно.

Список литературы

1. Антоник М.М., Лебедеко И.Ю., Арутюнов С.Д., Калинин Ю.А. Анализ статической и динамической окклюзии зубных рядов на диагностических моделях. Российский стоматологический журнал. 2011; 1: 4–5.
2. Дмитриенко С.В., Иванова О.П., Вологина М.В., и др. Приспособление для измерения расположения зубов на гипсовых моделях челюстей. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012; 2: 109–110.

3. Загорский В.А. Оклюзия и артикуляция: руководство. М.: БИНОМ; 2012. 216.
4. Каливраджийан Э.С., Лещева Е.А., Бурлуцкая С.И. Методика регистрации функционально-динамических характеристик зубочелюстной системы бесконтактным методом диагностики на примере нижней челюсти. Прикладные информационные аспекты медицины. 2015; 18 (2): 24–29.
5. Каливраджийан Э.С., Гордеева Т.А., Ягодкина С.В., и др. Компьютерная оценка функционально динамических характеристик зубочелюстной системы у взрослых и детей. Клиническая стоматология. 2008; 1: 60–61.
6. Кузнецов А.В., Каирбеков Р., Заславский С.А., и др. Экспериментально-математическое изучение функциональных параметров нижнего зубного ряда. Стоматология для всех. 2011; 2: 45–47.
7. Машков А.В., Шемонаев В.И., Бадрак Е.Ю. Разработка исследовательского модуля для анализа биометрических характеристик окклюзионных контактов и околоконтактных зон антагонизирующих зубов. Кубанский научный медицинский вестник. 2015; 1: 88–90.
8. Наумович С.С., Наумович С.А. Современные возможности и практическое применение математического моделирования в стоматологии. Современная стоматология. 2011; 1: 38–42.
9. Новиков Д.А., Новочадов В.В. Статистические методы в медико-биологическом эксперименте (типовые случаи). Волгоград. 2005. 84.
10. Патрикас О.А., Петрикас И.В., Ворошилин Ю.Г., Корольков А.В. Оценка функциональных возможностей периодонта опорных зубов несъемных адгезивных мостовидных протезов. Пародонтология. 2010; 15 (3): 50–53.
11. Шемонаев В.И., Новочадов В.В., Алексеенко А.Ю. Сравнительная информативность морфологических, рентгенологических и биомеханических критериев остеоинтеграции в эксперименте. Тихоокеанский медицинский журнал. 2014; 3: 22–25.
12. Ann H.R., Jung Y.S., Lee K.J., Baik H.S. Evaluation of stability after pre-orthodontic orthognathic surgery using cone-beam computed tomography: A comparison with conventional treatment. Korean J. Orthod. 2016; 46 (5): 301–309.
13. Bilhan H., Erdogan O., Ergin S., et al. Complication rates and patient satisfaction with removable dentures. J. Adv. Prosthodont. 2012; 4 (2): 109–115.
14. Harford J. Population ageing and dental care. Com. Dent. Oral Epidemiol. 2009; 37 (2): 97–103.
15. Linjawi A.I. First molar health status in different craniofacial relationships. Clin. Cosmet. Investig. Dent. 2016; 8: 89–94.
16. Luo T., Shi C., Zhao X., et al. Automatic synthesis of panoramic radiographs from dental cone beam computed tomography data. PLoS One. 2016; 11 (6): 0156976.
17. Nishi S.E., Basri R., Alam M.K. Uses of electromyography in dentistry: An overview with metaanalysis. Eur. J. Dent. 2016; 10 (3): 419–425.

18. Shah F.K., Gebreel A., Elshokouki A.H., et al. Comparison of immediate complete denture, tooth and implant-supported overdenture on vertical dimension and muscle activity. *J. Adv. Prosthodont.* 2012; 4 (2): 61–71.
19. Thiesen G., Gribel B.F., Pereira K.C. R., Freitas M.P. M. Is there an association between skeletal asymmetry and tooth absence? *Dental Press J. Orthod.* 2016; 21 (4): 73–79.

СЕКЦИЯ 11.

ХИРУРГИЯ

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Шерматов Абдусаид Абдужаббарович

*студент – магистр
специальности Экстренная медицинская помощь,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Бекмухамедова Фарид Сейдивалиевна

*студент – магистр
специальности Экстренная медицинская помощь,
Ташкентской Медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

ENDOBILIARY INTERVENTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE OF TUMOR GENESIS

Abdusaid Shermatov

*student –magistr Emergency care,
Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Farida Bekmuhamedova

*student –magistr Emergency care,
Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. Причины вызывающие непроходимость желчных путей, являются как доброкачественные, так и злокачественные заболевания. Последнее десятилетие в клинической практике достаточно широко стали использоваться методы чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств. Малая травматичность чреспеченочных вмешательств на желчных протоках, их высокая эффективность как метода вспомогательной терапии, доказанные в большом количестве опубликованных работ.

Abstract. The causes of obstruction of the biliary tract are both benign and malignant diseases. The last decade in clinical practice, the methods of percutaneous transhepatic endobiliary interventions have been widely used. Low traumaticity of transhepatic interventions on the bile ducts, their high effectiveness as a method of auxiliary therapy, proven in a large number of published works.

Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика и лечение, хирургическое лечение.

Keywords: mechanical jaundice, diagnosis and treatment, surgery treatment.

Механическая желтуха, является основным фактором, приводящим к развитию осложнений со стороны желчевыделительной системы, в частности холангита и приводит к развитию гепатита и поражениям в других органах и системах, что в свою очередь отягощает течение основной болезни [2, с. 117].

Прогрессивный рост доброкачественной и злокачественной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны неизбежно приводит к увеличению числа пациентов с МЖ. Довольно высокая летальность связана, с нарастающей печеночно-почечной недостаточностью (ППН), от правильного и своевременного выбора тактики лечения зависит положительный результат проводимого лечения и дальнейшая судьба пациента. Наиболее распространенной причиной развития механической желтухи доброкачественного генеза является холедохолитиаз, который с точки зрения УЗИ может протекать с синдромом стойкой билиарной гипертензии, с преходящими нарушениями оттока желчи и без нарушения оттока желчи [3, с. 138].

При злокачественном генезе МЖ чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование необходимо применять для предоперационной декомпрессии билиарного тракта или в качестве предварительного этапа чрескожного чреспеченочного эндопротезирования. При невозможности радикального оперативного лечения предпочтение следует отдавать стентированию. В современном лечебно-

диагностическом алгоритме при МЖ как доброкачественного, так и злокачественного генеза эндобилиарные вмешательства имеют ведущее значение, позволяя определять характер заболевания, проводить предоперационную подготовку и широкий спектр внутривидеопроцедурных манипуляций [1, с. 32].

Мы считаем, что из-за высокого риска проведения открытых хирургических вмешательств пациентам с механической желтухой, эндобилиарные вмешательства следует рассматривать не только как этап предоперационной подготовки, но и в определенных клинических ситуациях как конечное лечебное паллиативное вмешательство.

Цель исследования: Показать возможности эндоскопических методов купирования механической желтухи опухолевого генеза в сравнении с хирургическими методиками

Материалы и методы. В период с 2015 г. по 2017 г. в клинике Республиканской клинической больницы № 1 были обследованы и пролечены 75 пациентов с синдромом механической желтухи. Возраст пациентов – от 28 до 76 лет, средний возраст – 51,6 лет. Большинство случаев больные с опухолью головки поджелудочной железы – 42 (56 %) и с опухолью Клацкина – 13 (17,3 %). У остальных пациентов были диагностированы: опухоль дуоденального сосочка – 12 (16,0 %), гепатоцеллюлярный рак – 8 (10,6 %). Проводились клинико-лабораторное и инструментальные методы исследования, такие как УЗИ брюшной полости, ЭФГДС с обязательным осмотром зоны большого дуоденального сосочка (БДС), МСКТ холангиографией. После обследования и подготовки более 43 (57,3 %) пациентам выполнены дренирующие паллиативные операции на желчевыводящих протоках.

Результаты. С целью декомпрессии билиарного тракта пациентам было выполнено чрескожное - чреспеченочное дренирование желчных протоков. Наличие дренирования дало возможность управлению декомпрессией, диагностическим возможностям и в последующем улучшению состояний больных. Положительный исход операции при установке стентов и дренажей оценивалась по клинико-биохимическим показателям. Оценку делали по снижению билирубина активности поступления желчи по стенту после установки и удаления доставочного устройства и проводника, а так же по через 1 сутки и 5 суток после операции. Билирубин в среднем снижался в 2–3 раза по сравнению с исходным значением. Все пациенты перенесли операцию хорошо.

У группы пациентов с дренирующими хирургическими операциями билирубин снизился с 525–123 мкмоль/л до 120–22,7 мкмоль/л. У группы пациентов с дренирующими эндоскопическими операциями билирубин снижался с 637–110 мкмоль/л до 121–18,9 мкмоль/л.

