МЕДИЦИНА

4/130 2013

Международный профессиональный журнал ISSN-1728-452X

Издается с 2000 года

Информационный орган Академии клинической и фундаментальной медицины

Главный редактор **СЕЙСЕНБАЕВ А.**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аканов А. (Алматы)
Алибек К. (Астана)
Алчинбаев М. (Алматы)
Атшабар Б. (Алматы)
Ботабекова Т. (Алматы)
Денг В. (Новый Орлеан)
Ейсман Д. (Сидней)
Кубота Т. (Токио)
Лифшиц Г. (Тель-Авив)
Муминов Т. (Алматы)
Нуренберг П. (Кельн)
Омарова М. (Алматы)
Ормантаев К. (Алматы)
Сейбел М. (Сидней)
Тупицин Н. (Москва)
Спектор Т. (Лондон)
Хамзина Н. (Астана)
Шарманов Т. (Алматы)

Chief editor **SEISENBAYEV A.**

EDITORIAL BOARD

Akanov A. (Almaty)
Alibek K. (Asnana)
Alchinbaev M. (Almaty)
Atchabar B. (Almaty)
Botabekova T. (Almaty)
Deng W. (New Orleans)
Eisman J. (Sydney)
Kubota T. (Tokyo)
Lifshits G. (Tel-Aviv)
Muminov T. (Almaty)
Nurenberg P. (Koln)
Omarova M. (Almaty)
Ormantaev K. (Almaty)
Seibel M. (Sydney)
Tupicin N. (Moscow)
Sharmanov T. (Almaty)
Spector T. (London)
Hamzina N. (Astana)

II Международный конгресс «ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ: Хронические заболевания. Решение проблем»

Уважаемые коллеги!

Оргкомитет Конгресса приглашает Вас принять участие в работе **II Международного конгресса «ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ: Хронические заболевания. Решение проблем»**, который состоится 13-14 мая 2013 года, организатором является Алматинский государственный институт усовершенствования врачей.

Основные научные направления конгресса:

1. Состояние и перспективы развития профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ в Республике Казахстан.
2. Современные и инновационные методы диагностики и лечения больных на различных уровнях оказания медицинской помощи.
3. Мониторинг, скрининг, лечение внутренних болезней, хирургических, неврологических заболеваний.
4. Проблемы снижения материнской и младенческой смертности.
5. Обеспечение реабилитационных мероприятий на различных уровнях (ПМСП, стационар) оказания медицинской помощи.
6. Проблемы рационального планирования и мониторинг эффективности подготовки медицинских кадров в системе НПР.
7. Организация работы социальных работников и психологов в медицинских организациях ПМСП.

Рабочие языки Конгресса: казахский, русский, английский.

По материалам Конгресса планируется выпуск сборника материалов Конгресса. Статьи принимаются бесплатно.

Участникам конгресса выдаются сертификаты.

Порядок оформления статей: www.agiuv.kz

Объем материала до 4 страниц формата А4.

АГИУВ

По всем вопросам просим обращаться в оргкомитет Конгресса: тел/факс: +7 727 **274 09 04 / 275 49 48**

Официальный сайт Института: www.agiuv.kz

С уважением,
отдел стратегического развития и менеджмента качества РГП «АГИУВ», каб. №115
otdelsmk@agiuv.kz

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендованных Комитетом по надзору и аттестации в сфере образования и науки Министерства образования и науки РК, для публикации основных научных результатов диссертаций

Опубликованные материалы не всегда отражают точку зрения редакции.
Ответственность за достоверность фактов и сведений в публикациях несут авторы.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ **Назгюль Шарпен**
ВЕДУЩИЙ МЕНЕДЖЕР **Сахиба Аскар**
АРТ-ДИРЕКТОР **Александра Пак**
АССИСТЕНТ РЕДАКТОРА **Айгуль Жолсеитова**
КОРРЕКТОР **Татьяна Панфилова**

№4 (130), апрель, 2013 г.

Подписной индекс **75702.**

СОБСТВЕННИК:
ТОО «Издательство «Здравоохранение Казахстана»
Журнал поставлен на учет в Министерстве культуры и информации Республики Казахстан.
Свидетельство о постановке на учет №9847-ж от 20.01.2009 г.

Периодичность: ежемесячно. Тираж 5000 экз.

Перепечатка статей, опубликованных в журнале "Медицина", и использование их в любой форме, включая электронные СМИ, без согласия редакции запрещены.

АДРЕС И РЕКВИЗИТЫ ЖУРНАЛА:
050009, Алматы, пр. Абая, 155, оф. 4.
Тел./факс: **266-37-26, 394-30-14, 266-29-41**
E-mail: **mcn@medzdrav.kz**
ИИК KZ538560000000010776,
ОАО «Банк ЦентрКредит», код 719,
БИК KCJBKZKX, РНН 600900017696, БИН 060440013521

Подписано в печать 26.04.2013 г. Заказ **№ 654.**

Журнал отпечатан в типографии ТОО "Sprinter", г. Алматы, ул. Байтурсынова, 16. Тел.: 233-83-52

УДК 615.859:614.212

М.Ш. АБДУЛЛАЕВ
Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

РОЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В РАБОТЕ С ПОЛИКЛИНИКАМИ

Преемственность в работе стационара и поликлиник занимает приоритетное значение в медицинском обслуживании населения. От того, в какой мере и насколько качественно решаются задачи, стоящие перед поликлиникой, зависит объем работы и других медицинских организаций, в частности стационаров. В условиях проводимых в здравоохранении республики реформ развитие амбулаторно-поликлинической помощи остается в числе важнейших приоритетов в здравоохранении.

Ключевые слова: *многопрофильный стационар, поликлиника, преемственность стационара с поликлиниками*

Центральная городская клиническая больница города Алматы оказывает экстренную стационарную помощь жителям прикрепленных районов и плановым пациентам по Порталу госпитализации. С каждым годом государственный заказ на дорогостоящее стационарное лечение уменьшается, большое значение придается стационарзамещающим технологиям: дневные стационары, вечерние стационары, ночные стационары, стационары на дому. В 2012 году по сравнению с 2011 годом количество коек сократилось в 2 раза, но количество поступающих больных в тяжелом состоянии остается на прежнем уровне.

