

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Csaba F., Gyorgy A., Peter K, et al. Эффективность и безопасность фиксированной комбинации амлодипина и лизиноприла у пациентов с эссенциальной гипертензией // Кардиология. – 2010. – (тематический номер)
- 2 Козловская И.Л., Булкина О.С., Карпов Ю.А. Лечение резистентной артериальной гипертензии // РМЖ. – 2012. – №25
- 3 Пономарева А.И. Компаниец О.Г. Аверин Е.Е. Новые возможности фармакотерапии артериальной гипертензии // РМЖ. – 2012. – №25
- 4 Подзолков В.И., Осадчий К.К. Новые горизонты комбинированной терапии артериальной гипертензии // Лечащий врач. – 2008. – № 6
- 5 Маколкин В.И. Комбинированная терапия – не только повышение эффективности антигипертензивной терапии, но и удобство для пациентов // Лечащий врач. – 2008. – № 2
- 6 Желнов В.В., Петровская Н.В., Комарова И.С. Современные подходы к комбинированной терапии артериальной гипертензии // РМЖ. – 2007. – Т.15, №28. – С. 2138-2142

ТҰЖЫРЫМ

О.И. ШАРИПОВА

№1 қалалық емхана, Петропавл қ.

2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІ БАР НАУҚАСТАРДА АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Зерттеу мақсаты: 6 апта бойы 2 дәрежелі артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті диагнозы бар 18 науқасты қадағалау. Гипотензивті біріктірілген препарат ретінде экваторды (10 мг лизиноприл+ 5 мг амлодипин) қолдану.

Нәтижелер: экватор қабылдаудың екінші аптасында

80% емделушілерде артериялық қысымның мақсатты деңгейдегі табысы. Қан сарысуындағы глюкоза және триглицеридтер көрсеткіштерінің жақсаруы.

Тұжырымдар: қант диабеті бар науқастарда артериялық гипертензияға біріктірілген терапия қолдану қажет. Экватор – бұл артериялық қысымды үйлесімді бақылауды қолдауға жақсы мүмкіндік және липидтермен көмірсулар алмасуына қолайлы ықпал етеді.

Негізгі сөздер: 2 типті қант диабеті, артериалдық гипертензия, тіркелген комбинация, экватор, АД нысаналы деңгейі.

SUMMARY

O.I. SHARIPOVA

City outpatient department No1, Petropavlovsk c.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

The purpose of the study: assessment of the advantages of combination therapy of hypertension in patients with type 2 diabetes.

Materials and methods: observation over 18 patients with the diagnosis of hypertension 2 degrees, type 2 diabetes for 6 weeks. The use of the Equator (lisinopril 10 mg plus amlodipine 5 mg) as a combined antihypertensive drug.

Results: reaching target blood pressure in 80% of patients receiving equator at the second week. Improvements in glucose and triglyceride levels in blood plasma.

Findings: combination therapy of hypertension in diabetic patients is a necessity. The equator is a good opportunity to maintain an optimal blood pressure control, and a beneficial effect on carbohydrate and lipid metabolism.

Key words: the type 2 of diabetes, arterial hypertension, the fixed combination, the equator, the target blood pressure.

УДК 616.34-008.314.4:615.331-053.2(574)

М.В. ГОЛОВЕНКО

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

РЕГИСТР ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИМЕНЕНИЯ СПОРОВЫХ ПРОБИОТИКОВ СРЕДИ КАЗАХСТАНСКИХ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДИАРЕЕЙ

Острые кишечные инфекции сохраняют свою актуальность в связи с высокой заболеваемостью, особенно у детей раннего возраста. При всем разнообразии этиологии диареи вирусы остаются основным фактором, причем по данным ВОЗ ротавирус – основной возбудитель тяжелых диарей и часто является причиной летальности детей младшего возраста в странах с низкими доходами. Также одной из распространенных причин диареи является антибиотико-ассоциированная диарея, связанная с приемом антибиотиков. Эти состояния ведут к нарушению микробиоценоза – одной из наиболее значимых жизнеобеспечивающих систем человека, выполняющих ведущую роль в поддержании гомеостаза. Применение споровых пробиотиков в составе комплексной терапии может улучшить эффективность лечения, оказывая влияние на улучшение клинических и лабораторных показателей.

Ключевые слова: исследование, острая внебольничная диарея у детей, споровые пробиотики, вирусы, антибиотик-ассоциированная диарея, Казахстан, ВОЗ.

Согласно информации Всемирной организации здравоохранения (именуемой далее ВОЗ) каждый год регистрируется около 2 миллиардов случаев диареи. Ежегодно от диареи умирает примерно полтора миллиона детей. Согласно данным статистики диарея является вторым заболеванием по смертности детей в возрасте до 5 лет по всему миру [1].

Диарея может быть вызвана разными факторами: бактериями, вирусами, протозоа, антибактериальными препаратами и т.д. Вирусы являются самой распространенной причиной, при этом ротавирус является основной причиной развития диареи серьезной степени тяжести среди младенцев и детей младшего возраста по всему миру. Согласно проведенным оценкам каждый год рота-

вирусы приводят примерно к 527 000 летальным исходам, при этом более 85% этих летальных исходов имеют место в странах с низким уровнем доходов в Африке и Азии. Каждый год госпитализируется свыше двух миллионов людей с явно выраженным обезвоживанием [2].