У одного пациента билирубин не снизился по неизвестным причинам, пациенту выполнена дренирующая хирургическая операция.

После выполнения вмешательства у всех больных проводилась оценка состояния. Общий билирубин у больных нормализовался на 2 или 3 сутки после вмешательства. Было выявлено, что при сравнении показателей общего билирубина у пациентов с дренированием желчных протоков из мини доступа, лапароскопическим способом и с помощью эндоскопических операций общий билирубин снижался после операции в 2–3 раза. При выявлении стриктуры внепеченочных желчных протоков опухолевого генеза всегда необходимо выполнять назобилиарное дренирование или стентирование независимо от дальнейшего плана.

Выводы Эндобилиарные хирургические вмешательства, позволяет снизить риск операции и количество осложнений у больных с тяжелой степенью желтухи, а также летальность. Больных раком ПЖП, не имеющих явных противопоказаний к операции, следует подвергать лапаротомии, и при невозможности выполнить радикальное вмешательство, стремиться выполнить паллиативную резекцию печеночных протоков с формированием билиодигестивного анастомоза с магистральными печеночными протоками на выключенной по Ру петле тонкой кишки на транспеченочных дренажах.

При купировании механической желтухи опухолевого генеза с целью уменьшения инвазивности декомпрессирующих операций целесообразно применение эндоскопических методов в качестве этапа перед радикальной операцией, а также может рассматриваться как окончательное вмешательство у тяжелых неоперабельных больных.

Снижению показателей осложнений и летальности может служить комплексный подход к диагностике и лечению с применением дополнительных методов диагностики, расширение возможностей миниинвазивных эндобилиарных и лапароскопических методов лечения желудочно кишечных больных.

Список литературы:

1. Гусев А.В. Эндобилиарные вмешательства при механической желтухе: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук: 14.00.27 – хирургия, Москва – 2009, с. 32.
2. Карпенко Е.В. Миниинвазивные вмешательства в комплексном лечении механической желтухи: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.17, Хабаровск. - 2007.- с. 117.
3. Карсанова З.О., Совершенствование лечебной тактики у больных с механической желтухой доброкачественного генеза осложненной холангитом, Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Владикавказ -2013, с. 138.

ФАРМАКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ 12.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ СОПОЧНОЙ ГРЯЗИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Салманов Мехраб Мамедович

*канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник
бальнеофизиотерапевтического отделения
НИИ медицинской реабилитации,
Азербайджан, г. Баку*

Багирова Сара Аббасовна

*канд. мед. наук,
заведующая клинико-иммунологической лабораторией НИИ
медицинской реабилитации,
Азербайджан, г. Баку*

APPLICATION OF VOLCANIC MUD IN THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Mehrab Salmanov

*candidate of Medical Sciences,
leading research fellow of the urology department
of the Scientific Research Institute of Medical Rehabilitation,
Azerbaijan, Baku*

Sara Baghirova
*candidate of Medical Sciences,
head of the clinical and immunological laboratory
of the Scientific Research Institute of Medical Rehabilitation,
Azerbaijan, Baku*

Аннотация. Исследование посвящено разработке, научному обоснованию и клиническому применению комплексного лечения у 40 больных ХП с использованием сопочной грязи и СМТ на фоне медикаментозной терапии. I группа – 20 пациентов, получали только ректальные свечи из сопочной грязи. II группа – 20 пациентов, получали аппликации в виде «трусов» из сопочной грязи и трансректальную амплипульс терапию. Пациенты также 3 раза в день принимали ректальные свечи, приготовленные на основе активных веществ сопочной грязи. Курс лечения - 12-15 процедур.

Лечебный эффект комплексной терапии составил 90,6 %, тогда как при применении только ректальных свечей на основе сопочной грязи - 70,5 %.

Abstract. The research is devoted to development, scientific justification and clinical applying of complex treatment of 40 patients with HP with the use of volcanic mud and SMT on the background of drug therapy. I group - 20 patients, were receiving only rectal candles from volcanic mud. II group - 20 patients, were receiving applications in the form of "cowards" from volcanic mud and transrectal amplipulse therapy. Patients also were receiving rectal candles 3 times a day, prepared on the basis of active substances of volcanic mud. The course of treatment was 12-15 procedures.

The therapeutic effect of the complex therapy was 90.6 %, whereas the using of only rectal candles on the basis of volcanic mud was 70.5 %.

Ключевые слова: сопочная грязь, хронический простатит

Keywords: volcanic mud, chronic prostatitis

Заслуженное место среди лечебных грязей отводится редкому и ценному природному образованию - сопочной грязи (СГ). Лечебный эффект СГ достигается за счёт невысокой минерализации, повышенного содержания бора, йода, брома, биологически активных ионов стронция, лития, цинка, магния, железа, кальция, хлора, марганца, селена, а также нафтеновых, фульвовых и гуминовых кислот. Из этих кислот привлекают внимание гуминовые кислоты, имеющие в составе биологически активное вещество железопорфирин, активирующее в тканях

окислительно-восстановительные реакции. Биологическая ценность железа определяется многогранностью его функций, незаменимостью другими металлами в сложных биохимических процессах, активным участием в клеточном дыхании, обеспечивающем нормальное функционирование тканей и в целом организма человека [5].

Высоко щелочная среда грязи при контакте с кожными покровами способствует смягчению и разрыхлению самого поверхностного слоя кожи эпидермиса, удалению кожного жира и лучшему проникновению ингредиентов грязи через кожу в организм. СГ обладает противовоспалительным, рассасывающим, десенсибилизирующим, обезболивающим и отчасти бактерицидным действием. Под воздействием СГ повышаются иммунобиологические и регенеративные процессы, улучшается белковый, углеводный и водный обмен [1, 2, 3, 4].

Доказана, эффективность грязи при лечении ревматологических заболеваний, заболеваний печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, а также мочеполовой системы [5, 6].

Но некоторые стороны механизма влияния СГ на патогенетические процессы не до конца изучены и находятся на стадии накопления научных данных.

Цель исследования – разработка методики, научное обоснование и клиническое применение комплексного лечения больных ХП с использованием сопочной грязи и синусоидальных модулирующих токов на фоне медикаментозной терапии.

Материал и методы

Под наблюдением находились 40 пациентов с хроническим простатитом в возрасте от 18 до 56 лет. Длительность заболевания – от 3 до 7 лет. Пациенты были разделены на две группы. I группа – 20 мужчин получали только ректальные свечи из сопочной грязи. II группа - 20 мужчин, получали комплексную физиопелоидотерапию: аппликации из сопочной грязи, трансректальную амплипульс терапию и ректальные свечи, приготовленные на основе активных веществ сопочной грязи. Грязь, подогретую на водяной бане до 37-38°C, наносили на тело в виде «трусов» слоем толщиной 1-2 мм, накрывали тонкой целлофановой пленкой и укутывали одеялом. Продолжительность процедуры - 25-30 минут. Грязь смывали теплой водой.

После очистительной клизмы больным проводили трансректальную амплипульс терапию с помощью аппарата «Амплипульс-5» (режим переменный, длительность полупериодов 4:6, III род работы, частота модуляций 30-50Гц, глубина модуляций 70-100 %, длительность посылок тока и пауз по 3-4с). Длительность 10-15 минут. Ректальные свечи, приготовленные на основе активных веществ сопочной грязи, принимали 2-3 раза в день. Курс лечения - 13-15 дней.

Клинический диагноз устанавливали на основании объективных (суммарная оценка симптомов ХП) и субъективных (пальцевой, ультразвуковое ректальное исследование предстательной железы (ПЖ), микроскопия показателей секрета ПЖ) данных заболевания. Степень выраженности нарушений кровообращения в ПЖ определяли с помощью ультразвукового доплерографического исследования.

Микроскопическое исследование секрета проводили через 3-5 дня после полового воздержания и исключения приема алкоголя и антибактериальных препаратов в течение 6-7 дней.

Эффективность сравнительных методов лечения оценивали по следующим критериям: общее состояние, исчезновение тазовой симптоматики, нормализация мочеиспускания, восстановление эрекции, увеличение количества лецитиновых зерен и снижение количества лейкоцитов в секрете простаты [8].

Статистический анализ и обработку полученного материала производили с использованием пакета Statistica 6.0, SAS 8.0.

Результаты и их обсуждение

Основные симптомы ХП проявлялись следующим образом: боли в паховых отделах, в надлобковой области и в промежности. Дизурические явления отмечались у 91 % больных (болезненное мочеиспускание и жжение). У 40,6 % - поллакиурия, у 39,9 % - странгурия, у 22,5 % - рези при мочеиспускании, у 9,2 % - чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, у 5,5 % ночная поллакиурия и у 3,5 % - выделения из мочеиспускательного канала. Больше половины больных ощущали боль, дискомфорт после эякуляции. При пальпации ПЖ была болезненной, междолевая борозда сглажена, снижен тонус железы. У 44,2 % больных выявлены умеренное увеличение размеров ПЖ за счет отека стромы, изменения консистенции, наличия неоднородных участков, болезненности при пальпации.