На сегодняшний день у нас очень высокий процент экстренной госпитализации, который по итогам 2012 года составил 70%. Это говорит, о том, что мы не можем предоставить возможность госпитализировать плановых больных по Порталу госпитализации, что приводит к большой очередности из-за отсутствия мест в отделениях и порождает жалобы со стороны населения. Из 69366 случаев обратившихся в приемное отделение 64760 обращений были экстренными, что составило 93% [1, 2].

74% пациентов, обратившимся в приемное отделение, была оказана неотложная помощь и отказано в госпитализации по причине необоснованности или непрофильного обращения. При анализе обращений выяснилось, что процент обращения пациентов в ночное время суток и в часы работы поликлиник примерно одинаков и составляет около 50%. При анализе экстренных госпитализаций получается, что по скорой помощи поступило 94,7% больных, а по направлению из поликлиник только лишь 2,6% [1, 2].

Такой показатель деятельности стационара, как досуточная летальность (число умерших в первые 24 часа пребывания в стационаре), не всегда зависит от качества оказываемой помощи в стационаре. На этот показатель влияет уровень оказанной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Анализируя досуточную летальность в терапевтических отделениях, выясняется, что во всех случаях пациенты поступали в крайне тяжелом состоянии, в стадии декомпенсации. Во всех случаях это пациенты преклонного возраста, имеющие в анамнезе ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию. Поступали в декомпенсированной стадии сердечной недостаточности. При сборе анамнеза выяснилось, что только двое из умерших досуточно состояли на учете у терапевта и получали лечение, а 83,3% больных даже не знают своего участкового врача, лечение не получали, а когда стали беспокоить одышка и чувство нехватки воздуха, вызвали бригаду скорой помощи [3, 4].

Есть случаи впервые выявленного туберкулеза и злокачественного новообразования в стационаре, иногда в стадии запущенности.

При направлении больных на плановое оперативное лечение в отделения хирургического профиля у пациентов на руках не всегда есть рекомендации участкового терапевта по лечению сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. В связи с чем в стационаре дублируются консультации терапевтов или кардиологов в связи с ухудшением состояния пациентов, что отвлекает их от основной работы. Также бывают случаи, когда оперативное лечение откладывалось, а больные переводились в терапевтическое отделение для стабилизации гемодинамики [5].

Все это подтверждает то, что население не всегда обращается в поликлиники по месту жительства, им легче вызвать бригаду скорой помощи, которая доставит их в стационар.

Учитывая вышеперечисленные недостатки в работе с поликлиниками, в 2012 году по нашей инициативе неоднократно проводились совместные совещания с врачами поликлиник города, на которых разбирались все нерешенные проблемы и принимались совместные решения.

Нами постоянно проводится мониторинг всех случаев госпитализации плановых больных через Портал Бюро госпитализации, случаев необоснованной госпитализации, а также обращений граждан в приемное отделение в часы работы поликлиник, анализируются и доводятся до сведений руководства ПМСП.

Каждый случай плановой госпитализации, по мере возможности, согласовывается на уровне заведующих отделениями ЦГКБ и ПМСП с целью сокращения времени ожидания даты окончательной госпитализации, снижения количества отказов и внештатных ситуаций, а также предупреждения жалоб со стороны населения на качество процедуры госпитализации в стационары.

Также продолжается работа по проведению скрининговых осмотров с целью раннего выявления предопухолевых и злокачественных новообразований среди целевых групп населения.

Нами разработан план мероприятий по улучшению работы стационара с поликлиниками, а также проводятся регулярные рабочие совещания с руководителями медицинских организаций, при необходимости организовывается консультативно-диагностическая работа с привлечением научно-педагогического состава кафедр, базирующихся в нашей клинике.

Вывод

Улучшение работы стационар-поликлиника приведет к улучшению показателей деятельности медицинских организаций, повышению качества оказываемых медицинских услуг, а также уменьшит количество обоснованных жалоб со стороны прикрепленного населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Статистические данные ЦГКБ за 2012 год (форма 16)

2 Анализ деятельности работы приемного отделения ЦГКБ за 2012 год

3 Анализ деятельности работы терапевтического отделения ЦГКБ за 2012 год

4 Медицинские карты стационарных больных (форма 003/У), умерших в первые 24 часа пребывания в ЦГКБ в 2012 году

5 Медицинские карты стационарных больных (форма 003/У), поступивших на плановое оперативное лечение в отделения хирургического профиля ЦГКБ в 2012 году

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Ш. АБДУЛЛАЕВ

Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ЕМХАНАЛАРМЕН ЖҰМЫС КЕЗІНДЕГІ КӨП САЛАЛЫ СТАЦИОНАРДЫҢ РӨЛІ

Стационардың және емханалардың жұмысындағы сабақтастық тұрғындарға медициналық қызмет көрсетуде басымды мағынаға ие. Басқа медициналық ұйымдардың, соның ішінде стационарлардың жұмыс көлемі, емхананың алдына қойылған міндеттердің қандай көлемде және қаншалықты сапалы шешілуіне байланысты болады. Республиканың денсаулық сақтау саласында жүргізілген реформалар, амбулаториялық-емханалық көмектің дамуы, денсаулық сақтау саласындағы маңызды басымдылықтардың бірі болып қала бермек.

Біз стационардың емханалармен жұмысын жақсарту жөніндегі іс-шаралар жоспарын жасап шығардық, сондай-ақ медициналық ұйымдардың басшыларымен жүйелі жұмыс мәжілістері жүргізіледі, қажет жағдайда, біздің клиниканың негізіндегі ғылыми-педагогикалық кафедраларды тарту жолымен, кеңес беру-диагностикалық жұмыстар ұйымдастырылады.

S U M M A R Y

M. Sh. ABDULLAYEV

Central City Clinical Hospital, Almaty c.