Помимо диареи, вызванной вирусами (ВД), одной из самых распространенных причин развития диареи, является прием антибиотиков (именуемые далее по тексту «АБ»). Антибиотико-ассоциированная диарея (ААД), согласно определению ВОЗ, обычно проявляется более частым опорожнением кишечника (свыше трех раз в сутки), связанным с приемом АБ, который сопровождается повышенным объемом, измененной консистенцией и такими патологическими примесями, как слизь, зеленоватый кашицеобразный стул и кровь. Почти все антибиотики, особенно активные в отношении анаэробных микроорганизмов, могут вызывать ААД. Согласно данным разных авторов ААД отмечается у 5-25% лиц, принимающих антибиотики [3]. Учитывая важность данной проблемы, мы изучили частоту развития острой внебольничной диареи (ОВД) среди детей в Казахстане в целях проведения дальнейшей оценки применения споровых пробиотиков в лечении.

Первичные задачи:

– дать описание характеристик пациентов с острой внебольничной диареей, которые могут проходить лечение споровыми пробиотиками.

Вторичные задачи:

- провести оценку частоты встречаемости пациентов с вирусной диареей;
- провести оценку частоты развития диарея, связанной с приемом антибиотиков, среди пациентов;
- определить основную группу антибиотиков, которые могут вызывать острую диарею у детей.

Методология клинического исследования

Открытое, многоцентровое, неинтервенционное, кросс-секционное исследование детей с ОВД было предусмотрено для проведения в период с октября по декабрь 2010 года в 7 регионах Казахстана (Алматы, Астана, Актобе, Караганда, Костанай, Усть-Каменогорск и Шымкент). Было запланировано включить 1344 пациента с острой внебольничной диареей: 190-195 детей в каждом из 7 регионов.

Диагноз и критерии для включения в исследование

Все пациенты были включены в исследование в соответствии с критериями ВОЗ (2005) в отношении диагностирования ОВД [4]:

- острая диарея, продолжительностью не более 48 часов;
- три жидких стула или более в течение предыдущих 24 часов;

Основными критериями для включения были:

- дети или младенцы с ОВД в возрасте от 1 года до 14 лет;

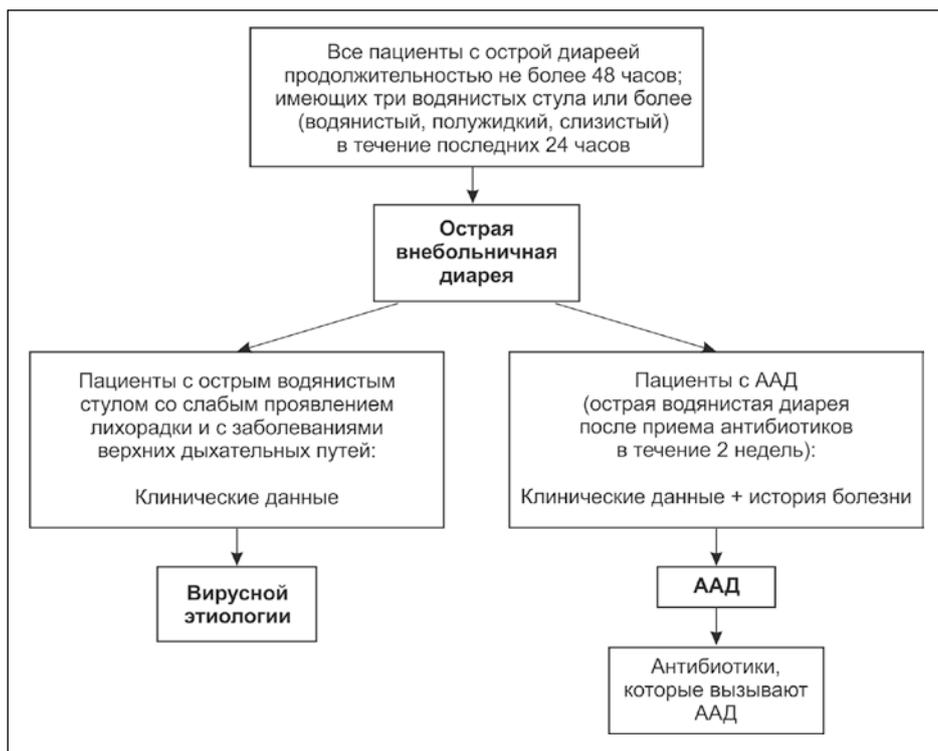


Рисунок 1 – Процедура разделения на группы

- острая внебольничная диарея неинвазивной (вирусной) этиологии или связанная с приемом антибиотиков;
- пациенты с диареей продолжительностью не более 48 часов;
- три жидких стула или более в течение предыдущих 24 часов;
- информированное письменное согласие со стороны родителей или опекунов детей.