Микроскопические и цитологические показатели секрета ПЖ характеризовались увеличением количества лейкоцитов (от 9-13 до 20-33 и более) у 36 больных, клеток простатического эпителия (от 0-3 до 10-16), эритроцитов (от 0-2 до 9-15) у 12 больных, а также снижением количества лецитиновых зерен у 32 (85 %) пациентов. При ультразвуковом сканировании выявлено увеличение размеров ПЖ у 68,3 %, а неоднородность эхоструктуры у 70,5 % пациентов.

В результате применения сопочной грязи отмечена положительная динамика как субъективных, так и объективных проявлений заболевания. Полученные данные свидетельствовали о хорошей переносимости, безопасности и эффективности применения СГ в обеих группах. Более выраженное улучшение общего состояния, исчезновение тазовой симптоматики, нормализация мочеиспускания, восстановление

эрекции, увеличение количества лецитиновых зерен и снижение количества лейкоцитов в секрете простаты наблюдалось во II группе.

Так, в I группе уменьшение болей происходило на 5-8 день и их исчезновение уже на 9-11 день, во II группе на 2-4 день лечения, их исчезновение уже на 5-7 день соответственно.

Таблица 1.

Динамика болевого синдрома

Показатели	I группа (n=20)				II группа (n=20)			
	До		после		до		после	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Боль в промежности	22	66,2	3	9,4*	23	65,9	14	40,3*
Боль в мошонке	18	43,1	3	19,4	15	52,1	7	9,2
Боль над лобком	25	61,3	4	12,4*	21	72,5	13	36,2
Болезненный оргазм	8	24,2	1	12,4	8	23,7	4	2,6
Боль в пояснично-крестцовый и копчиковой области	29	85,6	8	39,4*	31	90	14	24,1*

*Примечание: * - уровень значимости при сравнении показателя между группами (p < 0,05)*

I группа – пациенты, получавшие ректальные свечи из сопочной грязи

II группа - пациенты, получавшие комплексное лечение

Уменьшение дизурических явлений в I группе наблюдалось на 7-8 день, исчезновение на 11-13 день, тогда как во II группе - на 4-5 день лечения с их последующей ликвидацией на 7-9 день от начала курсового лечения.

Качество жизни пациентов улучшилось в большей степени во II групп. Лечебное действие ректальных свечей из СГ усиливается при применении ее в комплексе с СМТ, что оказывает более благоприятное действие на клинические проявления, а также на показатели секрета предстательной железы.

По данным шкалы IPSS суммарный балл симптоматически снизился в I группе в 1,7 раза (p < 0,001), во II группе в 4,8 раза (p < 0,001), что выражалось уменьшением болей в промежности, в надлобковой, пояснично-крестцовой областях, нормализацией мочеиспускания (таблица 1, 2).

По шкале оценки эректильной функции IIEF-5 улучшение качества спонтанных и адекватных эрекций, пролонгацией коитуса, нормализация либидо в I группе составило 2,2 баллов (p < 0,001), во II группе – 6, 7 баллов (p < 0,05).

Таблица 2.**Динамика показателей субъективной оценки состояния пациентов**

Показатели	I группа (n=20)		II группа (n=20)	
	до	После	до	после
IPSS для ХП	14,5±0,5*	8,4±0,6*#	14,9±1,6*	3,1±0,8*#
ПЕФ-5	17,3±0,6*	19,5±0,6*#	16,8±0,6*	23,5±0,5*#

Примечание: * - уровень значимости при сравнении показателя до и после лечения ($p < 0.001$).

- уровень значимости при сравнении показателя между группами ($p < 0.05$).

По данным ректально-пальцевого исследования наблюдалось уменьшение болезненности предстательной железы: в I группе от 1,7±0,08 до 0,24±0,059 ($p < 0,001$) баллов, во II группе от 1,7±0,05 до 0,16±0,04 ($p < 0,01$) баллов. В процентном отношении улучшение составило 55,9 % и 76,4 %.

Таблица 3.**Динамика лейкоцитов простатического секрета**

Показатель	I группа (n=20)		II группа (n=20)	
	До	После	До	После
Лейкоциты в поле зрения	23,9±0,7*	14,3± 0,4 **	24,6±0,5*	7,4±0,2 *

Примечание: * - уровень значимости при сравнении показателя до и после лечения ($p < 0,01$).

** - уровень значимости при сравнении показателя между группами ($p < 0,05$).

Количество лейкоцитов в простатическом секрете снизилось в I группе от 23,9±0,7 до 14,3±0,4 ($p < 0,01$); во II группе от 24,6±0,5 до 7,4±0,2 ($p < 0,01$) (таблица 3). Содержание лецитиновых зерен нормализовалось в I группе у 72,4 % ($p < 0,001$) и во II группе у 90,1 % ($p < 0,001$) больных, что связано с восстановлением функциональной активности предстательной железы.

В обеих группах отмечено улучшение экзогенной структуры предстательной железы. Объем предстательной железы уменьшился в I группы от 25,3 до 23,5 см³ ($p < 0,01$) и от 26,9 до 21,4 см³ ($p < 0,05$) во II группе.

Эффективность лечения, оценённая по болевому, дизурическому синдрому, синдрому эректильной функции, составила в I группе 70,5 % (улучшение – 70,3 %, без перемен – 29,7 %, ухудшение - 0 %). Соответственно, во II группе - 90,6 % (улучшение – 89,5 %, без перемен – 10,5 %, ухудшение - 0 %) (таблица 4).

Таблица 4.

Эффективность лечения в группах (%)

Синдром	I группа (n=20)	II группа (n=20)
Болевой	70,3*	89,5**
Дизурический	72,6*	87,6**
Эректильной функции	64,1*	80,1**
Общая эффективность	70,5*	90,6**

*Примечание: достоверность различий показателей между группами * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.*

Таким образом, комплексный метод лечения является наиболее эффективным и способствует значительному уменьшению клинических проявлений данной патологии.

Выводы

1. Разработан комплексный метод лечения хронического простатита с применением сопочной грязи в виде аппликаций, трансректальной амплипульс терапии и суппозиторийев, приготовленных на основе активных веществ сопочной грязи.

2. Лечебный комплекс более эффективно купирует болевой (86,3 %) и дизурический синдромы (87,6 %), улучшает эректильную функцию (80,1 %), нормализует показатели простатического секрета (53,8 %).

3. Общая эффективность лечебного комплекса составляет 90,6 %, что на 20 % выше по сравнению с группой, получавшая сопочную грязь в виде ректальных свечей.

Список литературы:

1. Аляев Ю.Г., Налобин Н.А., Саенко В.С. Комплексная терапия хронического простатита. // Южно Российский медицинский журнал, 2004. - № 1-2, С. 80.
2. Кунделекоев А.Г., Шоршева Н.Ю., Дмитриенко С.В., Ионов Е.Н. Лефокцин в лечении хронического простатита // фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-4. – С. 674-677.
3. Голубчиков В.А., Родоман В.Е., Ситников Н.В. и др. Патогенетическое обоснование сочетанного применения физических факторов в комплексном лечении больных хроническим простатитом. Урология, 2001. - № 4 - С.15-21.

4. Неймарк А.И., Алиев Р.Т., Ельчанинова С.А. и др. // Пелоидотерапия в реабилитации больных с хроническим абактериальным простатитом. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2009. - № 2. – С. 41-44.
5. Эфендиева Ф.М., Балакишиева Ф.К., Кашкай Ч.М. и др.// Сухая форма сопочной грязи в современном курортном деле. Баку – 2016. - С. 29-31.
6. Эфендиева Ф.М. Лечение сопочной грязью заболеваний периферической нервной системы. Методические рекомендации. Баку, - 1985.
7. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM: Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research. 11: P.319-26., 1999.

О'ЗБЕК ТИЛИДАГИ КОНФЕРЕНТСИЯ МА'РУЗАЛАРИ

BO'LIM 1.

