

9 Wilson APR, Shrimpton S, Jaderberg M. A meta-analysis of the use of amoxicillin-clavulanic acid in surgical prophylaxis. *J Hospital Infection* 1992; 22 (Suppl. A): 9–21

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**С.Ш. ИСЕНОВА, Г.М. ИСИНА, Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ,
А.Е. СЕЙТАЛИЕВА**

*Алматы дәрігерлерді жетілдіру институты,
Алматы қ.*

КЕСАРЬ ТІЛІГІ ОПЕРАЦИЯСЫ КЕЗІНДЕ АНТИ-БИОТИКТЕРДІ АЛДЫН АЛУЫН ТАҒАЙЫНДАУ

Зерттеудің мақсаты – кесарь тілігі операциясынан кейінгі инфекциялық қиындықтарын төмендетуді зерттеу.

Материал мен әдістер: Науқастардың 2 тобында операциядан кейінгі кезең ішінде зерттеу болды:

1-топ антибиотиктік алдын алу дәрісі цефазолин немесе ампициллин салудың жергілікті немесе жүйелі инфекциясы жоқ жоспарлық тәртіпте кесарь тілігі операциясы жасалған 150 науқастан тұрады.

2-топ антибиотиктік профилактиканың цефтриаксон (Цеф III®, SANTO Member of Polpharma Group өндірісі) дәрісін қолдану арқылы жүктілік пен босанудың қиындауында, ұзақ уақыт сусыз болу кезеңінде шұғыл тәртіпте кесарь тілігі операциясы жүргізілген 150 жүкті әйелдерден тұрады.

Қорытындылау мен талқылау: Операциядан кейінгі кезеңнің 5-тәулігінде жүргізілген УДЗ нәтижелері бойынша 150 босанған әйелдің ішінде интраоперациялық алдын алуды цефтриаксонмен қабылдаған қауіп тобының операциядан кейінгі кезеңі қиындықтарсыз болған, тек 5 тексерісте ғана операциядан кейінгі кезеңде антибиотиктерді емдік тәртіпте белгілеуді талап еткен жатырдың субинволюциясы байқалған.

Тексеру үдерісінде операциядан кейінгі жаралардың іріңдеуі, ұзақ гипертермия немесе операциядан кейін инфекцияның болуын куәландыратын басқа белгілер байқалмаған. Бір де бір жағдайда эндометрит белгілері тіркелмеген. Жаралардың жазылуы белгілі уақыттағы бастапқы созылумен өтті.

Негізгі сөздер: кесарь тілігі, интраоперациялық алдын алуды цефтриаксон.

УДК 616.65-007.61-085

Д.А. КИМ

Городская поликлиника №7, г. Астана

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ТЕРАПИИ ДУТАСТЕРИДОМ (АВОДАРТ)

В данной статье представлены результаты собственного исследования по сравнительной эффективности терапии СНМП при ДГПЖ. Полученные результаты свидетельствуют, что применение дутастерида (Аводарт), как монотерапии, так и в комбинации с тамсулозином, значительно улучшает качество жизни больных с ДГПЖ. А также на достаточно долгий срок предотвращается рецидивирование СНМП в отдаленной перспективе.

Ключевые слова: ДГПЖ, СНМП, дутастерид.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее частым заболеванием у мужчин старше 50 лет. Проанализировав литературные источники, мы отметили, что ДГПЖ встречается примерно в 50% случаев в возрасте 50 лет, в 60% случаев – в 60 лет, в 70% случаев у мужчин 70 и более лет и в 90% старше 80 лет [1]. В работах зарубежных авторов также прослеживается рост заболеваемости пропорционально возрасту мужчин [2]. За последние годы число вновь поставленных диагнозов ДГПЖ существенно возросло

S U M M A R Y

**S.Sh. ISENOVA, G.M. ISINA, T.B. DZHENALAYEV,
A.YE. SEYDALIYEVA**

*Almaty Institute of Advanced Training for Doctors,
Almaty c.*

PREVENTIVE PRESCRIPTION OF ANTIBIOTICS IN CASE OF CAESAREAN SECTION OPERATION

The research purpose has been to study the possibilities of decreasing post-operative infectious complications of the Caesarean section procedure.