THE ROLE OF MULTIDISCIPLINARY INPATIENT HOSPITAL IN WORK WITH OUTPATIENT HOSPITALS (POLYCLINICS)

Continuity in the work of the inpatient hospital and outpatient hospitals has priority significance in public health service. The volume of work of other healthcare organizations, including inpatient hospitals depends on extent to which and how well the challenges facing outpatient hospitals are addressed. In terms of health care reform, development of out-patient healthcare is among the top priorities in public healthcare sector.

We have developed an action plan to improve the work of the inpatient hospital with outpatient hospitals, as well as regular working meetings with the heads of medical institutions are held, if necessary the consultative-diagnostic work is carried out with the assistance of scientific-pedagogical staff of departments based in our clinic.

УДК 615.859:657.6

М.Ш. АБДУЛЛАЕВ

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

РОЛЬ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА В РАЗВИТИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

В результате последних преобразований в системе здравоохранении Казахстана сформирована система контроля качества медицинской деятельности (внешний и внутренний контроль), внедрен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. Произошло легальное закрепление статуса службы внутреннего аудита в медицинских организациях. В данной статье описан опыт внедрения службы внутреннего аудита в Центральной городской клинической больнице города Алматы и его роль в развитии и повышении качества оказываемых медицинских услуг в многопрофильном стационаре. Служба внутреннего аудита позволяет администрации ЦГКБ своевременно разработать действенные мероприятия по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов, а также откорректировать организацию взаимодействия между структурными подразделениями.

Ключевые слова: *служба внутреннего аудита, многопрофильный стационар, качество медицинской помощи.*

Исторический опыт развития как зарубежного, так и отечественного здравоохранения свидетельствует, что обеспечение качества оказания медицинской помощи остается сложной проблемой и является одной из важных задач современной медицины. В последнее время в системе здравоохранения Казахстана сформирована система контроля качества медицинской деятельности, объединяющая внешний и внутренний контроль.

В результате последних преобразований в системе здравоохранения Казахстана сформирована система контроля качества медицинской деятельности (внешний и внутренний контроль), внедрен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.

В данном контексте возрастают роль и значение службы внутреннего аудита, создаваемого при каждом медицинском учреждении. С принятием Кодекса РК от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (пункт 3, статья 58), постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 были утверждены Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг и разработан план мероприятий (Дорожная карта) по совершенствованию деятельности служб внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций, утвержденный Министром здравоохранения РК от 15.11.2011 г., пункт 1.4 [1, 2, 3]. Данные нормативно-правовые акты регламентируют порядок организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг, оказываемых субъектами здравоохранения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, то есть произошло легальное закрепление статуса службы внутреннего аудита в медицинских организациях.

В соответствии с вышеуказанным постановлением

служба внутреннего контроля (аудита) – это структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне организации здравоохранения и наделенное соответствующими полномочиями. Служба внутреннего аудита состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

В Центральной городской клинической больнице города Алматы Служба внутреннего аудита организована в апреле 2012 года. Возглавляет её заместитель директора по внутреннему аудиту, а в состав входят 2 врача-эксперта: по хирургическому и терапевтическому профилям. При службе внутреннего аудита организован Совет по управлению качеством, основной задачей которого является управление и совершенствование качества оказываемых медицинских услуг.

Службой внутреннего контроля (аудита) разработана программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи. Внутренняя экспертиза проводится путем оценки качества медицинской помощи ретроспективно и непосредственно в момент получения пациентами медицинской помощи. Основными принципами экспертизы качества медицинских услуг являются:

1) системность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результата;

2) объективность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется с применением стандартов в области здравоохранения;

3) открытость – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется с участием независимых экспертов или самостоятельно независимыми экспертами без участия специалистов уполномоченного органа в области здравоохранения в присутствии представителей субъектов здравоохранения [4].

Основополагающей в вопросах качества оказания медицинской помощи выступает такая функция службы внутреннего аудита и комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), как изучение каждого случая смерти пациентов. Это проводится в целях выявления причин смерти, а также выработка мероприятий по устранению нарушений в деятельности клиники и медицинских работников в случае, если такие нарушения имели место и привели к смерти пациента.

Отличительной особенностью многопрофильных стационаров является многообразие нозологического состава пациентов, что накладывает дополнительные требования к организации оказания медицинской помощи, а также к осуществлению внутреннего контроля ее качества. В данном контексте особую актуальность приобретает уникальный статистический материал, который формируется на основе результатов деятельности врачебной комиссии по исследованию каждого случая смерти. Очевидно, что результаты сравнительного анализа таких статистических данных также могут быть использованы для совершенствования обеспечения качества оказания медицинской помощи.

На основе проведения экспертизы каждого летального исхода возможно оценить, во-первых, качество, обоснованность и эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Во-вторых, проведение экспертизы случаев смерти пациентов связано с изучением медицинской документации, а именно медицинских карт стационарного больного, что позволяет сформировать объективное представление о соблюдении установленного стандарта ведения медицинской документации в каждом из структурных подразделений стационара. В-третьих, изучение врачебной комиссией причин каждого летального случая среди пациентов нашего стационара связано с оценкой персонифицированной деятельности медицинских работников по оказанию медицинских услуг.

В свою очередь, обсуждение на врачебных конференциях результатов выявления причин смерти можно рассматривать как действенные обучающие практики медицинского персонала больницы, способствующие повышению профессиональной квалификации медицинских работников, выработке индивидуальной и корпоративной ответственности, а также развитию профессионального самосознания.

Таким образом, результаты деятельности врачебной комиссии позволяют администрации ЦГКБ своевременно разработать действенные мероприятия по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов, а также откорректировать организацию взаимодействия между структурными подразделениями.

За неполный рабочий год службой внутреннего аудита совместно с заведующими клиническими подразделениями были разработаны и внедрены внутренние стандарты операционных процедур (СОПы). Также внедрены международные стандарты по безопасности и предупреждению рисков при проведении медицинских диагностических и лечебных манипуляций [5].