JAMOAT SALOMATLIGI VA SOG'LIQNI SAQLASH

СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА НОГИРОН БОЛАЛАРНИ НОГИРОНЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА САБАБЛАРИ

Касимова Дильфуза Абраровна

*жамоат соғлиғини сақлаш мактаби доценти,
тиббиёт фанлари номзоди,
Ўзбекистон, Тошкент*

Жалилов Жамшед Жафар ўғли

*олий ҳамширалик иши мутахассислиғи талаба-магистри,
Тошкент тиббиёт академияси,
Ўзбекистон, Тошкент*

ПОКАЗАТЕЛИ И ПРИЧИНЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Касимова Дильфуза Абраровна

*канд. мед. наук,
доцент школы общественного здравоохранения,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Джалилов Джамшед Джафарович

*студент – магистр по специальности
Высшее сестринское дело,
Ташкентской медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

INDICATORS AND CAUSES OF CHILDHOOD DISABILITY IN SURKHANDARYA REGION

Dilfuza Kasimova

*doctor of philosophy, associate professor
of the School of Public Health,
Uzbekistan, Tashkent*

Jamshed Jalilov

*master student on specialty higher nursing,
Tashkent medical academy,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. Болалар ногиронлиги жамият учун катта иқтисодий зарар келтиради. Болалар ногиронлиги тиббий-ижтимоий муаммо сифатида, замонавий жамият, давлат ва оилаларнинг асосий муаммолардан бири ҳисобланади. Болалар ногиронлиги жинси ва ёши бўйича ўзига хос хусусиятга эга. Ушбу мақолада Ўзбекистоннинг Сурхондарё вилоятидаги болалар ногиронлигига оид маълумотлар ва ҳулосалар берилган.

Аннотация. Детская инвалидность может послужить причиной экономического ущерба обществу. Детская инвалидность, как медико-социальная проблема в современном обществе, государстве и в семьях, является одной из основных проблем. Существует особенности различия детской инвалидности по полу и возрасту. В данной статье приведены данные и заключение, относящиеся к детской инвалидности Сурхандарьинской области в Республике Узбекистан.

Abstract. Child disability can cause economic damage to society. Children's disability, as a medical and social problem in modern society, the state and in families, is one of the main problems. There are particular differences in the disability of children by sex and age. This article presents data and conclusions related to the child disability of the Surkhandaryya region in the Republic of Uzbekistan.

Калит сўзлар: болалар ногиронлиги, болалар касалланиши, туғма ногиронлик, орттирилган ногиронлик.

Ключевые слова: детская инвалидность, детская заболеваемость, врожденная инвалидность, приобретенная инвалидность.

Keywords: childhood disability, childhood morbidity, congenital disability, acquired disability.

Болалар ногиронлиги – жамиятимизнинг ҳозирги вақтдаги энг муҳим тиббий-ижтимоий муаммоларидан бири. Болалар саломатлиги жиддий бузилиши билан бирга ногирон болаларнинг сони ўсиб бормоқда, аммо мавжуд бўлган тиббий хизмат кўрсатиш тизими ногиронликни олдини олиш ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам керакли даражада йўналтирилган бўлиб, барча тиббиёт бирлашмаларда ногирон болаларни парваришlashда ҳамширалик парвариши керакли даражада йўналтирилган [1, с. 21].

Жаҳон Соғлиғини Сақлаш Ташкилоти таърифига кўра, болалар ногиронлиги бу организм функцияларининг қатъий бузилиши билан боғлиқ болалар саломатлигининг йўқотилишидир. У касаллик, туғма камчиликлар ва шикастланишлар натижасида вужудга келган бўлиб, боланинг ижтимоий мослаша олмаслиги ҳаётий фаолиятининг кескин чекланишига ижтимоий ёрдам ва оила ғамхўрлиги зарурлигини талаб этади (таълим, ўз-ўзига хизмат қилиш, ҳаракат, ўз-ўзини ҳаракатини назорат қила олмаслик, сўзлашувини назорат қила олмаслик, сўзлашувни бузилишига олиб келади). Статистик маълумотларга қараганда Сурхондарё вилоятида 13 та туман ва 1 та шаҳар бўлиб, бу ерда яшовчи 16 ёшгача бўлган ногирон болалар рўйхатга олинганлар сони 8398 та бўлиб шулардан 34,4 % ни Сарёсиё, Узун ва Денов тумани ногирон болалари ташкил этади.

Ногирон бола оилада юқори ижтимоий хавф гуруҳига киритилади. Аммо, бу шароитлар ва хусусиятларни ўрганиш шуни кўрсатадики, Тожикистон алюминий заводидан чиқаётган кимёвий газлар айниқса атроф-муҳит ва аҳолининг яшаш шароити билан бирга улар истеъмол қилаётган озиқ-овқатларига, балки ҳайвон ва ўсимликларнинг ўсишига таъсир қилган, хусусан чангнинг юқори концентратцияси кескин иқлим шароитларига боғлиқ.

Тадқиқотнинг мақсади. Сурхондарё вилоятида ногирон болаларни ногиронлик сабабларини аниқлаш ва ногирон болаларга ижтимоий тиббий ёрдам кўрсатишда ҳамшираларни ролини илмий жиҳатдан асослаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Сурхондарё вилоятидаги Сарёсиё, Узун ва Денов туманлари ногирон болаларнинг 200 та ходиса- ва 200 та -назорат гуруҳи асосида тадқиқот олиб борилди, биз тадқиқотни 4 та босқичда булиб ўргандик. Сурхондарё вилоятида 16 ёшгача бўлган болалар 806572 та ҳисобланиб, шулардан 16 ёшгача бўлган ногирон болалар сони 2018 йил 1-январиди олинган ҳисоботга кўра 1,04 % ни ташкил этади.

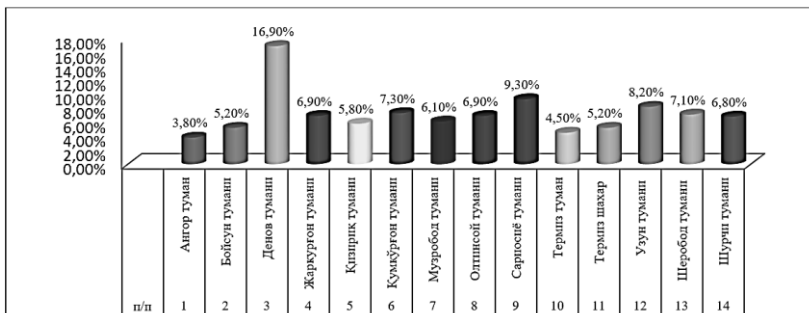


Диаграмма 1. Сурхондарё вилоятида 16-ёшгача бўлган ногирон болалар кўрсаткичи 2018 йил 1-январда олинган ҳисоботга кўра

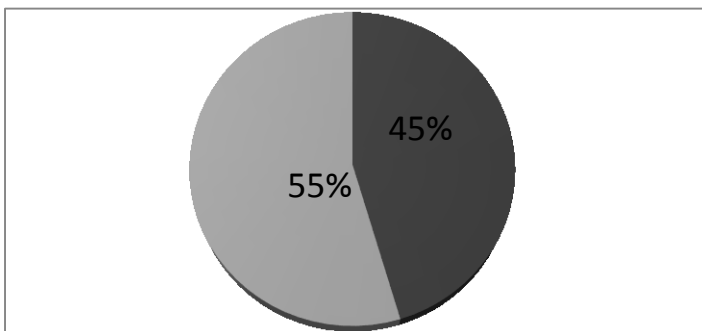


Диаграмма 2. Жинси бўйича: ■ ўғил ■ қиз

Туғма ногирон болалар сони: ўғил болаларда (12,6%), қиз болаларда 16,9%. Жами: 29,5%. Орттирилган ногирон болалар сони: ўғил болаларда 32,8%, қиз болаларда 37,7%. Жами: 70,5%. Сариосиё тумани тиббиёт бирлашмасида рўйхатга олинган 16 ёшгача бўлган ногирон болалар вилоят кўринишида 9,3%ни ташкил этиб, булардан Сариосиё туманида ногиронлиги бор ўғил болаларда 55,1% ни, ногирони бор қиз болаларда 44,9% ни ташкил этади. Узун тумани рўйхатга олинган 16 ёшгача бўлган ногирон болалар вилоят кўринишида 8,2% ни ташкил этиб, булардан Узун туманида ўғил болаларда 8,3%ни, қиз болаларда 91,7%ни ташкил этади. Денов тумани тиббиёт бирлашмасида рўйхатга олинган 16 ёшгача бўлган ногирон болалар вилоят кўринишида 16,9% ни ташкил этиб, булардан Денов туманида ўғил болаларда 42,8%ни, қиз болаларда 57,2% ни ташкил этади.

Сурхондарё вилоятидаги Сарёсиё, Узун ва Денов туманлари ногирон болаларни оилаларнинг турмуш тарзи ва яшаш шароити ўрганилганда, ўғил болаларга нисбатан қиз болаларда туғма ва орттирилган ногиронлик кўп учрамоқда. Ногиронлиги бор хонадонларда соғлом турмуш тарзига тўлиқ амал қилмаслик, ёш болаларнинг парваришига эътибор бермаслик, эрта турмушга чиқиш сабабли, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, ўзаро қариндош уруғлар билан никоҳ тузиш, чекка қишлоқларда истеъмол қилинадиган сувнинг турли манбалардан олинадиган, яъни марказлашмаган, овқатларнинг калорияга бой эмаслиги, экологиянинг бошқа туманларга қараганда бир канча оғирлиги, оилаларда рухий зўриқишларнинг кўплиги энди тўғилган болаларга ва ўсиб бораётган болаларни ногиронлигига олиб келмоқда.