Materials and methods: The post-operative course within 2 groups of patients has been studied:

The 1st group has included 150 patients. In their case the Caesarean section operation has been carried out in a planned order without any local or systemic infection and with antibiotic prophylaxis conducted through using cefazolin or ampicillin;

The 2nd group has included 150 pregnant patients. In their case the Caesarean section operation has been carried out in an emergency order with long waterless period, complications of pregnancy and childbirth via antibiotic prophylaxis conducted through using ceftriaxone (Cef III® manufactured by SANTO Member of Polpharma Group).

Results and discussion: According to the results of the ultrasonography conducted on the 5th day of the post-operative period, in case of the 150 obstetric patients of the risk group who have received intra-operative prophylaxis through using ceftriaxone the post-operative period has generally passed without complications and only in 5 cases within the post-operative period there have been observed the phenomena of subinvolution of uterus that have required prescription of antibiotics in a medical mode.

No post-operative wound abscesses, long term hyperthermia or other symptoms that could have shown the presence of infection after the operation have been observed. Neither of the cases has registered any symptoms of endometritis. The wounds have healed through primary intention and within standard terms.

Key words: Caesarean section, intra-operative prophylaxis, ceftriaxone.

и по мере старения населения будет возрастать и в дальнейшем [3, 4]. Наиболее частыми проявлениями данного заболевания являются нарушения мочеиспускания и болевой синдром. Но, что самое главное, при клинических проявлениях ДГПЖ резко ухудшается качество жизни пациентов. В последнее время приоритетным направлением в лечении ДГПЖ стала консервативная терапия, направленная на уменьшение тяжести симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у пациента, на предупреждение прогрессирования заболевания и развития сопутствующих осложнений, что

позволяет многим пациентам избежать нежелательного для них оперативного лечения [3]. Хирургическое лечение становится все менее популярным при выборе оптимальной тактики ведения больных с симптомами нижних мочевых путей. При исследовании Triumpr из более чем двух тысяч больных с ДГПЖ хирургическое лечение рекомендовано лишь 3%. 23,8% пациентов нуждались лишь в динамическом наблюдении в связи с отсутствием у них СНМП, а в 72,5% была назначена консервативная медикаментозная терапия [5, 6]. Эти данные показывают на современные тенденции к уменьшению показаний к оперативному лечению и все большую распространенность медикаментозных методов коррекции СНМП. Важным этапом в лечении ДГПЖ и СНМП стало появление ингибиторов 5 α -редуктазы (дутастерид). Исторически можно выделить два этапа развития консервативной терапии данного заболевания. До 1980-х гг. лечение ДГПЖ носило эмпирический характер и в основном основывалось на антиандрогенном действии лекарственных препаратов. Но, благодаря развитию смежных дисциплин (патофизиология и патоморфология), были выявлены новые патогенетические механизмы развития ДГПЖ, и в настоящее время лечение данного заболевания проводится двумя группами препаратов: α -адреноблокаторами и ингибиторами 5 α -редуктазы [7].

Цель исследования – изучение клинической эффективности применения препарата Аводарт при ДГПЖ, сравнительная эффективность монотерапии дутастеридом, тамсулозином и комбинированной терапии, оценка отдаленных результатов лечения.

Материал и методы

Для исследования мною была отобрана и обследована группа больных с ДГПЖ, состоящая из 90 человек. Средний возраст составил 66,9 года (от 54 до 75 лет). Методами исследования явились общеклинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, определение ПСА крови, ТРУЗИ простаты, урофлоуметрия, оценка симптомов по шкале IPSS и QOL. Критериями отбора являлись: наличие аденоматозных узлов в предстательной железе по данным ТРУЗИ простаты; объем простаты не менее 30 куб. см; остаточная моча не менее 50 мл; показатель IPSS от 8 и более баллов; индекс качества жизни не менее 3; Qmax не более 15 мл и не менее 5 мл; уровень общего ПСА менее 4 нг/мл; отсутствие в анамнезе оперативных пособий на органах малого таза.