В результате проводимых мероприятий повысилось качество оказываемых медицинских услуг, улучшилось качество ведения медицинской документации, что подтверждается уменьшением количества дефектов при проведении внешнего аудита экспертами территориального департамента Комитета по оплате медицинских услуг и увеличением количества благодарностей в адрес медицинских работников.

В плане развития клиники нами продолжается работа по стандартизации всех процедур по расширению спектра малоинвазивных оперативных вмешательств и развитию ВСМП. А также идет работа по поэтапному внедрению электронной истории болезни, что позволит сократить время оформления документов, выписки рецептов, усилить контроль за выполнением стандартов лечения и расходования лекарственных средств, а значит, позволит больше уделить времени пациентам. Все это будет способствовать повышению качества оказываемых медицинских услуг [6].

Выводы

Мероприятия, проводимые на сегодняшний день в системе здравоохранения, направлены в первую очередь на повышение качества медицинских услуг и обеспечение прав пациентов на доступность и качество предоставляемой медицинской помощи. Эффективное управление качеством медицинских услуг посредством внутреннего контроля возможно при соблюдении условий открытости, прозрачности и объективности, то есть все решения, принимаемые Службой внутреннего контроля, выносятся и обсуждаются на общем собрании медицинской организации при участии всего коллектива.

Одним из условий проведения внутреннего контроля является создание мотивации для медицинских работников, что в конечном итоге приведет к повышению качества оказываемых медицинских услуг. Условия для возникновения мотивации у медицинских работников созданы в виде дифференцированной оплаты труда по конечному результату.

Предлагаемые методы в полной мере соответствуют новым задачам современного здравоохранения по ключевым направлениям развития системы здравоохранения в пользу усиления солидарной ответственности государства и работодателя, лично человека за свое здоровье,

усиления мер профилактики и формирования здорового образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кодекс РК от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (пункт 3, статья 58)

2 Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг»

3 План мероприятий (Дорожная карта) по совершенствованию деятельности служб внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций, утвержденный Министром здравоохранения РК от 15.11.2011 г. (пункт 1.4)

4 Программа формирования и функционирования службы внутреннего контроля (аудита) ГКП на ПХВ «Центральная городская клиническая больница»

5 Отчет о проделанной работе за 2012 год службы внутреннего аудита Центральной городской клинической больницы города Алматы

6 Стратегический план на 2012-2016 годы государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения «Центральная городская клиническая больница» управления здравоохранения города Алматы

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Ш. АБДУЛЛАЕВ

Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

КӨП САЛАЛЫ СТАЦИОНАРДЫ ДАМЫТУДАҒЫ ІШКІ АУДИТТІҢ РӨЛІ

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінде жасалған соңғы қайта құрулар нәтижесінде медициналық қызметтің сапасын бақылау жүйесі (ішкі және сыртқы аудит) қалыптасты, тегін медициналық көмектің кепілді көлемі бойынша медициналық көмектің мерзімдері, сапасы және шарттары енгізілді.

Медициналық ұйымдарда ішкі аудит қызметінің мәртебесін заңды бекіту жасалды. Осы мақалада Алматы қаласының Орталық қалалық клиникалық ауруханасында ішкі аудит қызметін енгізу тәжірибесі және көп салалық стационарда көрсетілетін медициналық қызметті дамытуда және сапасын арттырудағы оның рөлі сипатталған. Ішкі аудит қызметі ОҚКА әкімшілігіне пациенттерді диагностикалау және емдеу үдерісіндегі бұзушылықтарды жою және алдын ала ескерту бойынша әрекетті іс-шараларды, сондай-ақ құрылымдық бөлімшелер арасындағы өзара әрекеттестікті ұйымдастыруды түзетуді уақытылы жасауға мүмкіндік жасайды.

Ішкі аудит қызметін құру, пациенттердің, саланың және мемлекеттің қажеттіліктерін қанағаттандыратын, сапа стандарттары негізінде ұйымның қызметін басқарудың оңтайлы үлгісін қалыптастыруға мүмкіндік жасайды.

Сапаны ауруханаішілік бақылау жүйесі ішіндегі бөлімшелердің дәрігерлері және басшылары тарапынан өзін-өзі бақылауы артады, бұл болса, пациенттің көрсетілетін қызметке қанағаттану деңгейінің артуын қамтамасыз етеді.

S U M M A R Y

M. Sh. ABDULLAYEV

Central City Clinical Hospital, Almaty c.

THE ROLE OF INTERNAL AUDIT IN DEVELOPMENT OF A MULTIDISCIPLINARY INPATIENT HOSPITAL

As a result of recent transformations in the healthcare system in Kazakhstan the quality control system of medical activity (external and internal control) has been established, there has been implemented the control of volumes, timelines, and quality of the provision of medical care under the guaranteed volume of free medical care. The status of internal audit service in healthcare organizations has been legally formalized. This article describes the experience of implementation of internal audit service in the Central city clinical hospital (CCCH) in Almaty city and its role in development and improving the quality of medical services rendered in the multidisciplinary inpatient hospital. Internal audit service enables the CCCH administration to promptly develop effective measures for elimination and prevention of violations in the process of diagnostic and treatment of patients, as well as to adjust the arrangement of interaction between structural units. Creation of this service facilitates formation of the optimal model of the organization management on the basis of quality standards that meet the needs of patients, the sector and the state. The self-control on the part of the doctor and heads of the units within the hospital quality control system is improving, and that fact ensures increased patient satisfaction with services provided.

УДК 614.2:616-082

К.Е. КОНЫСБАЕВА

Поликлиника №1, г. Экибастуз

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В условиях реформирования отечественного здравоохранения, одной из основных целей которого является улучшение качества медицинской помощи, ключевым вопросом, не имеющим однозначного решения, является вопрос о способе получения информации о качестве медицинской помощи для принятия обоснованных решений по улучшению его состояния. Применение индикаторов качества медицинской помощи позволяет обеспечить возможность непрерывного контроля качества медицинской помощи в период между принятием управленческих решений.

