

of tuberculosis, Infection, genetics and Evolution 12(2012)767-781

58 Kontsevayaa I.S., Nikolayevskyb V.V. and Ya. M. Balabanov ab Molecular Epidemiology of Tuberculosis: Objectives, Methods, and Prospects Molecular Genetics, Microbiology and Virology, 2011, Vol. 26, No. 1, pp. 1–9. © Allerton Press, Inc., 2011.

ТҰЖЫРЫМ

Т.А. МУМИНОВ¹, Б.Т. ЖАКИПБАЕВА¹,
Ш.А. БЕЙСЕМБАЕВА¹, К.Е. БЕРИКХАНОВА²,
А.Р. АКИЛЬЖАНОВА², А.М. ТЕРЛИКБАЕВА³,
М.А. ДАРИШЕВА²

¹ҚР фтизиатрлар қауымдастығы,

²Назарбаев Университетінің өмір туралы ғылым орталығы,

³Орталық Азияда ғаламдық денсаулықты зерттеу орталығы

ТМБ ШТАМДАРЫНЫҢ ПОПУЛЯЦИЯЛЫҚ ВАРИАБИЛЬДІГІНІҢ (ӨЗГЕРГІШТІГІНІҢ) ЗЕРТТЕУДЕГІ МОЛЕКУЛЯРЛЫ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ МОНИТОРИНГІ

Мақалада туберкулездің молекулярлы-эпидемиологиясын зерттеудің заманауи әдістері және оларды таңдау белгілері ұсынылған. Зерттеулерді молекулярлы типтау әдісін қолданып өткізу әртүрлі субтиптердің белгілі бір аймақ немесе мемлекеттен басқа аймаққа тарау заңдылығын, субтип гетерогендігінің аймақтың географиялық орналасуына тәуелділігін, субтиптің вирулентікпен байланысын

зерттеу, жұқпаның таралу ерекшеліктерін анықтауда септігін тигізеді. Берілген әдістердің қолданылуы штамдардың сәйкестігін дәлелдеу жолындағы сенімді әдістер және Қазақстан сияқты ауру тұрақты шұғырланған аймақтарда бұл әдістердің өзектілігі ерекше.

SUMMARY

T.A. MUMINOV¹, B.T. ZHAKIPBAEVA¹,
Sh.A. BEYSSEMBAEVA¹, K.E. BERIKHANOVA²,
A.R. AKILZHANOVA², A.M. TERLIKBAEVA³,
M.A. DARISHEVA²

¹Association of phthisiologists,

²Center for life sciences «Nazarbayev University»,

³Global Health Research Center of Central Asia

MOLECULAR AND GENETIC MONITORING FOR STUDYING POPULATION VARIABILITY OF MBT STRAINS

The paper presents the modern methods used to study tuberculosis molecular epidemiology and the criteria for their selection. Conducting research using molecular typing methods can contribute to a better understanding of various subtypes pathogens spread patterns from one region or country to another, allows studying the dependence between subtypes heterogeneity and geographical location of the region, establishing a possible link of subtypes with virulence, and determining the infection transmission peculiarities. These methods application is a reliable way to prove the strains identity and is particularly relevant for areas with high disease incidence, such as Kazakhstan.

УДК 616.23 – 053.6/81

К.Е. АБУБАКИРОВА

Городская поликлиника №6, г. Тараз

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ведущей ролью в возникновении обострений бронхиальной астмы в 37% случаев являлось проведение недостаточной базисной терапии или отказ от нее и в 33% – присоединение респираторной инфекции. Ведущим симптомом в клинической картине обострения, вызванного контактом с аллергеном, являются приступы удушья, число которых вдвое выше, чем при обострениях, вызванных другими причинами; при обострении, ассоциированном с бактериальной инфекцией, статистически значимо преобладают кашель и количество мокроты.

Ключевые слова: бронхиальная астма, триггер, индекс курения, приступ удушья.