Отобранные пациенты были разделены на три равные группы по 30 человек. В первой группе проводилась монотерапия препаратом дутастерид (Аводарт). Во второй группе проводилась комбинированная терапия дутастеридом и тамсулозином. Монотерапию препаратом тамсулозином получали пациенты третьей группы в течение 12 мес. Оценка эффективности лечения производилась ежемесячно, но контрольными точками были взяты 1, 3, 6 и 12 месяцы лечения. Критерием оценки

эффективности лечения считали: снижение баллов по шкале IPSS, снижение баллов по шкале QOL, увеличение максимальной скорости потока мочи, уменьшение объема предстательной железы, выявление нежелательных реакций, связанных с приемом препарата, отсутствие острых задержек мочи и оперативных пособий в группах исследуемых. По истечении 12-месячного срока лечения все препараты были отменены, и производилась оценка времени рецидивирования симптомов нижних мочевых путей в первых двух группах пациентов.

В первой группе улучшение качества мочеиспускания и уменьшение СНМП в течение двух недель зафиксировано у 23,3% больных. После первого месяца лечения отметили улучшение у 48% пациентов, принимавших монотерапию дутастеридом (Аводарт). На 3 и 6 месяце лечения улучшение отметили уже 61% и 79,4% больных, соответственно. На 12 месяце лечения количество больных с улучшением достигло 92,9%. Динамика к уменьшению объема простаты наметилась уже к концу первого месяца лечения (8,9%), но наибольший процент уменьшения объема был достигнут через 6 и 12 месяцев терапии (24,9 и 31,6%, соответственно). По шкале IPSSи QOL улучшение составило 59,3% и 69,2%, соответственно на 12 месяце курса терапии. Увеличение Qmax уже к концу первого месяца лечения отмечено на уровне 32,1%, максимум достигнут к 12 месяцу (69,2%). Уровень общего ПСА понизился почти в два раза (45%) по сравнению с исходным значением лишь к 12 месяцам непрерывной терапии дутастеридом (Аводарт). Поэтому применения правила удвоения уровня простатспецифического антигена наиболее целесообразно лишь к концу 1 года курса лечения с целью исключения завышенной оценки значений ПСА (табл. 1).

Во второй группе больных, принимающих комбинированную терапию дутастеридом (Аводарт) и тамсулозина улучшение отмечено уже через 2 недели терапии у 43,3% больных. В течение 1 месяца лечения улучшение отметили 53,1% пациентов. Через 3 и 6 месяцев наблюдения положительная динамика зафиксирована у 64,2 и 81% больных с ДГПЖ соответственно. После 12 месяцев непрерывной комбинированной терапии улучшение наступило у 93,5% больных. Как видно из приведенной диаграммы положительная динамика симптомов нижних мочевых путей быстрее и раньше наступает при комбинированной терапии ДГПЖ дутастеридом (Аводарт) и тамсулозином. В третьей группе больных были получены следующие результаты лечения: после 1 месяца терапии улучшение отметили 43,3% больных. По итогам 12 месяцев улучшения достигли 86,6% наблюдаемых пациентов с ДГПЖ.

За период наблюдения острой задержки мочи во всех группах наблюдаемых пациентов не зафиксировано.

В дальнейшем проводилось наблюдение за пациентами с целью выяснения сроков рецидивирования симптомов нижних мочевых путей в течение ближайшего года после курса терапии, которое оценивалось по шкалам IPSS

Таблица 1 – Динамика критериев оценки эффективности монотерапии дутастеридом (Аводарт) за период наблюдения

Критерий	До лечения	После 1 мес.	После 3 мес.	После 6 мес.	После 12 мес.
V простаты, см ³	44,5 (от 35 до 58)	40,54	36,4	33,4	30,4
Вост. мочи, см ³	78 мл (от 50 до 120)	62 мл	48 мл	41 мл	35 мл
IPSS	17,7 (от 9 до 24)	14,4	11,2	10,2	7,2
QOL	4,9 (3 до 5,7)	4,2	2,6	2,3	1,6
Qmax, мл/сек	7,4 мл/сек (от 5,6 до 10)	8,6	10,9	12,9	15,7
Общий ПСА, нг/мл	1,8 нг/мл (от 0,76 до 2,7)	1,65	1,52	1,18	0,99

и QOL. В результате исследования отмечено ухудшение показателей шкал оценки СНМП в наиболее ранние сроки у пациентов 3-й группы. Полученные данные приведены в диаграмме 3.