Ключевые слова: *индикаторы, качество, медицинская помощь.*

За последнее десятилетие в Республике Казахстан все шире начинает распространяться «индикаторное мышление». Необходимость инструментальной оценки происходящих процессов, дать им ретроспективный анализ и попытаться заглянуть в будущее требуют формирования соответствующих индикаторов и количественных показателей [1, 2]. Существующая система статистической отчетности медицинских организаций нуждается в совершенствовании, в частности, должна быть дополнена новыми показателями, которые отражают решение задач, актуальных для здравоохранения сегодня, – индикаторами качества медицинской помощи (КМП) [3, 4]. Индикаторы должны отражать такие характеристики медицинской помощи, как результативность, рациональность, безопасность, экономическая эффективность, доступность, своевременность, приемлемость [5].

Цель исследования – разработать индикаторы, отражающие качество медицинской помощи на региональном уровне.

Материал и методы

Разработка индикаторов КПМ на региональном уровне проведена на основе подхода, предложенного А. Донатабедиан [3]. В основе метода лежит анализ трех компонентов – структуры, процесса, результата. Оценка структуры предполагает определение потенциальных возможностей медицинского учреждения (или медицинского работника) оказывать соответствующую его функциям медицинскую помощь. При этом анализируется ресурсная база: кадры, оснащение, условия пребывания пациентов и т. п. При оценке процесса анализируется соблюдение медицинских технологий; при оценке результата – степень достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи. Этот подход может являться теоретической основой формирования индикаторов качества, которые должны отражать наиболее значимые элементы структуры и процесса, и степень достижения желаемого результата. Индикаторы должны соответствовать нескольким критериям: надежность (использование одного и того же процесса для расчета индикаторов приведет к одинаковым результатам); чувствительность к изменениям (незначительные изменения в системе здравоохранения немедленно вызывают вариации в индикаторах); простота в расчетах (затрачиваемые усилия выполнимы и не являются отталкивающим фактором); носить опережающий характер и в то же время соотноситься с современным уровнем оснащения ЛПУ; отражать КМП больным с наиболее значимыми заболеваниями, а в рамках каждого заболевания – наиболее важные с медицинской, социальной и экономической точки зрения элементы лечебно-диагностического процесса и достигнутые результаты; относиться к тем явлениям, которые в наибольшей степени зависят от качества работы медицинских работников. Из-за вариабельности течения заболеваний измерение правильности оказания медицинской помощи с помощью индикаторов КМП лишь косвенно отражает КМП, поэтому не позволяет делать однозначные выводы о КМП, однако ценность индикаторов заключается в их способности выявить участок, где встречаются системные ошибки. Проведен факторный и кластерный анализ. Статистическую обработку проводили с использованием программных пакетов STATISTICA 6.0 и BioStat 2008.

Результаты и обсуждение

Индикаторы структуры могут быть использованы на любом уровне системы здравоохранения: отрасли, территории, отдельного ЛПУ (табл. 1). На оценку структуры направлены мероприятия по лицензированию медицинской деятельности.

Индикаторы процессов используются для оценки правильности ведения пациентов в определенных клинических ситуациях (при профилактике, диагностике, лечении и реабилитации). При оценке процесса анализируются:

1. Правильность организации работы системы здравоохранения на различных уровнях на основе нормативно-правовых актов и стандартов аккредитации (плановая операция, ожидание онкологическими больными начала лечения от момента постановки диагноза).

2. Соблюдение медицинских технологий, в частности обязательные диагностические, инструментальные методы исследований и лечебные мероприятия, предусмотренные утвержденными в установленном порядке региональными стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, планами ведения больных (табл. 2).

Таблица 1 – **Примеры индикаторов КМП, характеризующие структурные компоненты медицинской технологии**

№	Наименование индикатора	Формула для расчета
1	Доля медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет, %	(Число медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет / Общее число медицинских организаций) х 100%
2	Обеспеченность населения участковыми врачами-терапевтами в амбулаторно-поликлинической сети (фактическая), на 10000 населения	(Число физических лиц – основных работников (участковых врачей) на занятых должностях / Среднегодовая численность населения) х 10 000
3	Обеспеченность населения койками в дневных стационарах (всех типов), на 10000 населения	(Общее число коек дневных стационаров (всех типов) на конец года / Среднегодовая численность населения) х 10 000

Таблица 2 – **Примеры индикаторов КМП, характеризующие компоненты процесса**

№	Наименование индикатора	Формула для расчета
1	Доля запущенных случаев рака молочной железы (РМЖ), %	(Число случаев РМЖ, выявленных в 3–4-й стадии / Общее число диагностированных случаев РМЖ) х 100%
2	Своевременность постановки на учет беременных, %	(Число женщин, взятых на учет до 12 нед. беременности / Общее число женщин, состоявших на учете по беременности и родам) х 100%
3	Число кесаревых сечений (КС) на 100 родов	(Число КС / Число принятых родов) х 100

Таблица 3 – **Примеры индикаторов КМП, характеризующие компоненты результатов медицинских технологий**

№	Наименование индикатора	Формула для расчета
1	Материнская смертность	(Число женщин, умерших в период беременности, в родах и в течение 42 сут. после родов включительно / Общее число рожденных живыми детей) х 100 000
2	Перинатальная смертность	(Число умерших новорожденных в возрасте 0-6 сут. ± число родившихся мертвыми / Общее число рожденных живыми и мертвыми) х 1000
3	Смертность от активных форм туберкулеза	(Число умерших от активного туберкулеза / Среднегодовая численность населения) х 1000

Индикаторы результата оценивают степень выполнения поставленных задач и достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи (табл. 3).