Все включенные пациенты с ОВД, которые могут проходить лечение споровыми пробиотиками, были разделены на 2 группы (рис. 1) в соответствии со следующей процедурой:

- 1 группа пациентов, страдающих диареей вирусной этиологии: диагноз был поставлен в соответствии с национальными рекомендациями [6] и международной классификацией заболеваний (ICD 1996, обзор X, A08.0) [7]: все пациенты с острой водянистой диареей со слабым проявлением лихорадки и синдромом верхних дыхательных путей;
- 2 группа пациентов с антибиотико-ассоциированной диареей (ААД): все пациенты с ААД (острый водянистый стул), которые принимали антибиотики в течение 2 недель до появления диареи [8]. Данные об антибиотиках, являющихся причиной, были взяты из историй болезни (зарегистрированных в Индивидуальных регистрационных формах пациента), затем проанализированы и сгруппированы по классам антибиотиков.

Во время исследования были совершены два визита к доктору: первый визит – визит в рамках включения в исследование, второй визит – спустя пять дней наблюдения.

Критерии для оценки

- количество младенцев или детей с вирусной диареей;
- количество младенцев или детей с диареей, связанной с приемом антибиотиков;
- основная группа антибиотиков, которая вызывает острую диарею у детей;

Статистические методы

Данные из Регистрационных форм пациента были перенесены в таблицы Excel и затем проанализированы; средний возраст ± стандартная погрешность средней величины: дети с ОВД, вирусной диареей или ААД, характеристика частоты стула (водянистый, полужидкий кал, стул со слизью), основная группа антибиотиков, которая вызывает ААД.

Краткое описание

Данное исследование является первым исследованием ОВД, проведенным в Казахстане среди детей.

В период с 1 октября по 10 декабря 2010 года было включено в целом 1337 детей, страдающих ОВД, чьи родители амбулаторно получили консультацию у врачей-педиатров: 203 ребенка из Алматы, 200 детей из каждого следующего города: Астана, Актобе, Усть-Каменогорск и Костанай, 184 детей из Караганды и 150 из Шымкента.

После проведения исследования были собраны и проанализированы данные, полученные в отношении 1262 пациентов. 75 пациентов, не соответствующих критериям включения, были исключены из дальнейшего анализа.

Средний возраст пациентов с ОВД составил 3,4±0,9 года в Казахстане, в целом. В регионах данное значение колебалось от самого минимального среднего возраста 2,5±2,2 года в Шимкенте до самого максимального среднего возраста 4,5±1,6 в Астане. Эти данные приводятся в таблице 1.

Значения SEM были выше ввиду широкого диапазона возрастов детей, включенных в исследование, особенно в Алматы и Шымкенте (от 1 месяца до 17 лет).

Хорошо известно, что характеристиками ОВД является водянистый стул, при этом он может различаться от полужидких фекалий и фекалий со слизью до водянистого стула без каких-либо примесей [4]. Анализ характеристик стула, приведенных в таблице 2, демонстрирует, что ОВД характеризовалась водянистым стулом у 63,6%, полужидкими фекалиями у 32% и стулом со слизью у 4,3%.

Распределение ОВД по типам показано на рисунке 2.

Частота появления вирусной диареи составила 67,4%, при этом средний возраст пациентов составил 3,1±0,8 года. Частота появления ААД составила 32,6%, а средний возраст пациентов составил 4±1,5 года. Частота развития вирусной диареи, продемонстрированная в данном исследовании, подтверждает публикации ВОЗ в отношении эпидемиологии ОВД (в зимнее время) [5].

Как показано, частота развития вирусной диареи среди детей в разных регионах Казахстана колеблется от 42,1 до 91,3%, в то время как соответствующий

Таблица 1 – Средний возраст детей с ОВД в разных регионах

Регион	Средний возраст ± стандартная погрешность средней величины (SEM), в годах
Алматы	4,0±3,2
Шимкент	2,5±2,2
Караганда	3,5±1,6
Усть-Каменогорск	3,0±0,8
Астана	4,5±1,6
Костанай	2,7±1,7
Актобе	3,8±1,7
ИТОГО в Казахстане	3,4±0,9

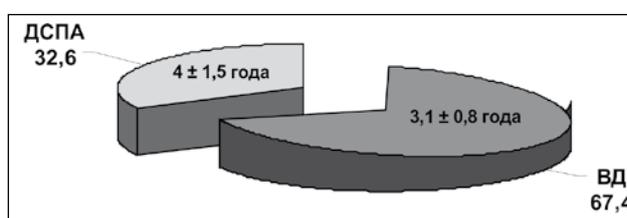


Рисунок 2 – Распределение ОВД по типам

возрастной диапазон колеблется от 1,8 до 4,1 года, что соответствует имеющимся данным о частоте развития вирусной диареи в холодный период года. Наблюдаемые различия зависят от климатических особенностей региона. Эти данные представлены в таблице 3.