Бронхиальная астма (БА) является одной из важнейших проблем терапии, что связано с ее значительной распространенностью, результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют об увеличении заболеваемости [1]. Существует множество пусковых факторов, посредством которых стабильное течение БА переходит в фазу обострения путем стимуляции воспаления или провоцирования острого бронхоспазма, или того и другого [2]. Аллергены внешней среды рассматриваются как наиболее важные причины обострения БА, поскольку они могут первоначально сенсibilизировать дыхательные пути и провоцировать начало БА; в дальнейшем поддерживать развитие заболевания, вызывая появление астматических приступов [3]. Большой вклад в обострение БА также вносит присоединившаяся инфекция, которая является триггером, стимулируя клиническое проявление неинфекционной аллергии, играет роль аллергенов с формированием аллергического воспаления

и вызывает обструкцию бронхов путем неспецифической либерации биологически активных веществ бронхоконстрикторного действия [4, 5]. Одними из важнейших факторов, вызывающих обострения БА, являются недостаточная терапия заболевания, болезни верхних дыхательных путей и др. [4, 6]. В 2006 году в руководстве GINA обострение выделено как самостоятельный фактор риска возникновения БА [2]. Таким образом, в настоящее время нет единой достоверной точки зрения на механизмы возникновения БА, ее течение и обострения.

Цель исследования – определить клинические особенности обострения бронхиальной астмы в зависимости от вызвавших его причин.

Материал и методы

Обследовано 115 больных БА (80 женщин и 35 мужчин), средний возраст которых составил 54,9±2,3 года. У большинства пациентов длительность БА превышала 5 лет и в среднем составила 8,6±0,6 года. Диагноз БА

устанавливался на основании рекомендаций Глобальной стратегии лечения и профилактики БА (GINA, 2006). Критериями диагностики заболевания служили характерные клинико-anamnestические данные: жалобы больного на приступы удушья, эпизодическую одышку, свистящие хрипы, ощущение сдавления грудной клетки и кашель, которые особенно усиливаются в ночные и ранние утренние часы; объективные данные (экспираторные свистящие хрипы, удлинение фазы выдоха). Критерии обострения БА включали в себя указание в анамнезе на контакт с каким-либо триггерным агентом (аллергены, вирусные инфекции, ирританты и т.д.) и появление и/или учащение приступов удушья или их эквивалентов. Среди основных факторов риска оценивались частота респираторных заболеваний, табакокурение, аллергологический анамнез, наличие профессиональных вредностей и их сочетание. Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета программ прикладной статистики «Statistica for Windows», версия 6. Используемые методы: межгрупповое сравнение данных по t-критерию Стьюдента для связанных и несвязанных выборок.

Результаты и обсуждение

В зависимости от степени тяжести больные распределены следующим образом: с интермиттирующей БА 12 больных, с легкой персистирующей – 21, средней степени – 39, пациентов, страдающих тяжелой астмой, – 43. У 76,6% больных ведущим механизмом был 1 триггер, у 20,9% – 2, а у 2,5% – 3 фактора. Больных БА, где триггером послужила острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), присоединение которой вызвало обострение БА, выявлено в 27% случаев; с бактериальной инфекцией – 6%; с проведением недостаточной базисной терапии или отказом от нее – 37%; лица, чье обострение заболевания связано с причинно-значимым аллергеном – 9%; дебют болезни, проявившийся тяжелым обострением, – 15%; больных, обострение астмы у которых вызвали изменение метеоусловий и взаимодействие с аэрополлютантами, – 4% и 2%.

Количество женщин преобладало над числом мужчин вне зависимости от триггерного фактора ($p < 0,05$): процентное соотношение больных женского пола составило 24,8%, мужского – 5,9% у больных с вирусной инфекцией, 4,8% и 1,9%, соответственно, – при бактериальном обострении БА, 33,5% и 9,9% у лиц с недостаточной терапией, 5,2% у женщин и 1,2% у мужчин, триггером обострения которых был контакт с причинно-значимым аллергеном, и 7,25 и 5,6%, соответственно, – в дебюте заболевания. Обращает на себя внимание, что при преобладании больных женского пола с вирусным обострением в 4,2 раза, у больных с бактериальным обострением БА – в 2,5 раза, у пациенток с недостаточной базисной терапией – в 3,4 раза, при контакте с аллергеном – в 4,3 раза, среди лиц, причиной обращения к врачу которых послужило начало заболевания, данное соотношение составило всего 1,2 ($p > 0,05$). В процентном соотношении число мужчин с бактериальным обострением БА почти в два раза превышает больных, триггерами у которых послужили ОРВИ и экспозиция аллергена.

При обострении БА, вызванном присоединением вирусной инфекции, возраст пациентов был наименьшим ($46,83 \pm 2,24$ года), а достоверно наибольший возраст был отмечен в группе больных с бактериальным обострением ($57,76 \pm 4,15$).