Таким образом, индикаторы качества медицинской помощи являются согласованным показателем, по которому можно оценить состояние системы оказания медицинской помощи. Индикаторы позволяют мониторировать реализацию программ по повышению качества медицинской помощи по приоритетным в данный момент направлениям. Применение индикаторов качества медицинской помощи позволяет обеспечить возможность непрерывного контроля качества медицинской помощи в период между принятием управленческих решений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Савельев В.Н., Виноградова Т.В. Индикаторы качества оказания медицинской помощи // Медицинский альманах. – 2011. – № 1. – С. 11-14

2 Карташов В.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 29-38

3 Donabedian A. The Quality of Care // Arch. Pathology and Laboratory Medicine. – 1990. – Vol. 114. – P. 1115-1118

4 Абросимова Н.В., Сулейманов С.Ш. Индикаторы качества лекарственного обеспечения как составляющие управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – №7-8. – С. 63-67

5 Плавинский С.Л., Кузнецова О.Ю. Индикаторы качества работы амбулаторно-поликлинического учреждения, основанные на оценке исходов, и процесса оказания медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургской медицин. академии последипломн. образования. – 2010. – Т. 2, №2. – С. 100-105.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

К.Е. КОНЫСБАЕВА

№1 қала Екібастұз емхана

ДӘРІГЕРЛІК ЖӘРДЕМНІҢ КӨРСЕТУІН САПАНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Мақалада дәрігерлік жәрдемнің сапасының көрсеткіштері бойымен дәрігерлік жәрдемнің көрсетуін жүйенің күйі бағалауға болатын келісілген көрсеткішті болып көрінгенін көрсеткен. Көрсеткіш бағыт бойымен дәрігерлік жәрдемнің сапасын жоғарылау арналған программ өткізу басты осы уақытта барлауға рұқсат береді. Дәрігерлік жәрдемнің сапасының көрсеткіштерін қолдану басқарушылық шешім дәрігерлік жәрдемнің сапасын троля мүмкіндік үздіксіз байланысты қабылдаудың аралығында қамтамасыз етуге рұқсат береді.

S U M M A R Y

K.E. KONYSBAYEVA

Out-patient department № 1 of the city of Ekibastuz

INDICATORS OF QUALITY OF RENDERING A MEDICAL CARE

In article it is shown that indicators of quality of a medical care are the compounded indicator on which it is possible to estimate a condition of system of rendering a medical care. Indicators allow carrying out monitoring implementation of programs on improvement of quality of a medical care on priority at present to the directions. Use of indicators of quality medical care allows providing opportunity continuous control qualities of a medical care during the period between acceptance administrative decisions.

УДК 614.2:615.1(574)

Д. АБУОВ

Высшая Школа общественного здравоохранения, г. Алматы

АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ БЕСПЛАТНОГО И ЛЬГОТНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В статье проведен анализ нормативно-правовой базы бесплатного и льготного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан. В результате проводимых реформ удалось значительно расширить Перечень видов заболеваний и категорий граждан, пользующихся гарантиями государства на бесплатное получение лекарственных средств.

Ключевые слова: *льгота амбулаторного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан, анализ, приказы, ГОБМП.*

Бесплатное и льготное лекарственное обеспечение является одной из важнейших составляющих медицинской помощи, а также важной мерой социальной поддержки граждан, напрямую способствующей улучшению состояния здоровья и качества жизни населения.

В Казахстане амбулаторно-поликлиническая помощь входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). ГОБМП предусматривает обеспечение населения лекарственными средствами бесплатно и на льготных условиях.

Лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП финансируется за счет средств республиканского и местных бюджетов, а также путем выделения целевых текущих трансфертов. Закуп проводится в рамках нескольких бюджетных программ, администратором которых является Министерство здравоохранения РК.

Система бесплатного и льготного лекарственного обеспечения функционирует в Республике Казахстан с 2005 года, и до 2009 года действовал Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 июня 2007 года №376 «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях» [1].

В соответствии со статьей 88 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [2], в целях совершенствования системы лекарственного обеспечения населения в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи издан новый Приказ №446 от 4 сентября 2009 года «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне» [3], в котором утвержден перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне.

Согласно данному Приказу до 2012 года на амбулаторно-поликлиническом уровне лекарственными средствами обеспечивались отдельные категории граждан с определенными видами заболеваний/состояний бесплатно и на льготных условиях с коэффициентом возмещения 0,5.

В настоящее время совершенствование амбулаторного лекарственного обеспечения является одним из приоритетных направлений Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [4]. Министерство здравоохранения Республики Казахстан осуществляет качественное и своевременное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне для снижения количества обострений и госпитализаций.

Так, с 1 января 2012 года согласно Приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года №786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами» все категории граждан, состоящие на диспансерном учете, получают лекарственные средства и изделия медицинского назначения бесплатно [5].

В соответствии с подпунктом 5 пункта 1 статьи 9 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» местные представительные органы областей, города республиканского значения и столицы принимают решение о дополнительном предоставлении лекарственных средств, специализированных лечебных продуктов, изделий медицинского назначения отдельным категориям граждан при амбулаторном лечении бесплатно и на льготных условиях.

Существующая система амбулаторного лекарственного обеспечения граждан позволяет обеспечивать отдельные категории граждан и больных по отдельным видам заболеваний бесплатно или на льготной основе. Однако при этом остаются актуальными вопросы увеличения доступности к лекарственным препаратам, особенно в сельской местности. Так же наблюдаются неравномерное выделение денежных средств на обеспечение лекарственными средствами граждан в разрезе регионов, а так же перебои в их обеспечении.

Таким образом, продолжаются работы по совершенствованию системы амбулаторного лекарственного обеспечения. В результате проводимых реформ удалось значительно расширить Перечень видов заболеваний и категорий граждан, пользующихся гарантиями государства на бесплатное получение лекарственных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №376 от 21 июня 2007 г. «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях»

2 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», статья 88, Астана, 18 сентября 2009 года, №193- IV ЗРК

3 Приказ № 446 от 4 сентября 2009 года «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне»

4 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113

5 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами»

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Д. АБУОВ

Денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА АМБУЛАТОРЛЫҚ ТЕГІН ЖӘНЕ ЖЕҢІЛДІКТІ ДӘРІЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ БОЙЫНША НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗАНЫ ТАЛДАУ

Мақалада, Қазақстан Республикасындағы амбулаторлық тегін және жеңілдікті дәрілік қамтамасыз ету бойынша нормативтік-құқықтық базаға талдау жүргізілген. Дәрілік қамтамасыз ету жүйесін жетілдіру – аурулар түрінің тізбесін және дәрілік заттарды тегін алуға мемлекеттік кепілдікті пайдаланатын азаматтар топтарының тізімін кеңейтуге мүмкіндік берді.