Что касается частоты развития ААД, она колеблется от 8,7 до 57,9% случаев, в то время как соответствующий возрастной диапазон колеблется от 2,5 до 4,9 года. Следует принять во внимание, что в Костанай частота развития ААД была выше частоты развития ВД (57,9%). Это может объясняться тем, что Костанай является самым северным

Таблица 2 – Характеристики водянистого стула у исследованных детей из разных регионов РК, охваченных проектом (в процентах)

Характеристика стула	Актобе	Алматы	Астана	Караганда	Костанай	Усть-Каменогорск	Шимкент	Итого в РК
Водянистый	63,3	56	44	75,6	97,4	37,9	71,1	63,6
Полужидкие фекалии	34,5	35	52,5	21,7	2,6	61,6	16,5	32,1
Со слизью	2,2	9	3,5	2,7	-	0,5	12,4	4,3

Таблица 3 – Средний возраст детей с ВД, ААД, распространение ВД и ААД в разных регионах Казахстана

Город	Средний возраст пациентов с ОВД (M±m) в годах	Средний возраст пациентов с ВД в годах	Частота развития ВД (%)	Средний возраст пациентов с ДСПА в годах	Частота развития ДСПА (%)
Актобе	3,8±1,7	3,5±1,6	58,8	3,9±1,9	41,2
Алматы	4,0±3,2	4,1±3,4	67	4,9±1,6	33
Астана	4,5±1,6	3,8±1,6	60,6	4,9±1,9	39,4
Караганда	3,5±1,6	3,8±1,6	91,3	2,9±1,9	8,7
Костанай	2,7±1,7	1,8±0,7	42,1	3,7±2,9	57,9
Усть-Каменогорск	3,0±0,8	2,2±1,4	81,8	4,7±2,9	18,2
Шимкент	2,5±2,2	3,02±0,76	70,4	2,5±0,2	29,6

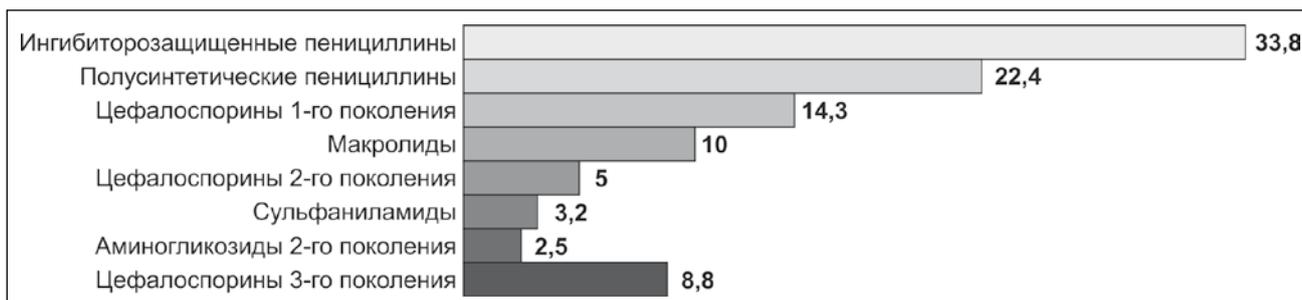


Рисунок 3 – Основные группы антибиотиков, вызывающих ААД у детей в Казахстане (частота случаев)

городом в Казахстане и дети чаще страдают от заболеваний, требующих приема антибиотиков, по сравнению с другими регионами.

Как показывает рисунок 3, основными группами антибиотиков, вызывающих ААД среди детей в возрасте младше 14 лет в Казахстане, являются ингибиторозащищенные пенициллины (33,8%), полусинтетические пенициллины (22,4%), цефалоспорины первого поколения (14,3%), макролиды (10%) и цефалоспорины третьего поколения (8%).

Применение основных групп антибактериальных средств характеризовалось некоторыми особенностями в каждом из регионов, тем не менее, в целом, была отмечена идентичность. Но иногда наблюдались некоторые отличия в распределениях по группам, что может быть признаком чрезмерного назначения антибактериальных средств, а иногда неправильного применения таких средств.

Второй визит был необязательным, и его целью было удостовериться в выздоровлении всех пациентов без каких-либо осложнений. На момент такого визита включенные пациенты (1337) с ОВД и ВД полностью восстановились (в течение 5-10 дней с момента начала наблюдения). Случаи госпитализации отмечены не были.

Таким образом, были получены следующие результаты исследования:

1. Вирусная диарея (ВД) и антибиотико-ассоциированная диарея являются распространенными в разных регионах Казахстана.

2. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что в холодный период в Казахстане основными типами диареи среди пациентов с ОВД были ВД и ААД.

Результаты и обсуждение

Результаты, полученные в данном открытом исследовании, демонстрируют, что в нашей стране в зимний период доля секреторной диареи составляет 67,4%. Различия температуры с юга на север не влияет, в существенной степени, на распространение диареи. Эти полученные сведения соответствуют данным научных публикаций о распространенности вирусных инфекций от 30 до 80% среди детей в возрасте до 5 лет в зимнее время в развитых странах [3].