Как видно из приведенной диаграммы 3, в группах больных, принимавших монотерапию Аводартом и комбинированную терапию дутастерида с тамсулозином, ухудшение качества мочеиспускания наступает в более поздние сроки. Это позволяет сделать вывод, что применение дутастерида значительно удаляет сроки рецидивирования симптомов нижних мочевых путей.

Выводы

Длительное применение ингибиторов 5 α -редуктазы, в частности дутастерида (Аводарт), эффективно уменьшает степень выраженности симптомов нижних мочевых путей и улучшает качество жизни больных с ДГПЖ. Значительно уменьшается в результате терапии объем предстательной железы на 31,6%. Предотвращается прогрессирование ДГПЖ, что определяется в уменьшении числа больных, подвергнутых оперативному пособию. Высокая эффективность в отдаленной перспективе достигается именно благодаря действию ингибиторов 5 α -редуктазы, а именно применению дутастерида (Аводарт). На основании вышеизложенного можно сказать, что применение ингибитора 5 α -редуктазы дутастерида (Аводарт) как монотерапии, так и в комбинации с тамсулозином, является наиболее эффективным при лечении симптомов нижних мочевых путей, обусловленных ДГПЖ, что и подтверждают данные международных клинических исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 NovaraG. et al. Inflammation, Apoptosis, andBPH: WhatistheEvidence? // European Urology Supplements, 2006. – Vol. 5. – P. 401-409
 2 Chartier-Kastler E., Tubaro A. The measurement of nocturia and its impact on quality of sleep and quality of life in LUTS/BPH // Eur. Urol. Suppl., 2005. – Vol.5. – P. 3-11
 3 Mark Speakman. Highlights from a freestanding symposium of international urologists in Rome from April 4-5, 2003
 4 Guidelines on benign prostatic hyperplasia / de la Rosette J., Alivizatos C, Madersbacher S. et al. European Association of Urology; Brussels, Belgium, 2009
 5 Sarma A.V., Jacobson D.J., McGree M.E., et al. A population based study of incidence and treatment of benign prostatic hyperplasia among residents of Olmsted Country, Minnesota: 1987 to 1997 // J. Urol. 2005; 173: 2048-53
 6 Hutchison A., Farmer R., Verhamme, et al. The efficacy of drugs for the treatment of LUTS/BPH, a study in 6 european countries // Eur. Urol. 51 (2007) 207-216

7. Пушкарь Д.Ю., Берников А.Н., Дьяков В.В. Проскар или генерики: комментарий специалиста // Фарматека. – 2007. – №4. – С. 1-4

Т У Ж Ы Р Ы М

Д.А. КИМ
 №7 қалалық аурухана, Астана қ.
ДУТАСТЕРИД (АВОДАРТ) ТЕРАПИЯСЫН ҮШ ЖЫЛ БАҚЫЛАУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Бұл мақалада ЕБЗГ болған кездегі ТЗЖС емшараларының тиімділігін салыстыру бойынша дербес зерттеулердің нәтижелері берілген. Алынған нәтижелер дутастеридті (Аводарт) пайдаланудың монотерапияларда да, тамсулозинмен үйлестіре отырып пайдаланғанда да ЕБЗГ шалдықандардың өмірін біршама жақсартатындығын көрсетті. Сонымен қатар айтарлықтай ұзақ уақыт бойы ТЗЖС қайталануының алдын алады.

Негізгі сөздер: ЕБЗГ, ТЗЖС, дутастерид.