Хулоса

Туғма ногирон болалар сони: ўғил болаларда 12,6 %, қиз болаларда 16,9 %. Жами: 29,5 %. Ортирилган ногирон болалар сони: ўғил болаларда 32,8 %, қиз болаларда 37,7 %. Жами: 70,5 %.

Тадқиқотларнинг материаллари асосида болалар ногиронлигини камайтириш, ногирон болаларнинг оилаларига тиббий-ижтимоий ва ҳамширалик ёрдамни яхшилаш бўйича илмий асосланган профилактика тадбирларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш керак.

Болалар ногиронлиги шаклланишига таъсир этувчи хавф омилларни эрта аниқлаш бўйича жадваллар тузиш, диспансер кузатувини ва ўз вақтида тиббий кўриқдан ўтишни, патронаж ҳамширалар иш фаолиятини яхшилаш керак.

Адабиётлар рўйхати:

1. Ўзбекистон Респубкасининг Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 30.08.2012 йили № 332-сонли буйруғига 2-илова.
2. Касимова Д.А. Медико-социальные аспекты детской инвалидности и пути её снижения (по материалам г. Ташкента): Автореф. дис... кандидата мед. наук.. – Тошкент., 2012. С. 21.
3. Жаҳон Соғлиқини Сақлаш Ташкилотининг 1998 ги хисоботи.

ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМ – ТИББИЙ – ИЖТИМОЙ МУАММО

Суярова Гулмира Сирожиддин кизи

*Тошкент вилояти Зангиота тиббиёт коллежи
Ҳамширалик иши кафедраси акушерлик ва гинекология
фани ўқитувчиси,
Ўзбекистон, Тошкент*

Юнусова Шаходат Нишонбаевна

*Тошкент шаҳри Сергели тиббиёт коллежи
Умумқасбий фанлар кафедраси тиббиёт паразитологияси
фани катта ўқитувчиси,
Ўзбекистон, Тошкент*

PERINATAL MORTALITY - MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS

Gulmira Suyarova

*Obstetrics and gynecology teacher at the Department of Nursing,
Zangiota Medical College,
Uzbekistan, Tashkent*

Shahodat Yunusova

*Toshkent Shary Sergeli
TIBYBYT colleges Umumkabiyy fanlar pulpitsi,
TIBIETO parasitologiSi fani katta ўqituvchisi,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. Ўзбекистонда амалга оширилаётган иқтисодий, сиёсий, ҳуқуқий ва давлат қурилиши соҳаларидаги барча ислохотлардан кўзланган асосий мақсад – аҳоли турмуш фаровонлигини ошириб бориш, ҳар бир фуқаронинг касбий, интеллектуал ва маънавий салоҳиятини рўёбга чиқариш учун кенг имкониятлар яратишга қаратилган. Мамлакатда тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган изчил ислохотлар соғлом авлодни вояга етказишда катта аҳамиятга эга. Миллат генофондини сақлаш, ногиронлик ва ногирон фарзандлар дунёга келишининг олдини олиш ҳамда чақалоқлар ўлимини камайтириш энг устувор вазифалардан биридир.

Abstract. The main goal of all reforms in the economic, political, legal and public construction spheres in Uzbekistan is to increase the welfare of the population, and to create opportunities for the realization of professional, intellectual and spiritual potential of every citizen. Consistent reforms in the healthcare system of the country play an important role in upbringing a healthy generation. Preservation of the gene pool of the nation, prevention of disability and disability, and reduction of infant mortality is one of the priorities.

Калит сўзлар: Перинатал ўлим, сабаблари, хавф омиллари

Keywords: Perinatal mortality, causes, risk factors

Аҳолининг репродуктив саломатлигини яхшилаш, она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлод туғилиши ва чақалоқлар ўлимини камайтириш бўйича республикамизда бир қанча ишлар амалга оширилмоқда. Ушбу ислохатлар ҳозирги кунда жуда ҳам долзарб ҳисобланади.

Мамлакатимизнинг демографик ривожланиши борасидаги асосий ютуғи чақалоқлар ўлимининг кескин камайтирилганидир. Чақалоқлар ўлимини камайтириб боришнинг омилларидан бири эрта турмуш қуришнинг олдини олиш, туғруқлар орасидаги интервални узайтириш боришдир. Чақалоқлар ўлими ва оналарни биринчи фарзанд кўриш ёши тўғрисидаги қатор муаллифлар томонидан ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, 21- 30 ёшли оналардан туғилган болалар саломатлик даражаси юқори бўлар экан. Чақалоқлар ўлимини камайтириш, аҳолининг умумий ўлим кўрсаткичларини камайишига, аҳоли сонининг ўсишига, умр кўриш даражасини ошишига олиб келувчи асосий омиллардан биридир [1, с. 24;2, с. 10-15; 3, с. 22].

Республикамизда перинатал ўлими кўрсаткичини барқарор камайиб боришига қарамадан, бу кўрсаткич Фарбий Европа мамлакатларига нисбатан жуда ҳам юқориликча қолмоқда. Иқтисодий ривожланган давлатларнинг кўпида бугунги кунда перинатал ўлим кўрсаткичи 5 %дан кам. Аммо, унинг жуда паст кўрсаткичи, мамлакатларнинг юқори иқтисодиёт даражаси, ижтимоий муаммоларни кенг кўламда ҳал қилиш билан уйғунлашган, атроф - муҳитни муҳофаза қилиш яхши йўлга қўйилган, тиббий ёрдам кўрсатишнинг юқори сифати, аҳолининг юқори санитария маданиятига эга бўлиши таъминланган. Перинатал ўлим сабаблари тузилмаси кўпгина мамлакатларда бир хил: унинг асосий сабаблари асфикция, туғруқ жароҳатлари, туғма аномалияларидир. Ривожланаётган давлатлардан фарқли ўлароқ илғор давлатларда перинатал ўлим сабаблари тузилмасида қон кетиш ва сепсис ҳиссасига фақат 5 - 10 % ҳодиса тўғри келади [3, с. 22].

Баъзи тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, эрта неонатал ва ўлик туғилиш нисбати 43:57га тенг, яъни эрта неонатал ўлим 1,3 % ўлик туғилиш кўрсаткичидан юқори. Эрта неонатал ўлим кўрсаткичининг юқорилиги тирик туғилган болаларга ҳам она, ҳам тиббиёт ходимлари томонидан етарлича парваришнинг оқсокланишидан дарак беради. Бу эса республикамызда эрта неонатал ўлимни камайтиришнинг етарлича резервлари мавжудлигидан далолат беради [3, с. 22].

Республикамызда ва хорижда ўтказилган қатор тадқиқот натижалари перинатал ўлим структурасида ўғил болалар қиз болаларга нисбатан юқори улushi ташкил этиши аниқланган. Перинатал ўлим сабаблари таҳлилида етакчи ўринни асфикция (54,1 %), туғруқ жароҳатлари (15,0 %), овқатланишнинг етишмаслиги ва ўсишдан орқада қолиш (11,7 %), туғма аномалиялар (7,5 %), ателектаз ва респиратор дистресс синром (6,4 %) эгаллайди. Бу сабаблар бутун перинатал ўлимнинг 92,6 %ини ташкил этади [2, с. 10-15; 3, с. 22].

Перинатал ўлимни таҳлил қилиш натижасида ўлик туғилганлар орасида асфиксия устунлик қилганлиги (53,3 %), етилиб туғилган болаларда 61,7 % ва етилмай туғилганларда 59,1 %ни ташкил қилди. Туғруқ жароҳатлари натижасида ўлик туғилиш етилиб туғилган чақалоқларда кўп, жумладан 23,1 % етилиб туғилганларда, 16,8 % етилмай туғилган болаларда учраган.

Туғма аномалиялар, овқатланиш етишмаслиги ва ўсишнинг орқада қолиши натижасида ўлик туғилиш кўпроқ етилмай туғилган болалар орасида қайд этилган. Туғма аномалиялар – тегишли равишда 9,4 % ва 5,1 %, овқатланишнинг етишмаслиги ва ривожланишдан орқада қолиш тегишли равишда 25,6 ва 6,9 % [3, с. 22].