Средний возраст детей с вирусной диареей в регионах Казахстана составил $3,1 \pm 3,1$ года, что соответствует данным международных исследований, указывающих на то, что вирусы являются самой распространенной причиной развития кишечной инфекции среди детей в возрасте до 5 лет [1, 5, 6].

В целом в стране частота развития ААД среди детей составила 32,6%, при этом средний возраст составил $4,0 \pm 1,5$ года. Очевидно, что это обусловлено тем, что дети старшего возраста посещают детские сады и чаще заражаются инфекциями дыхательных путей и, в данной связи, принимают антибиотики. Высокий показатель распространения ААД в некоторых городах может быть признаком чрезмерного применения антибиотиков и, в

некоторых случаях, применения антибиотиков по незарегистрированным показаниям [10, 11].

Согласно результатам исследования основной причиной развития ААД являются, главным образом, защищенные производные пенициллина, второй причиной развития ААД является полусинтетический пенициллин. Макролиды занимают четвертое место с показателем распространения 10%, который выше того, который указан в доступных публикациях (2-5%). На назначение антибиотиков влияет тот факт, что включен ли этот препарат в перечень бесплатных лекарственных средств для детей в возрасте до 5 лет. Помимо этого, они представляют собой основные группы антибиотиков, которые используются для лечения самого ведущего заболевания у детей – инфекции дыхательных путей [11]. Данное исследование также продемонстрировало важную роль частоты и продолжительности лечения антибиотиками в развитии ААД. Чем дольше и чаще проводится лечение, тем выше риск развития ААД [10].

Данные, полученные из медицинской литературы в отношении управления течением вирусной диареи, демонстрируют, что споровые пробиотики могут сократить период выведения вируса из организма вместе с фекалиями, восстановить нормальную кишечную проходимость, устойчивую колонизацию и нормальную экофлору кишечника, повысить выработку иммуноглобулина А и обеспечить быстрое восстановление [5].

Согласно характеру ОВД среди детей в Казахстане и, учитывая полученные результаты, мы можем считать характеристики пациентов подходящими для рассмотрения споровых пробиотиков в лечении внебольничной диареи в сочетании с необходимыми мерами по устранению обезвоживания и этиологической причины, если таковая была установлена [5, 8, 9].

Ограничения исследования: мы не включили в данное исследование новорожденных (в возрасте младше 1 месяца) и детей в возрасте старше 14 лет, таким образом, не все возрастные группы были включены в исследование. Пациенты с диарейным синдромом и патологическими примесями в стуле, такими как кровь или слизь, были исключены из исследования. В соответствии с рекомендациями ВОЗ «Лечение диареи. Руководство для врачей и руководителей здравоохранения», мы, путем визуального исследования стула, можем установить возбудителя диареи, при наличии гемоколита – это инвазивные бактерии, при водянистом стуле без примесей, особенно в холодный период – вирусы. Таким образом, исследование было запланировано на ноябрь, декабрь, январь, на момент максимального распространения вирусов. Следовательно, дети с более серьезными заболеваниями не были включены. Кроме того, исследование было наблюдательным и поэтому не контролируемым, что могло привести к некоторым погрешностям при наборе участников исследования. Так же некоторые дети получали антибиотики от бактериальных

или вирусных инфекций, которые могут составлять часть этиологии диареи.

Выводы

Основной характеристикой пациентов с ОВД было присутствие водянистого стула. Типы водянистого стула среди детей в Казахстане были распределены следующим образом: 63,6% – водянистый стул без каких-либо примесей, 32,1% – полужидкие фекалии и 4,3% – стул со слизью.

Средний возраст пациентов с ОВД, включенных в исследование в Казахстане, составил 3,4±0,9 года.

В соответствии с результатами исследования основной причиной ОВД были вирусы и антибиотики, принимаемые внутрь.

Распространение диареи среди детей в возрасте до 14 лет (средний возраст 3,1±0,8 года) в холодный период года составило 67,4% и колебалось от 42,1 до 91,3% в зависимости от региона.

Частота развития диареи, связанной с приемом антибиотиков, среди детей колебалась от 8,7 до 57,9% в разных регионах РК, при этом среднее значение составило 32,6%, а средний возраст 4,0 года.

Главные группы антибактериальных средств, вызывающих ААД среди детей в возрасте 14 лет в РК, включали ингибиторозащищенные (33,8%) и полусинтетические пенициллины (22,4%), цефалоспорины первого поколения (14,3%), макролиды (10%) и цефалоспорины третьего поколения (8%).

Таким образом, результаты исследования демонстрируют, что вирусная диарея и антибиотико-ассоциированная диарея являются самыми преобладающими в разных регионах Казахстана.

Что касается дополнительных исследований, мы считаем, что споровые пробиотики могут применяться в рамках стандартного лечения вирусной диареи и диареи, связанной с приемом антибиотиков, в повседневной медицинской практике.