S U M M A R Y

D. ABUOV

School of Public Health, Almaty c.

ANALYSIS OF REGULATORY AND LEGAL FRAMEWORK FOR FREE AND PREFERENTIAL OUTPATIENT PROVISION OF MEDICINES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The article provides the analysis of the regulatory and legal framework for free and preferential provision of medicines in the Republic of Kazakhstan. Improving the system of free and preferential provision of medicines has allowed to extend the List of diseases and categories of citizens using the state guarantees on getting free medicines.

УДК 616.12-008.331.1-085

Р.Б. АХМЕТКОЖИНА
Центральная районная больница, г. Сарканд

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Изучены эффективность и безопасность применения фиксированной комбинации лозартана и гидрохлортиазида у 124 больных артериальной гипертензией I-II степени. Исследование включало общее клиническое обследование, измерение АД и ЧСС. Комбинированная терапия назначалась в зависимости от исходного уровня АД в индивидуально подобранных дозах в течение 2 месяцев. Показано, что антигипертензивный эффект был достигнут у подавляющего числа пациентов (87,5%); наблюдалось снижение повышенного АД. Данная динамика АД отмечалась на фоне хорошей переносимости препарата (83,3%).

Ключевые слова: *лозартан, гидрохлортиазид, артериальная гипертензия, комбинированный препарат.*

По данным популяционных исследований, от 40 до 80% лечащихся больных не достигают целевого уровня АД либо из-за неадекватных доз либо вследствие низкой приверженности лечению [1]. Между тем, неадекватно контролируемая артериальная гипертензия (АГ) приводит к серьезным последствиям, вызывая и ускоряя развитие сердечно-сосудистых и метаболических осложнений [2]. Метаанализ данных 61 проспективного клинического исследования показал, что риск фатальных сердечно-сосудистых событий удваивается на каждые 20 мм рт. ст. при увеличении систолического АД (САД) свыше 115 мм рт. ст. и на каждые 10 мм рт. ст. при увеличении диастолического АД (ДАД) свыше 75 мм рт. ст. [3]. Помимо монотерапии, при лечении АГ используются комбинации из 2, 3 и более антигипертензивных препаратов. У 2/3 больных АГ требуется многокомпонентная антигипертензивная терапия для достижения рекомендуемого уровня АД [4, 5].

Цель исследования – оценка клинической эффективности применения фиксированной комбинации лозартана и гидрохлортиазида в лечении АГ.

Материал и методы

В 2-месячное исследование были включены 124 пациента (86 женщин и 38 мужчин), страдающих АГ I-II степени и регулярно принимающих фиксированную комбинацию лозартана (50 мг) и гидрохлортиазида (12,5 мг). Средний возраст пациентов составил 43±4,2 года, продолжительность заболевания АГ была 12,8±4,6 года. Средний исходный уровень САД составил 169,2±1,7 мм рт. ст., ДАД – 98,4±2,4 мм рт. ст. У большинства пациентов выявлялись те или иные факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений: уже имеющиеся ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушенная толерантность к глюкозе. Почти у половины пациентов с АГ отмечено сочетание двух и более факторов риска: у 29,1% пациентов имело место сочетание АГ с ИБС, стенокардией напряжения, ФК I-II; у 58,3% зарегистрировано наличие сердечно-сосудистых заболеваний у ближайших родственников в анамнезе. В 16,6% случаев АГ сочеталась с нарушением толерантности к глюкозе. У 45,8% пациентов АГ отмечена избыточная масса тела, в том числе у 20,8% – ожирение I степени. Среди пациентов АГ 20,8% были курильщиками, дислипопротеидемия выявлена у 29,1% пациентов. Критерии эффективности лечения: полный эффект (ДАД в покое 90 мм рт. ст. и ниже); частичный эффект (снижение ДАД более чем на 10% от исходного при ДАД выше 90 мм рт. ст.); недостаточный эффект (ДАД не достигло уровня 90 мм рт. ст. и снизилось менее чем на 10% от исходных значений); наличие и степень выраженности побочных эффектов.

Результаты и обсуждение

Через 1 месяц терапии фиксированной комбинацией лозартана и гидрохлортиазида отмечено значимое снижение САД и ДАД, при этом полный эффект терапии был достигнут у 87,5% больных. У 12,5% больных для достижения полного терапевтического эффекта дозу комбинированного препарата увеличили до 2 таблеток в сутки. На фоне лечения фиксированной комбинации лозартана и гидрохлортиазида не только не наблюдалось так называемого феномена «ускользания» антигипертензивного эффекта, но, напротив, было отмечено его усиление. Одновременно наблюдалась нормализация ЧСС.

Постепенное титрование доз фиксированной комбинации лозартана и гидрохлортиазида в течение первых 2-4 недель приема привело к снижению САД при случайных измерениях традиционным методом со 169,2±11,7 мм рт. ст. до 140,5±1,3 мм рт. ст. ($p<0,05$), а ДАД – со 98,4±2,4 мм рт. ст. до 79,0±2,2 ($p<0,05$). Увеличилась разница между показателями САД с 9,2±0,04 мм рт. ст. до лечения до 11,2±0,7 мм рт. ст. после лечения.

У подавляющего числа пациентов (83,3%) наблюдалась хорошая переносимость комбинированной терапии лозартаном и гидрохлортиазидом. В первые дни приема фиксированной комбинации лозартана и гидрохлортиазида лишь у 16,7% больных отмечались головная боль, головокружение при переходе из горизонтального в вертикальное положение, которые исчезли к концу первой недели приема препарата. У 12,5% больных наблюдалось покраснение лица в течение первых 3-х дней приема препарата, которое прошло при продолжении лечения. Все вышеуказанные побочные эффекты не потребовали отмены или снижения дозы комбинированного препарата и прошли самостоятельно в первые 1-2 недели лечения.