Эрта неонатал даврдаги ўлим структурасида асфиксия (50 %) етакчи ўринни эгаллайди, кейинги ўринларда овқатланишнинг етишмаслиги ва ривожланишдан орқада қолиш (20 %), туғруқ травмалари (16,7 %) ва туғма аномалиялар (8,9 %). Боланинг ёши улғайган сайин асфиксия ва овқатланишнинг етишмаслиги ва ривожланишдан орқада қолишдан болалар ўлими камайиб, туғруқ жароҳатлари етакчилик қилади [1, с. 24].

Перинатал ўлимнинг онага боғлиқ асосий сабаларини таҳлилида уни қуйидаги гуруҳларга бўлиб ўрганиш мақадга мувофиқ бўлади. - онанинг экстрагенитал касалликлари; - хомилдорлик асоратлари; - гинекологик анамнез. Онанинг экстрагенитал касалликларига: юрак қон томир тизими касалликлари, бронх ўпка касалликлари, эндокрин тизим касалликлари анемиялар ва буйрак касалликлари қиради.

Маълумки, экстрагенитал патологияларнинг мавжудлиги кўпинча гинекологик касалликларнинг ривожланиши учун шароит яратади.

Акушерликка доир оғирлашиш оқибатларининг таҳлиliga кўра, айрим экстрагенитал касалликлар бу оқибатларнинг энг хавфлиси ҳисобланган. Чунки экстрагенитал патологиялар жуда кўп ҳолларда ҳомиладорлик ва туғиш вақтида юзага келадиган оғир асоратлар билан бириккан ҳолда кузатилиб, ўз навбатида ҳаётий муҳим тизимларнинг дисфункциясига олиб келади ва ўлим хавфини ошириб юборади. Яна шуни алоҳида қайд қилиш лозимки, гестоз билан боғлиқ бўлган оналар ўлими сонининг турли даражаси ижтимоий - иқтисодий шароитлар, тиббий хизмат кўрсатишнинг ҳаммабплиги ва сифати, аҳолининг соғлиқ даражаси, гестозларни илк босқичда аниқлаш ва даволаш имкониятларига боғлиқдир.

Республикамизда охириги ўн йил давомидаги перинатал ўлими эпидемиологиясининг таҳлиliga кўра таъкидлаш мумкинки, ижтимоий ёмон шароитда яшаётган, соматик, репродуктив саломатлигининг паст даражаси, гестацион жараёнда асоратлар даражаси болалар ўлими сабабларининг етакчи омиллари ҳисобланади. Кеч репродуктив ёшдаги пациент аёллар акушерлик ва перинатал асоратларнинг ривожланишида юқори хавфли гуруҳга мансубдир[2, с. 10-15; 3, с. 22; 4, с. 24].

Умуман олганда перинатал ўлим сабаблари мультифакторли характерга эга бўлиб, бу кўрсаткич аёлларнинг репродуктив саломатлик ҳолати, гестацион ва экстрагенитал асоратларнинг мавжудлиги, уларга сифатли ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш билан боғланиб кетади. Болалар ўлимининг ижтимоий ва тиббий - ташкилий сабаблари қишлоқ жойларида яшовчи аёллар учун энг долзарб ҳисобланади.

Охириги йилларда Ўзбекистон Республикасида оналар касалликлари ва ўлимини камайтириш бўйича “Хавфсиз оналик“ миллий дастури йўналиши катта тадбирлар олиб борилиб, сезиларли даражада ижобий натижаларга эришилди. Болалар ўлими кўрсаткичининг олдини олиш бўйича тадбирлар тизимини шакллантиришда, биринчи навбатда тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифати ва унинг якунига ижобий таъсир кўрсатувчи тиббий - ташкилий чоралар ҳисобга олиниши жуда муҳимдир. Ҳозирги вақтда бу кўрсаткичининг олдини олишга қаратилган ташкилий, тиббий, техник тадбирлар мажмуини амалга оширишни ўз ичига олади ва улар амалдаги барча тиббий - ташкилий омиллар спектрини қамраб олади.

Перинатал ва оналар ўлимига доир патологияларни олдини олиш самарадорлиги сезиларли даражада ҳомиладорларни диспансер кузатувига иложи борича эртароқ жалб қилишга боғлиқдир. Бунинг учун аҳолининг санитар ва тиббий маданиятини ошириш, ҳомиладорларни фаол аниқлаш бўйича доимий ва мақсадга йўналтирилган тадбирларни амалга ошириш муҳимдир.

Адабиётлар:

1. Авезова Г.С. Уч ёшгача болаларнинг саломатлиги шаклланишининг тиббий ижтимоий қирралари. Номзодлик дисс. автореферати, Тошкент 2012, 23 бет.
2. Асадов Д.А, Яркулов А.Б., Ахмедов Д.И. Анализ причин младенческой смертности в Республике Узбекистан за 1998 и пути ее снижения // Педиатрия, - Ташкент, 2003. - № 1 С. 10-15.
3. Кабулов К.М. Медицинские и социальные аспекты изучения перинатальной смертности В Республике Каракалпакстан. Автореферат канд.диссертации, Тошкент, 2010, с. 22.

СОҒЛОМ АВЛОД - СОҒЛОМ КЕЛАЖАК ГАРОВИДИР

Хусанова Мукаддас Актамовна

*Тошкент шаҳри
Сергели тиббиёт коллежи умумкасбий фанларкафедраси,
гигиена фани ўқитувчиси,
Ўзбекистон, Тошкент*

Пулатова Наргиза Эргашевна

*Тошкент вилояти Зангиота тиббиёт коллежи
ҳамширалик иши кафедраси оналикда ҳамширалик иши
фани ўқитувчиси,
Ўзбекистон, Тошкент*

HEALTHY GENERATION - HEALTHY FUTURE

Mukaddas Husanova

*teacher of hygiene,
General professional education in the Sergeli Medical College,
Uzbekistan, Tashkent*

Nargiza Pulatova

*Nursing Teacher in Maternity Department
of Nursing Work at Zangiota Medical College,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш - аёлларни оналик вазифасини бажарган, бола тарбияси билан шуғулланган ҳолда ишлаб чиқаришда ва жамият ҳаётида фаол иштирок этишига, аёллар ва болалар саломатлигини мустаҳкамлашга қаратилган жамият ва давлат томонидан ўтказиладиган тадбирлар тизимидир. Ўзбекистонда Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш муҳим давлат аҳамиятига эга бўлган ижтимоий - гигиеник масала ҳисобланади.

Abstract. Protection of motherhood and childhood is a system of public and state action aimed at strengthening the health of women and children, actively participating in child-rearing activities and community life, and protecting maternal and child health. In Uzbekistan, protection of motherhood and childhood has an important national significance is a social - hygienic issue.

Калит сўзлар: Оналар саломатлиги, репродуктив саломатлик, оила саломатлиги

Keywords: Mother's health, reproductive health, family health

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш - аёлларни оналик вазифасини бажарган, бола тарбияси билан шуғулланган ҳолда ишлаб чиқаришда ва жамият ҳаётида фаол иштирок этишига, аёллар ва болалар саломатлигини мустаҳкамлашга қаратилган жамият ва давлат томонидан ўтказиладиган тадбирлар тизимидир [1, с. 23; 2, с. 4].

Репродуктив саломатлик концепцияси асосан БМТнинг аҳоли тараққиёти бўйича ўтказилган конференциясида шакллантирилган бўлиб (Қохира, 1999 йил), оиланинг репродуктив тизимига тааллуқли бўлган тўлиқ жисмоний, руҳий, маънавий ва ижтимоий ҳолатининг барча масалалари, вазифаси ва жараёнлари, шу жумладан насл қолдириш ва руҳий - сексуал муносабатларни ўз ичига олади. Баъзан ЖССТ нашрларида сексуал ва репродуктив соғлиқ тушунчаларига табақалаштирилган ҳолда ёндошилади. Репродуктив соғлиқнинг бузилиши, қолган ҳамма касалликларнинг 5-15 % (ўлим ва меҳнатга лаёқатсизлик билан бирга) ва репродуктив ёшдаги аёллар касалликларининг (15-49 ёш) 22 % ни ташкил қилади, таққослаш учун бу киймат эркакларда 3 % га тенгдир [3, с. 56-57].

Мамлакат олдида юксак умуминсоний қадриятларга асосланган, дунёқарашни кенг бўлган маънавий бой, ахлоқан етук, интеллектуал ривожланган, юқори билимли, жисмонан бақувват, ҳар томонлама камол топган шахсни шакллантириш каби муқаддас вазифа турибди.

Ушбу мақсадга эришиш учун эса:

- соғлом оилани шакллантириш ва оилада юксак маънавий - ахлоқий муҳитни ривожлантириш учун шарт-шароитларни яратиш;

- давлат, жамият ва оила томонидан соғлом фарзанд туғилишига эътибор ва ғамхурликни кучайтириш;
- болаларнинг саломатлигини мустаҳкамлаш, таълим олиш ва ҳар томонлама камол топиши учун шарт - шароитларни яхшилаш.

Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 65 - моддасида «Оналик ва болалик давлат томонидан муҳофаза қилинади» деб белгилаб қўйилган. Оналик ва болаликни муҳофаза қилишнинг ижтимоий - гигиеник аҳамиятларидан бири шундан иборатки, мамлакат аҳолисининг халқ хўжалигида ишловчиларнинг ярмидан кўпини аёллар ва мамлакатимиз аҳолисининг 61,5 %ни эса болалар ва ўсмирлар ташкил этади.

Иккинчидан, Республикамизда ҳозирги кунда 4 миллионга яқин оила мавжуд бўлиб, ҳар йили ўртача 250 мингта янги оила ташкил топмоқда. Статистик маълумотларга кўра, туғиш ёшида бўлган аёлларнинг деярли 65-70 %ида, ҳомиладор аёлларнинг 75-80 %ида турли хил экстрагенитал касалликлар мавжуд бўлиб, бу касалликлар ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнини асоратли ўтишига ва бу ўз навбатида туғилаётган гўдаклар турли касалликлар билан дунёга келишига, аёлларнинг туғруқ асоратлари оқибатида ногиронлигига олиб келмоқда.

Қадим даврлардан философлар, врачлар саломатлик ва хасталикни инсоннинг табиатига, ҳаёт фаолиятига, ҳулқида, турмуш тарзига боғлаб ўрганишга ҳаракат қилишган. Тиббиётнинг отаси бўлмиш Гиппократ ўз даврида: “Инсон фаолияти қандай бўлса, унинг ўзи шундай, унинг табиати ва касалликлари шундай”- деган эди. Демак, инсон саломатлигини у яшаб турган муҳитдан, унинг ҳаёт фаолияти ва ижтимоий ҳолатидан ажралган ҳолда талқин қилиш мумкин эмас.

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимида даволаш - профилактика ёрдами босқичма - босқич амалга оширилади. Биринчи босқич - аёлларга ҳомиладорликкача бўлган даврда тиббий ёрдам кўрсатиш, уларни оналикка тайёрлаш. Бунда ёшларни жинсий масалалар бўйича тарбиялаш, ёш оилаларни никоҳ гигиенаси ва абортлар профилактикаси бўйича тиббий билимларини оширишда ҚВП, оилавий поликлиникалар, скрининг маркази, перинатал марказ, оила ва никоҳ консултациясининг роли катта. Иккинчи босқич - яъни ҳомилани антенатал даврдаги соғлиғини муҳофаза қилиш эса ҚВП, оилавий поликлиникалар, акушерлик стационарлари, бемор ҳомиладорлар учун ташкил этилган ихтисослашган терапия бўлимлари, скрининг марказлари, санаторияларда амалга оширилади. Учинчи босқич - ҳомиланинг туғруқ давридаги муҳофазаси. Бу даврда туғруқни оқилона қабул қилиш асосий аҳамият касб этади. Бу даврда махсус тиббий ёрдам туғруқхона комплекслари ҳамда кенг тармоқли

шифохоналар томонидан кўрсатилади. Тўртинчи босқич - чакалоқлар саломатлигини сақлаш: бу чакалоқни тўғри парваришлаш, кўкрак сути билан боқиш, физиологик жиҳатдан ривожланиши устидан назорат ўрнатишдир. Чакалоқларга туғруқхона комплексларида, ҚВП, оилавий поликлиника, болалар шифохоналарида даволаш - профилактика ёрдами кўрсатилади. Бешинчи босқич - мактабгача бўлган даврда болалар саломатлигини сақлаш. Бу даврда тиббиёт муассасаларининг асосий вазифаларидан бири - болаларнинг тўғри тарбияланиши, овқатланиши, жисмоний риволаниши, иммунобиологик ҳолати устидан назорат ўрнатиш. Олтинчи босқич - мактаб ёшидаги болаларнинг тўғри тарбияланиши, овқатланиши, жисмоний ривожланиши устидан назорат ўрнатиб, ўсиб келаётган бола организмнинг функционал ҳолатига баҳо бериб борилади, маълум ўзгаришлар аниқланганда уларни тузатиш бўйича тегишли тавсиялар берилади. Юқорида келтирилган тадбирларни босқичма - босқич узвий тарзда олиб бориш мамлакатимизда оналик ва болаликни муҳофазалашнинг бир бутун тизимини ташкил этади.

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш икки муҳим бўлимдан: акушер - гинекологик ва болаларга даволаш - профилактика ёрдами ташкил этишдан иборат. Қишлоқ шароитида ҳомиладорлик давридаги аёллар тоифасини диспансер кузатувиغا олиш маълум ҳажмда фельдшер - акушерлик пунктлари, қишлоқ врачлик пунктлари ҳамда ҳудудий шифохона акушер - гинекологлари томонидан амалга оширилади. Бундан келиб чиқадики, қишлоқ аҳолисининг саломатлигини муҳофаза қилишда кўрсатилган тиббий ёрдам муассасалардаги ўрта тиббиёт ходимларидан ҳам юқори билим ва маҳорат талаб қилинади [1, с. 23].

Ҳомиладорларни диспансер кузатуvidан ўтказиш жараёнида изчилликни таъминлаш учун ўрта тиббий ходимлар ва акушер - гинекологлар ўртасида ҳар бир ҳомиладорга бир - бирини такрорловчи 3 та “Ҳомиладор ва туғувчи аёлнинг шахсий харитаси” (ф № 111/ш) ни юритиш мақсадга мувофиқдир. Унинг икки нусхаси ҳомиладор аёлни ҳисобга олган қишлоқ врачлик пунктининг акушеркаси ёки фельдшери тўлдиради, шу билан бирга битта карта ўрта тиббий ходим картотекасида қолади, бошқаси эса, ҳомиладор аёлнинг қўлига берилади. Бу аёллар консультацияси билан ўрта тиббий ходим фаолиятини боғловчи восита бўлиб хизмат қилади. Туман марказий касалхонасида ҳомиладорга шахсий хаританинг 3-чи нусхаси тўлдирилиб, у акушер - гинеколог врачнинг картотекасида қолади ва ҳомиладорларнинг кузатилишини назорат қилишга имкон яратади.

Шундай қилиб, Республикаимизда соғлиқни сақлаш тизимини тубдан ислоҳ этиш доирасида юқори самарадорлиги бутун дунёда

эътироф этилган она ва бола соғлиғини муҳофаза қилишнинг миллий модели шакллантирилди. Ихтисослаштирилган тиббиёт марказлари, соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғимлари, оилавий поликлиникаларнинг кенг тармоғи яратилганлиги натижасида аҳоли, авваламбор, қишлоқ жойлардаги оналар ва болаларнинг малакавий тиббий хизматдан фойдаланиш имкониятлари кенгайди.

Адабиётлар:

1. Авезова Г.С. Уч ёшгача болаларнинг саломатлиги шаклланишининг тиббий ижтимоий қирралари. Номзодлик дисс. автореферати, Тошкент 2012, 23 бет.
2. “Соғлом она ва бола йили” Давлат дастурини амалга ошириш бўйича Республика комиссияси мажлисининг 2016 йил 15 февралдаги 26-сон баёни, 4 бет.
3. Ибрагимов А.Ю., Асадов Д.А., Менликулов П.Р. Основные направления реформирования здравоохранения в республике Узбекистан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины \ – М., 2012. - С. 56-57.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А: ТАРҚАЛГАНЛИГИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ

Чориева Шахноза Эгамбердиева

*Зангиота тиббиёт коллежи
Ҳамишралик иши кафедраси ўқитувчиси,
Ўзбекистан, Тошкент*

Қосимова Сурайё Махмуджановна

*Сергели тиббиёт коллежи
Умумқасбий фанлар
кафедраси фармакология фани ўқитувчиси,
Ўзбекистан, Тошкент*

VIRUS HEPATITIS A: PREVALENCE, PROFILAKTICA

Shakhnoza Chorieva

*Zangiota Medical College Teacher of nursing,
Uzbekistan, Tashkent*

Surayo Qosimova

*Teacher of pharmacology
at the Department of Public Sociology
of Sergeli Medical College,
Uzbekistan, Tashkent*

Аннотация. Республикамизда мустақиллик йилларида аҳоли орасида тарқалган касалликларни, айниқса юқумли касалликларни олдини олиш, камайтириш бўйича кўпгина ишлар амалга оширилди, натижада охириги йилларда мамлакатимизда юқумли касалликларнинг аҳоли орасида тарқалганлиги кескин камайди, айрим ўта хавфли ва карантин инфекциялар бутунлай бартараф этилди. Мақолада ижтимоий жихатдан муҳим ҳисобланган вирусли гепатит Анинг Республикамизда тарқалганлигини олдини олиш ва уларни камайтириш бўйича олиб борилган ишлар таҳлил қилинган.