Конфликт интересов: Головенко М.В. получила денежное вознаграждение за данное исследование от компании «Санofi-Авентис Казахстан».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Diarrhoeal Diseases (Updated February 2009) WHO, http://www.who.int/vaccine_research/diarrhoeal/en/index.html Accessed July 2013
- 2 WHO. New and Under-utilized Vaccines Implementation (NUVI) <http://www.who.int/nuvi/rotavirus/en/> Accessed June 2013
- 3 Bartlett J.G. Antibiotic-associated diarrhea. N Engl J Med 2002; 346: 334- 9
- 4 The treatment of diarrhea. A manual for physicians and other senior health workers. WHO, 2005 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>. accessed June 2013
- 5 Huang J., Bousvaros A., Lee J, et al. Efficacy of probiotic use in acute diarrhea in children, a meta-analysis. Dig Dis Sci. 2002; 47(11): 2625-2634
- 6 The order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan No. 656 “On implementation of integrated children diseases management procedure and early children development in the Republic of Kazakhstan” dated December 19, 2008, Астана
- 7 International Classification of Diseases (ICD 1996, X review, 1998)
- 8 Walker W.A., Durie P.R., Hamilton J.R., Walker-Smith J.A., Watkins J.B. Pediatric Gastrointestinal Disease. 3d ed. Ontario: BC Decker, 2002. – 1930 p.
- 9 Parfyonov A.I. Diarrhea and probiotics in its treatment,

Central Scientific Research Institute of gastroenterology, Moscow, 2007

10 Wistrom J., Norrby S.R., Myhre E.B. et al. Frequency of antibiotic-associated diarrhea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study. J Antimicrob Chemother 2001; 47: 43-50

11 Grigorieva G.A. Antibiotic –associated diarrhea and pseudomembranous colitis (diagnosis and treatment). Therapeutic archive 2001; 8:75- <http://www.diarea.ru/deti2.php?param=1&id=981> accessed August 2013

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.В. ГОЛОВЕНКО

Қазақтың С.Ж.Асфендияров атындағы Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

АУРУХАНАДАН ТЫС ЖІТІ ДИАРЕЯМЕН АУЫРАТЫН ҚАЗАҚСТАНДЫҚ БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ СПОРАЛЫҚ ПРОБИОТИКТЕРДІ БАҒАЛАУҒА АРНАЛҒАН АУРУЛАРДЫҢ ТІРКЕЛІМІ

Бүкіл дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы (әрі қарай ДДҰ) ақпаратына сай әр жылы диареяның 2 миллиардан астам оқиға тіркеледі. Диареядан жыл сайын шамамен бір жарым миллион бала көз жұмады. Статистика деректеріне сай диарея бүкіл әлем бойынша 5 жасқа дейінгі балалардың өлім-жітімінен екінші ауру болып табылады.

Ең көп таралған себеп вирустар болып табылады, бұл орайда ауыз вирусы бүкіл әлем бойынша сәбилер мен кіші жастағы балалар арасында маңызды ауырлық дәрежесіндегі диареяның дамуының басты себебі болып табылады. Вирустар (ВД) туындатқан диареядан бөлек, диареяның дамуының ең көп таралған себептерінің бірі антибиотиктер қабылдау болып табылады. Анаэробты микроорганизмдерге қатысты айрықша белсенді антибиотиктердің барлығы дерлік ААД туғызуы мүмкін. Түрлі авторлардың деректеріне сай ААД антибиотиктер қабылдайтындардың 5-25% байқалады. Аталған проблеманың маңыздылығын ескеріп, біз емдеуде споралық пробиотиктерді қолдануды әрі қарай бағалауды жүргізу мақсатында Қазақстандағы балалар арасында ауруханадан тыс жіті диареяның (АЖД) дамуының жиілігін зерделедік.

Зерттеудің бастапқы міндеттері:

– споралық пробиотиктермен емдеу жүргізілетін ауруханадан тыс жіті диареяға шалдыққан емделушілердің сипаттамасын сипаттау.

Екінші міндеттер вирусты диареяға шалдыққан науқастардың кезесу жиілігін бағалау, емделушілер арасында антибиотиктер қабылдауға байланысты диареяның даму жиілігін бағалау; балаларда жіті диареяның туындауына себеп болатын антибиотиктердің негізгі тобын анықтау.

АЖД шалдыққан емделушілердің негізгі сипаттамалары сулы нәжістің болуы. Қазақстандағы балалардың арасында сулы нәжістің типтері былайша бөлінген: 63,6% – қандай да бір қоспасыз сулы нәжіс; 32,1% – жартылай сұйық нәжістер және 4,3% – шырышты нәжіс.

Балалар арасында антибиотиктер қабылдауға байланысты диареяның даму жиілігі ҚР-ның түрлі өңірлерінде 8,7%-дан 57,9%-ға дейін өзгереді, бұл ретте орташа мән 32,6%, орташа жас 4,0 жылды құрайды.

ҚР-да 14 жасқа дейінгі балалар арасында ААД туғызатын бактерияға қарсы құралдардың негізгі топтарына ингибиторлы қорғанышты (33,8%) және жартылай синтетикалық пенициллиндер (22,4%), бірінші буынды цефалоспориндер (14,3%), макролидтер (10%) және үшінші буынды цефалоспориндер (8%) енеді.