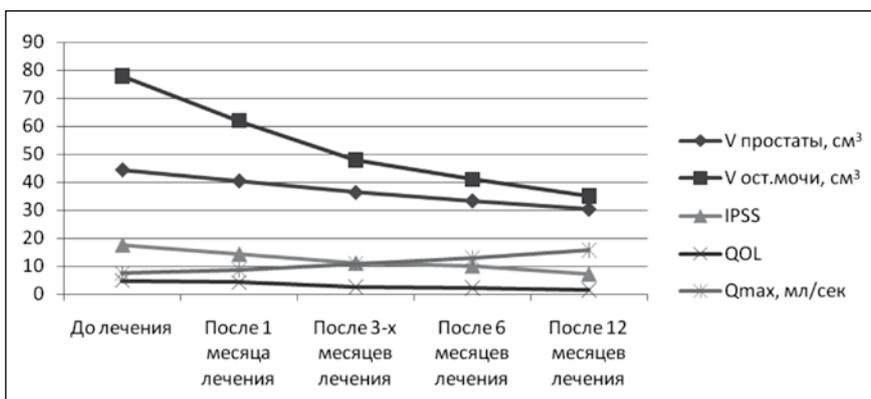


Диаграмма 1 – Динамика критериев оценки эффективности монотерапии дутастеридом (Аводарт)

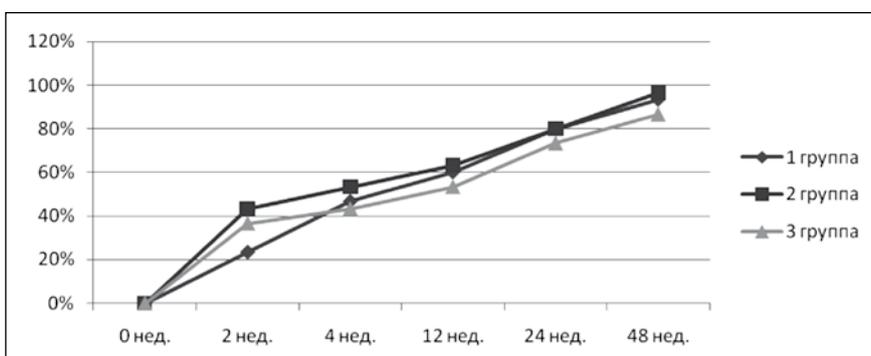


Диаграмма 2 – Сравнительная эффективность моно- и комбинированной терапии

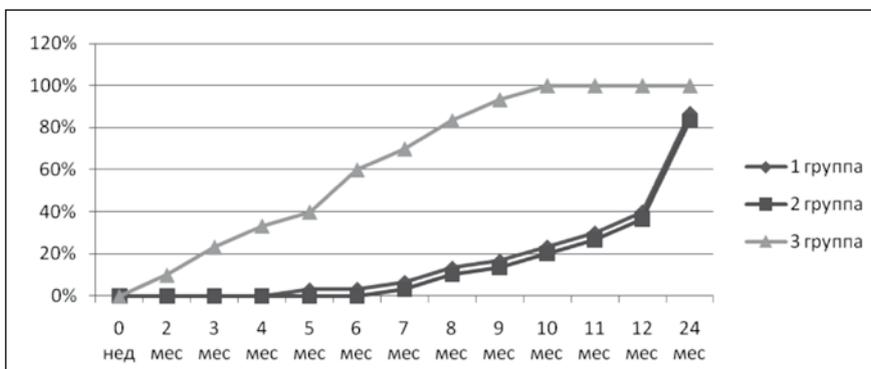


Диаграмма 3 – Динамика рецидивирования СНМП

SUMMARY

D.A. KIM

Municipal polyclinic No.7, Astana c.

RESULTS OF THREE-YEARS OBSERVATION OF DUTASTERIDE (AVODART) THERAPY

This article introduces the results of independent study

of comparative efficacy of LUTS therapy at BPH. Obtained results prove, that administration of Dutasteride (Avodart) both in monotherapy and combined with Tamsulosin improve considerably the life quality of BPH patients. Also for a long period prevents recurring of LUTS in distant prospect.

Key words: BPH, LUTS, Dutasteride.