Abstract. In the Republic during the years of independence a great deal has been done to prevent and reduce the spread of diseases, especially infectious diseases, which has resulted in a sharp decline in infectious diseases in the country in recent years, and some extremely dangerous and quarantine infections have been completely eradicated. The article analyzes the work done to prevent and minimize the prevalence of viral hepatitis A in the country.

Калит сўзлар: Юқумли касалликлар, вирусли гепатит А, тарқалганлиги, профилактикаси.

Keywords: Infectious diseases, viral hepatitis A, proliferation, prophylaxis.

Юқумли касалликлар ичида вирусли гепатитлар тез тарқалувчи хавфли юқумли касалликлардан бири ҳисобланади [1, с. 88-89].

Аҳоли орасида вирусли гепатитлар билан касалланишнинг ўсиши, асосан, вирусли гепатит А оқибатида юзага келади, унинг улуши республика бўйича тарқалган вирусли гепатитларнинг 80% - 90% ташкил қилмоқда. Вирусли гепатит А учун касалланишнинг ҳар 10 йилда даврий кўпайиши ҳосдир. Мустақиллика эришилгандан кейин касалланишнинг навбатдаги даврий кўпайиши 1995-1997 йилларга тўғри келиб, бунда 1995 йилда касалланганларнинг сони энг юқори даражага етди, ҳамда касалланиш кўрсаткичлари 100 минг аҳолига 607,2 ҳолатни ташкил қилди.

Мустақиллик йилларида Республика аҳолиси орасида вирусли гепатит А билан касалланиш кўрсаткичларнинг мунтазам пасайиши аниқланди. Мустақиллик йилларида Республикада аҳолининг вирусли

гапатитлар билан касалланишни 5, 3 мартагача, жумладан вирусли гапатит А билан касалланиш 4,0 марта, вирусли гапатит В билан касалланиш эса 124,7 марта пасайганлигини аниқлади .

Агар 1991-1994 йилларда 100 минг аҳолига вирусли гапатит А билан ўртача касалланиш кўрсаткичи 484,2 тани ташкил этган бўлса, 2016 йили ушбу кўрсаткич 120,5 ни қайд этилди.

Вирусли гапатит А касаллигинин календарь йилнинг ойлари бўйича тарқалганлигини таҳлил қилганимизда касалланишнинг энг паст кўрсаткичи йилнинг июнь ойига тўғри келса, кўпайиши эса июль ойининг охирларидан бошланиб, энг юқори чўққиси ноябрь-декабрь ойларига тўғри келиши аниқланди. Умуман олганда, республикада аҳолининг вирусли гапатит А билан касалланиши асосан йилнинг куз-киш мавсумига хослиги аниқланди.

ВГА юқишида энг асосий омил маиший-мулоқот омили бўлиб, у барча аниқланган омилларнинг 80,9 % ташкил қилди. Касалликнинг юқишида сув омилнинг улуши 9,9 %ни, озуқавий омилнинг улуши эса ўртача 9,2 % ташкил қилди [2, с. 3-7].

Касаллик юқиши шароити ва жойларини ўрганилганда барча касалликларнинг 30,0 % оила шароитида, 37,7 % мактабгача таълим муассаларида, 13,8 % мактабларда ва 8 % ҳолатларда қўшни болалар билан муомала-мулоқат қилишдан юққанлиги аниқланди [3, с. 97-98].

Вирусли гапатитларни ташхислашнинг замонавий усулларини, энг аввало иммунофермент таҳлилин жорий қилинши муносабати билан, уй шароитида вирусли гапатит А билан оғриган беморларни даволаш учун стационарлар ташкил қилишга рухсат берилди. Беморларни уй шароитида даволашнинг мажбурий шarti, бу ВГА ва қон таркибида анти- HAV IgМни аниқлаш учун беморларни лаборатор текширувидан ўтказишдан иборат.

Вирусли гапатит А билан касалланишни олдини олишнинг асосий усулларидан бири иммунопрофилактикани ўтказишдир. Бугунга келиб, гапатит А дан ҳимоя қилувчи етарли даражадаги таъсир кучига эга вакциналар яратилган. Бу вакциналар гапатит А нинг ўлдирилган вирусларидан иборат бўлиб, юқори иммуногенлик даражасига эгадир [4, с. 2-4].

Гепатит А га қарши инактивланган вакциналардан фойдаланиш гапатит А клиник ривожланишини 94-100 % ҳолатларда олдини олади, бундан ташқари уни қўллаш натижасида жиддий салбий реакциялар кузатилмайди. Профилактик эмлаш миллий календарига (таквим) эпидемик кўрсатмалар бўйича гапатит А га қарши вакцинациялашни амалга ошириш масаласи киритилди (СанПиН № 0239-07).

Ўзбекистон Республикасининг биринчи Президенти И.А.Каримов томонидан 2014 йил «Соғлом бола йили» деб эълон қилиниши муносабати билан ушбу йилда болалар уйи, мактаб интернатлар, ҳамда кам таъминланган оилаларда тарбияланувчи 50 минга яқин болалар ВГАга қарши эмлашдан ўтказилди. Эмлаш бир марта, «Мевакс» вакцинаси (Хитойда ишлаб чиқилган) билан ҳомийлик ёрдами ҳисобидан амалга оширилди. Шу билан бирга, аҳоли иммунлаш пунктларида, аҳолининг ўз ҳисобларидан вирусли гепатит А га қарши фаол эмлаб келинган.

2013 йилда республикада гепатит А касаллиги билан касалланиш даражасининг навбатдаги узлуксиз ошиб кетиши кузатилди, бунда 89,8 % мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар гепатит билан касалланган. Шу йили гепатит А га қарши жами 103 мингдан ортик мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар аҳолининг ўз маблағлари ҳисобидан эмланди.

Адабиётлар:

1. Маткаримов Б.Д., Турсунова Д.А., Назарова С.К. Иммунопрофилактика – основа здоровья населения// IX Республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана, Ташкент, 21-22 мая 2010г. – Т., 2010. – С. 89-90.
2. Ниязматов Б.И. Республикада эпидемиология, микробиология ва юкумли касалликлар буйича олиб борилаётган илмий тадқиқот ишлари ва уларнинг тиббиёт амалиётидаги ахамияти хақида// Реформирование санитарно-эпидемиологической службы: материалы науч. - практ. конф. – Т., 2008. – С. 3-7.
3. Чурирко М.И., Степкин Ю.И., Шарипова Л.Ф., Агеева О.Т., Гунина О.М., Боева Г.В. Эпидемиологическая ситуация и санитарно-противоэпидемические мероприятия при вирусном гепатите А в Воронежской области (1990-2004 гг.) // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунол. – 2007. - № 1. – С. 97-98.
4. Шанасыров А.С. Организация медицинской помощи в системе медико-санитарного объединения Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за 20 лет независимости // Мед. журн. Узбекистана. – 2011. - № 4. – С. 2-4.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Сборник статей по материалам VII международной
научно-практической конференции*

№ 1 (6)
Январь 2018 г.

В авторской редакции
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Подписано в печать 02.02.18. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 8,625. Тираж 550 экз.

Издательство «Интернаука»
125009, г. Москва, Георгиевский пер. 1, стр. 1
E-mail: mail@internauka.org

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3

ООО «Интернаука» (г. Москва) проводит международные заочные научно-практические **конференции по 26 научным направлениям**. Предоставляя возможность опубликовать статьи быстро и качественно, мы помогаем аспирантам, соискателям и докторантам представить на суд научной общественности результаты проведенных исследований, открываем дорогу молодым, привлекаем в научную среду как начинающих ученых, так и профессионалов, имеющих богатый практический опыт в прикладной сфере и упрощаем процесс вхождения в научное сообщество, снижая барьеры расстояния, финансов, языка, статуса, возраста, опыта.

Мы проводим заочные конференции на двух языках: русском и английском, способствуя сближению научных сообществ разных стран.

Нашим изданиям присваиваются коды ISSN, УДК, ББК. Производится их регистрация в Российской книжной палате и рассылка по библиотекам нашей страны.

На сегодняшний день в рамках проекта "Интернаука" было **проведено свыше 250 конференций, в которых приняли участие более 6000 ученых из 15 стран мира**: России, Казахстана, Узбекистана, Азербайджана, Украины, Белоруссии, Польши, Армении, Латвии, Болгарии, Молдовы, Румынии, Эстонии, Греции, Турции.

Конференции по 26 направлениям науки:

Архитектура
Астрономия
Биология
Ветеринария
География
Геология
Информационные технологии
Искусствоведение
История
Культурология
Математика
Медицина
Менеджмент
Педагогика
Политология
Психология
Сельскохозяйственные науки
Социология
Технические науки
Фармацевтические науки
Физика
Филология
Философия
Химия
Экономика
Юриспруденция