Осылайша, зерттеу нәтижелері вирусты диарея мен антибиотикті ассоциацияланған диарея Қазақстанның түрлі өңірлерінде ең көп таралған түрлер болып табылады.

Негізгі сөздер: зерттеу, балалардың аурухана-

дан тыс жіті диареясы, споралық пробиотиктер, вирустар, антибиотикті-ассоциацияланған диарея, Қазақстан, ДДҰ.

SUMMARY

M.V. GOLOVENKO

Kazakh National Medical University
n.a. of S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

REGISTER OF DISEASES FOR ESTIMATING THE USE OF SPORE PROBIOTICS AMONG KAZAKHSTANI CHILDREN WITH ACUTE OUT-HOSPITAL DIARRHEA

According to the information of the World Health Organization (WHO) about 2 milliard cases of diarrhea are registered annually. Annually about one and half million children die from diarrhea. According to the statistics diarrhea is the second cause of infant mortality among the children under 5 years of old in the world.

Viruses are the most spread cause of diarrhea; rotavirus is the main cause of severe diarrhea among infants and young children in the whole world. Besides diarrhea caused by viruses (VD) one of the most wide-spread causes of diarrhea is the use of antibiotics. Almost all the antibiotics, especially active in anaerobic microorganisms, can cause antibiotic-associated diarrhea (AAD). According to the data of different authors AAD is observed in 5-25% patients taking antibiotics. Taking into account the importance of this problem we studied frequency of occurring acute out-hospital diarrhea (AOHD) among the children in Kazakhstan for the aim of the further estimation of the use of spore probiotics in the treatment.

Initial tasks of the study were:

– description of characteristics of patients with acute out-hospital diarrhea which may be treated by spore probiotics.

Secondary tasks included:

- estimating frequency of cases with virus diarrhea;
- estimating frequency of cases with diarrhea connected with taking antibiotics;
- defining the main group of antibiotics which may cause acute diarrhea in children.

The main characteristic of patients with AVD was the presence of watery stool. The types of watery stool among Kazakhstani children were spread as follows:

- 63,6% children had watery stool without any admixtures;
- 32,1% children had half-fluid faeces;
- 4,3% children had stool with mucus.

Frequency of appearing diarrhea connected with the use of antibiotics among the children fluctuated from 8,7% till 57,9% in various regions of Kazakhstan; the average was 32,6% with the mean age of 4 years of old.

The main groups of antibiotics caused AAD among the children of 14 in the RK included inhibitor-protecting (33,8%) and semi-synthetic penicillins (22,4%), cephalosporins of the first generation (14,3%), macrolids (10%) and cephalosporins of the third generation(8%).

Thus, the results of the study show that virus diarrhea and antibiotic-associated diarrhea are the most prevailing ones in the various regions of Kazakhstan.

Key words: Study, Acute Out-Hospital Diarrhea in Children, Spore Antibiotics, Viruses, Antibiotic-Associated Diarrhea, Kazakhstan, WHO.

Спонсором исследования выступила компания «Санofi-Авентис Казахстан»

УЧАСТНИКИ ПРОЕКТА:

Алматы

№	ФИО	Место работы
2	Кенеева Г.К.	ДП №3
3	Султанкулова Х.А.	ДП №3
4	Турдыбакиева Г.Т.	ДП №7
5	Шим В.Р.	ДП №8
6	Жуматаева Г.К.	ДП №2
7	Умарова Э.Р.	ДП №6
8	Мырзахметова Р.Н.	ДП №6
9	Попова О.В.	МЦ «Сункар»
10	Бегалиева Э.Р.	ДП №1
11	Ракишева Б.У.	ДП №1
12	Нурбекова Д.М.	ДП №16
13	Аникина Е.С.	ДП №16
14	Баратова Е.А.	ДП №8
15	Ти В.С.	ДП №10
16	Нуртаева А.Б.	МЦ «Сункар»
17	Ким Е.Н.	МЦ «ХАК»
18	Гаас Г.Ф.	ДП №4
19	Каргабаева Б.Е.	ДП №6
20	Прилепкина О.Ю.	ДП №8
21	Чвыкова Л.О.	ДП №6
22	Айнабекова Д.К.	ДП №10
23	Алменова Д.Н.	ДП №16
24	Абрамова Л.К.	ДП №4
25	Турдякова А.Е.	ДП №10
26	Иманкулова И.С.	ДП №8
27	Апужановна А.Р.	ДП №8
28	Кочергина И.П.	ДП №3
29	Макеева М.Е.	ДП №3
30	Иманбаева М.И.	ДП №4

Астана

№	ФИО	Место работы
1	Абылгазина Д.С. – Региональный координатор проекта	Департамент здравоохранения

Караганда

№	ФИО	Место работы
1	Бекзатова Г.Х. – Региональный координатор проекта	ОИКБ
2	Кустова Ж.А.	ОИКБ
3	Тулеева Г.К.	ГБ №1
4	Ниетбаева Р.А.	ОДКБ
5	Татиева А.Б.	поликлиника №5
6	Гельдыева И.Т.	поликлиника №5
7	Ленковец Н.А.	поликлиника №1
8	Елисеева Т.Л.	поликлиника №1