При изучении соотношения триггерных механизмов и стажа болезни отмечено следующее: средний стаж болезни пациентов, обострение астмы которых было вызвано контактом с аллергеном, в 1,9 раза превышает длительность заболевания тех пациентов, чье обращение к врачу, в связи с обострением БА, обусловлено бакте-

риальной инфекцией ($15,06 \pm 2,36$ и $7,76 \pm 2,34$ года, соответственно); указанные различия статистически значимы ($p < 0,05$). Стаж болезни пациентов с вирусной инфекцией и недостаточной базисной терапией оказался сопоставим и составил $10,41 \pm 1,15$ и $10,97 \pm 0,89$ года, соответственно. Длительность течения астмы у пациентов, которая была вызвана дебютом процесса ($0,06 \pm 0,01$ года), при расчете достоверности показателей не учитывалась.

В исследовании выявлены пациенты с нормальной массой тела – 62,7%, а лиц с ожирением – 38,1%. При распределении по степеням тяжести БА 60,2% больных страдали ожирением 1 степени, 24,1% – 2 степени, 15,7% – 3 степени. Лица с нормальной массой тела были достоверно моложе ($45,93 \pm 1,71$ года), стаж болезни их был на 4 года меньше, чем у больных с ожирением 1 степени ($p < 0,05$), для достижения ремиссии болезни требовалось на 6 дней меньше, чем у пациентов, страдающих ожирением 2 степени ($p < 0,0005$). В 62% случаев наличие ожирения предшествовало развитию БА.

У пациентов с бактериальным обострением БА статистически значимо преобладают кашель и количество мокроты ($3,25 \pm 0,25$ и $3,27 \pm 0,24$, соответственно), тогда как число приступов удушья почти в 2 раза выше у тех пациентов, обострение заболевания у которых было вызвано контактом с аллергеном ($9,67 \pm 2,22$). Уровень одышки оказался сопоставим и достоверно не отличался между собой.

Выводы

Таким образом, основную часть пациентов составляют лица с 3 и 4 степенью тяжести течения заболевания; среди пациентов преобладают женщины, утяжеление астмы отмечалось по мере увеличения возраста пациентов. Наиболее тяжелое течение отмечено у пациентов, обострение которых было вызвано присоединением бактериальной инфекции: у этих лиц был отмечен достоверно наибольший возраст, для достижения ремиссии БА, потребовалось статистически значимо большее число дней, в этой же группе отмечен самый высокий кумулятивный индекс ($p < 0,05$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чучалин А.Г., Цой А.Н. и др. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой // Пульмонология. – 2006. – № 6. – С. 94-102
- 2 Верткин А.Л., Скотников А.С. Алгоритм ведения пациентов с обострением бронхиальной астмы на догоспитальном этапе // Фарматека. – 2009. – № 11. – С. 53-57
- 3 Княжеская Н.П. Тяжелая бронхиальная астма // Лечебное дело. – 2008. – № 2. – С. 52-58
- 4 Хаптахеева Г.Э., Чучалин А.Г. Респираторная инфекция и бронхиальная астма // Пульмонология. – 2008. – № 5. – С. 75-79
- 5 Авдеев С.Н. Беклометазон в форме дозированного аэрозольного ингалятора «легкое дыхание» в терапии бронхиальной астмы // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 3. – С. 37-42
- 6 Shilling JP, Khan SR, Khan A. Outcome measures and serious asthma exacerbation in clinical trials of asthma controller medications // Ann Allergy Asthma Immunol. 2012 Jun; 108(6):448-53

Т Ў Ж Ы Р Ы М

К.Е. АБУБАКИРОВА

№6 қалалық емханасы, Тараз қ.

ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІНІҢ АСҚЫНУЛАРЫН КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМА

Тыныс демікпесінің асқынуларын зерттеудің нәтижесінде клиникалық сипаттама негізгі емделушілердің бір бөлігін бет

3 құрағанын анықтаған, және аурудың ағысын ауырлықтың 4 дәрежесімен; емделушілерді ара-арасында әйел, астманың ауырлауы басым бол емделушілерді жастың көбеюін өлшем бойымен белгіледі. Тыныс демікпесінің ең ауыр ағысы асқынуы бактериалық инфекцияның қосуымен шақырылатын емделушілерде белгіленген: сенімді ең үлкен жас, тыныс демікпесінің ремиссиясының жетістігі үшін күндерді сан мәнді көбірек статистикалық талап етілді және биік жинақы индекс белгіленген ең ($p < 0,05$).