Статья опубликована при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн. Мнение автора может не совпадать с мнением компании. ГлаксоСмитКляйн не несет ответственности за возможные нарушения прав третьих сторон.
CIS/DUT/0094/13

ОНКОЛОГИЯ

УДК 618.19-006.6(=512.122)(574.54)

У.К. ТОЛЕУТАЙ, А.П. ПОЗДНЯКОВА

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ КАЗАХСТАНА

Проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование первичной заболеваемости раком молочной железы за последние 20 лет среди двух этнических групп женского населения (казашки, славянки) Кызылординской области. Выявлены временные, пространственные и возрастные особенности распространения заболевания.

Ключевые слова: рак молочной железы, заболеваемость, этнические различия, Казахстан.

Ежегодно в мире регистрируются около 1,38 миллиона новых случаев заболевания и 458000 случаев смерти от рака молочной железы (РМЖ). На сегодняшний день это самый распространенный вид рака у женщин всего мира как в развитых, так и в развивающихся странах [1]. Прогнозируется, что количество новых случаев к 2050 году достигнет почти 3,2 миллиона [2].

Стандартизованные показатели заболеваемости колеблются от 19,3 на 100 000 женщин в Восточной Африке до 89,9 на 100000 женщин в Западной Европе. Высокие показатели заболеваемости (более 80 на 100000) отмечаются в развитых регионах мира (за исключением Японии), а низкие (менее 40 на 100000) – в большинстве развивающихся стран [1]. В Азии наблюдается более низкая заболеваемость РМЖ в сравнении с западным регионом, но при этом РМЖ является лидирующей формой злокачественного новообразования у азиатских женщин. Для выяснения причин этих различий необходимы исследования в плане изучения образа жизни, генетической предрасположенности, экологических особенностей местности и т.д. [3, 4, 5].

В отдельных работах обращается внимание на различия в частоте РМЖ у женщин разных этносов. Среднегодовая заболеваемость в США с 2004 по 2008 гг. была самой высокой у белых женщин испанского происхождения (125,4 на 100000 женщин) и самой низкой у американок азиатского происхождения (84,9 на 100000 женщин). Среднегодовые показатели смертности (2003-2007 гг.) были самыми высокими у американок африканского происхождения (32,4 на 100000 женщин) и самыми низкими у американок азиатского происхождения (12,2 на 100000 женщин) [6].

В Республике Казахстан (РК), начиная с 2007 года, РМЖ занял второе место в структуре всей онкопатологии после рака легкого, а в 2011 году он занял первое место,

насчитывая 11,6%. В структуре женской онкопатологии РМЖ на протяжении более 20 лет стоит на первом месте, достигнув в 2011 году 21,4 % [7].

Что касается заболеваемости отдельных этносов, еще в середине прошлого века казахстанские ученые установили [8, 9], что РМЖ значительно чаще, приблизительно в 3 раза, поражал русских женщин (10,9±1,6 на 100000 женщин) по сравнению с казашками (3,7±1,3 на 100000 женщин). И, хотя с течением времени основная тенденция меньшей частоты РМЖ у казашек сохранилась, разница постепенно сглаживалась и достигла 1,5 раза в 90-х годах [10].

В этой связи представляет существенный интерес изучение распространения РМЖ среди женщин КЗО, где проживают казашки и славянки, где сложилась сложная экологическая ситуация. Несмотря на всю актуальность проблемы, достаточного освещения в литературе она не нашла, что и определило цель настоящей работы – изучить этнические особенности заболеваемости РМЖ жительниц КЗО.

Материал и методы

Материалами исследования послужили данные о больных РМЖ, зарегистрированных в Кызылординском областном онкологическом центре в 1991-2011 гг. Проведен анализ официальной учетно-отчетной медицинской документации. Использованы:

1. Форма №7 «Отчеты о заболеваниях злокачественными новообразованиями» за 1991- 2011 гг.;
 2. Форма 090/у «Сведения первичных извещений о больных злокачественными новообразованиями молочной железы», впервые зарегистрированных на территории КЗО в 1991-2011 гг.;
 3. Данные Агентства РК по статистике и Департамента статистики КЗО о численности населения с 1991 по 2011 гг.
- Для изучения структуры онкологической патологии вычислены доли в процентах. Территориальные,