9	Громова И.Н.	поликлиника №3
10	Иксанова Н.М.	поликлиника №1
11	Заикин Г.И.	поликлиника №3
12	Кабдыкаримова Д.Б.	поликлиника №1
13	Оралбаева З.П.	поликлиника №3
14	Хамитжанова А.Ж.	поликлиника №1
15	Пак Р.С.	поликлиника №5
16	Фаст Н.И.	поликлиника №1
17	Кабаканова А.Х.	поликлиника №3
18	Лункина Г.И.	поликлиника №1

Костанай

№	ФИО	Место работы
1	Аленова К.К. – Региональный координатор проекта	ОДБ
2	Тарбакова А.К.	ДП №4
3	Мырзахметов У.К	ДП №4
4	Штукина Н.С.	ДП №4
5	Исингазина К.Х.	ДП №4
6	Багутский В.И.	ДП №4
7	Раисова А.М.	ДП №4
8	Морозова Л.В.	ДП №4
9	Шектибаева Г.Г.	ДП №4
10	Байдагулова А.О.	ДП №1
11	Жиентаева Р.А.	ДП №1
12	Ибрашева Д.С.	ДП №1
13	Кузнецова Н.И.	ДП №3
14	Шаповалова Т.И.	ДП №3
15	Богуцкий В.И.	ДП №4
16	Письмак Л.В.	ДП №4
17	Кольчерина Т.А.	ДП №2
18	Ткаченко Т.А.	ДП №2
19	Шайсултанов М.К.	ДП №2
20	Конуршинович В.А	ДП №2
21	Сирутис А.Ю.	ДП №2
22	Ахметова Е.А.	ДП №2

23	Андреева Т.А.	ДП №2
24	Фаткулина М.М.	ДП №2

Усть-Каменогорск

№	ФИО	Место работы
1	Зайченко – Е.А. Региональный координатор проекта	
2	Побединская Т.Н.	ДБ №2
3	Кудинова О.Н.	ДБ №2
4	Семенова В.В.	ДБ №1
5	Маркова Т.В.	ДБ №1
6	Ягудина А.Х.	ДБ №1
7	Мукашева Н.К.	ДБ №1
8	Кунчинова К.Т.	ДБ №1
9	Грошева Т.В.	ДБ №1
10	Сагайдакова Н.В.	ДБ №1
11	Амрешева Ю.С.	ДБ №1
12	Шапарова А.К.	ДБ №1
13	Паламарчук Н.Г.	ДБ №2
14	Громова Л.К.	ДБ №1
15	Иванова Т.П.	ДБ №1
16	Лисовская О.В.	ДБ №2

Шымкент

№	ФИО	Место работы
1	Койшибаева Н.К. – Региональный лидер проекта	Областная детская больница (ОДБ)
2	Бекмухамедова М.	ГП №5
3	Кадырбаева Р.	ОКДМЦ
4	Юсупова Р.	ГДП №1
5	Хан Е.	ГДП №1
6	Нагаткина И.В.	ГП №5
7	Мухитдинова Д.	ГДП №1
8	Маукилова А.К.	ГДП №2
9	Исахов С.А.	ОДБ
10	Джунусова Г.К.	ДП №3

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 616.36-002-004-08:615.24

К.Л. ЮРЬЕВ

Редакция журнала «Український медичний часопис»

**АДЕМЕТИОНИН ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ.
ДОКАЗАТЕЛЬНОЕ ДОСЬЕ**

Адеметионин – производное серусодержащей незаменимой аминокислоты метионина и аденозинтрифосфата (АТФ). Его еще называют активным метионином, поскольку именно адеметионин является фактическим донатором метильных групп в реакциях трансметилирования. Биохимия адеметионина, роль в патогенезе различных заболеваний и механизмы терапевтического (в том числе гепатопротекторного) действия достаточно хорошо изучены, обширны и требуют отдельного рассмотрения.

Цель этой работы – обзор данных доказательной медицины в отношении эффективности и безопасности применения адеметионина при заболеваниях печени.

В рамках работы рассмотрены результаты трех метаанализов результатов применения адеметионина в гепатологии:

1) метаанализ клинических испытаний адеметионина при внутривнутрипеченочном холестазах (Frezza M., Terpin M., 1992; Frezza M., 1993);

2) метаанализ (систематический обзор) результатов применения адеметионина при лечении пациентов с заболеваниями печени, а также пациентов с депрессией и остеоартрозом (Hardy M. et al., 2002);

3) систематический обзор Кокрановского сотрудничества, посвященный более узкому аспекту применения адеметионина при алкогольной болезни печени (Rambaldi A., Gluud C., 2006).

Согласно этому доосье эффективность и безопасность адеметионина доказана при внутривнутрипеченочном холестазах, который представляется «конечным общим путем» многих хронических заболеваний и патологических состояний печени.

Ключевые слова: адеметионин, метаанализ, болезни печени, внутривнутрипеченочный холестаз, холестаз беременных, гепатиты, цирроз печени, алкогольная болезнь печени.