SUMMARY

K.E. ABUBAKIROVA

City out-patient department No.6, Taraz c.

CLINICAL CHARACTERISTIC OF EXACERBATIONS OF BRONCHIAL ASTHMA

As a result of studying of the clinical characteristic of exacerbations of bronchial asthma it is taped that the main part of patients is made by persons with 3 and 4th severity of a course of a disease; among patients women prevail, weighting of asthma became perceptible in process of augmentation of age of patients. The most serious course of bronchial asthma is noted at the patients which exacerbation was caused by accession of a bacterial infection: authentically the greatest age, for achievement of remission bronchial asthma was required statistically significantly larger number of days and the highest cumulative index ($p < 0,05$) is noted.

УДК 618.19-006.6-07(574.54)

У.К. ТОЛЕУТАЙ

Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Проведен анализ состояния маммологической помощи населению за 2002-2011 гг. В статье рассмотрены состояние, планирование, развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи женскому населению, в том числе больным раком молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, маммография, скрининг, ранняя диагностика.

Несмотря на достигнутые успехи в ранней диагностике и лечении, рак молочной железы (РМЖ) продолжает оставаться главной причиной заболеваемости (более 1 млн новых случаев) и смертности у женщин в мире, унося ежегодно более 410 000 жизней. В связи с чем в настоящее время важнейшей задачей здравоохранения Кызылординской области (КЗО) являются планирование, развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи пациенткам с диагнозом: РМЖ.

Как показывает практика, около 30,3% пациенток поступают на стационарное лечение с запущенными формами РМЖ. Все это определяет актуальность проблемы специализированной помощи населению области.

Цель исследования – изучить состояние маммологической службы в КЗО для разработки комплекса мер, направленных на оптимизацию организации онкологической помощи больным РМЖ.

Материал и методы

Состояние онкологической помощи больным РМЖ в КЗО оценивалось за десятилетний период – с 2002 по 2011 гг. Материалами исследования послужили данные о 701 больном РМЖ, зарегистрированном в Кызылординском областном онкологическом центре в 2002-2011 гг. (отчетная форма №35 «Отчет о больных злокачественными новообразованиями»), показатели онкологической службы РК (2002-2011 гг.). Вычислены экстенсивные и интенсивные показатели.

Результаты и обсуждение

В структуре онкологической патологии всего населения КЗО в 2011 г. РМЖ занимал 4-е место после рака легкого (11,8%), рака пищевода (11,7%) и рака желудка (10,7%), составляя 8,7%. Доля данной патологии за 20 лет увеличилась с 2,8% (1991 г.) до 8,7% (2011 г.), т.е. в 3,1 раза.

В структуре женской онкопатологии в КЗО РМЖ до 2009 г. занимал 2-е место после рака пищевода, а с 2009 года – 1-е место, насчитывая 16,8% в 2009 г., 14,9% в 2010 г. и 15,9% в 2011 г. Затем следуют рак пищевода (11,2%), рак шейки матки (10,5%), рак желудка (7,4%), новообразования кожи (6,3%), рак яичника (5,8%).

Основная работа по раннему выявлению РМЖ в КЗО ложится на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Гарантией результативной борьбы с целым рядом онкологических заболеваний, в том числе и РМЖ, является правильная и эффективная работа смотровых кабинетов. В области в 2011 г. функционировали 14 смотровых кабинетов. Кроме того, ни один из кабинетов не работал в 2 смены, и среднее количество осматриваемых пациентов составило 9-12 в день, что не соответствовало числу пациентов, обратившихся в поликлинику.

На 8 административных территорий (7 районов и города) в области должно быть 12 онкологических кабинетов, среди них только 7 штатных районных онкологов, они выполняют также функцию маммолога. Кроме того, эффективным и доступным звеном раннего выявления опухолей являются сельские врачебные амбулатории (СВА) и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), с помощью которых можно частично решать проблемы запущенности РМЖ без существенных финансовых затрат.

При анализе работы СВА и ФАП было выявлено, что обследование молочных желез у женщин не проводится.

В целях реализации приказа МЗ РК от 15 октября 2007 года № 607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения» женщинам в возрастной группе 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет в области с 2008 года начато маммографическое исследование. Интерпретация результатов маммографии проводилась по классификации BI-RADS. В области установлены и работают 10 маммографов и