Таким образом, длительная терапия фиксированной комбинацией лозартана и гидрохлортиазида у больных АГ оказывает выраженный и устойчивый антигипертензивный эффект. Неоспоримым преимуществом комбинированной терапии являются уменьшение частоты побочных реакций и высокая приверженность к лечению у больных АГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мелехов А.В., Островская Ю.И. Повышение эффективности гипотензивной терапии: курс на высокий комплаенс // Атмосфера. Новости кардиологии. – 2011. – № 3. – С. 22-24

2 Барышникова Г.А. Роль блокаторов рецепторов ангиотензина в лечении артериальной гипертонии: фокус на лозартан // Системные гипертензии. – 2009. – № 1. – С. 26-32

3 Астахова З.Т., Канукова Ф.У., Раппопорт А.В., Таутиева И.Ж., Кулова Ж.А. и др. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: фиксированная комбинация блокатора ангиотензиновых рецепторов и диуретика // Российский кардиологический журнал. – 2010. – Т. 85, № 5. – С. 68-72

4 Линчак Р.М., Шумилова К.М. и др. Применение комбинированного препарата лозартана и гидрохлортиазида в антигипертензивной терапии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2006. – Т. 2, №1. – С. 18-26

5 Скворцов Ю.И., Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцов К.Ю., Одинцов В.В. Современные аспекты антигипертензивной терапии: в фокусе – сартаны // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18, №10. – С. 658-662

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Р.Б. АХМЕТКОЖИНА

Сарқаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНІҢ ҚҰРАМА ТЕРАПИЯСЫ АМБУЛАТОРЛЫҚ ШАРТТАРДА

Бас ⅔ артериялық гипертензиянің ауруларының көп компонент қарсы артериялық қысымның терапия ұсын- деңгейінің табысы үшін сұрайды. Мақсаты – клиникалық тиімділіктің лозартан және гидрохлортиазид тіркелген әрекетінің 2-айлық қолданысының қауіпсіздігінің сарапшылығы I артериялық гипертензиясінің емделушісінің шипасында – дәреженің II. Материал және әдістерінің: 2-айлық зертте 124 емделуші ішіне ал. Нәтижелерінің: лозартан және гидрохлортиазид тіркелген әрекетінің ұзақ терапиясы білдір-және төзімді қарсы артериялық қысымның терапия нәтижені. Құрама терапияның талассыз артықшылығымен қосымша реакцияның жиілігінің кемуі және биік бейілділік шипаға бас артериялық гипертензиянің ауруларының болып табылады.

S U M M A R Y

R.B. AKHMETKOZHINA

Central regional hospital of Sarkand c.

THE COMBINED THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN OUT-PATIENT CONDITIONS

At ⅔ patients of arterial hypertension multi component anti-hypertensive therapy for achievement of recommended level of arterial pressure is required. Objective – an assessment of clinical efficiency of 2-month application of the fixed combination lozartan and hydrochlorothiazide in treatment of patients of arterial hypertension of the I-II degree. Material and methods: 124 patients are included in 2-month research. Results: long therapy of the fixed combination lozartan and hydrochlorothiazide renders the expressed and steady anti-hypertensive effect. Indisputable advantage of the combined therapy is decrease of frequency of collateral reactions and high commitment to treatment at patients of arterial hypertension.

УДК 616.127-005.4+616.33/008.17]-07-08

Р.Б. АХМЕТКОЖИНА

Центральная районная больница, г. Сарканд

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Изучалась распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с патологией пищевода у больных ишемической болезнью сердца. Дана оценка результатов эндоскопического исследования пищевода и желудка у этих пациентов. Показана их взаимная отягощенность: частое возникновение при ишемической болезни сердца эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и зависимости ее появления от тяжести течения коронарной болезни.

Ключевые слова: *ишемическая болезнь сердца, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, сочетание.*

Значительная распространенность симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обусловливает частое сочетание заболевания и ишемической болезни сердца (ИБС) [1]. Патология гастроэзофагеальной зоны у больных ИБС встречается в 35% случаев и занимает второе место после эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны [2, 3]. Особенности сочетанного течения ИБС и ГЭРБ, их взаимное влияние друг на друга изучены гораздо менее подробно. Для диагностики большинство авторов отдают приоритет инструментальным методам, а клиническим проявлениям сочетанной патологии уделяется меньше внимания или признается отсутствие достоверных клинических критериев у пациентов этой категории [4, 5].

Цель исследования – выявить распространенность ГЭРБ у больных ИБС и уточнить вклад патологии пищевода в клиническую симптоматику при сочетании обоих заболеваний.

Материал и методы

Обследовано 119 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения различных функциональных классов (ФК). Диагноз стенокардии устанавливали на основании общепринятых клинических и инструментальных критериев в соответствии с современной классификацией ИБС [1]. Диагностика ГЭРБ проводилась в соответствии с международными клиническими критериями [3]. Всем больным с диспептическими жалобами проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение

Диагноз: ГЭРБ по клиническим симптомам был установлен у 33 человек – эта группа, условно названная «сочетанная ИБС», 86 больных – группа «изолированная ИБС». С возрастом сочетание ИБС и ГЭРБ встречалось чаще, причем среди женщин. Корреляционный анализ выявил умеренную связь наличия симптомов ГЭРБ с женским полом (p=0,008) и возрастом больных ИБС (p=0,03).

Всех больных беспокоили типичные ангинозные приступы во время физической нагрузки соответственно тому или иному ФК стенокардии. Кроме того, в обеих группах выявлена значительная частота появления

болей в груди, не связанных с физической нагрузкой: среди больных ИБС в сочетании с ГЭРБ встречались значительно чаще, чем у больных без ГЭРБ (90,9% против 67,4%; p<0,05). При анализе причин возникновения болевых ощущений выявлено, что для группы «изолированная ИБС» была характерна связь их появления с эмоциональным напряжением (47,7% против 27,3% в группе «сочетанная ИБС»; p<0,05). Среди больных сочетание обоих заболеваний преобладало в 60,6% случаев, боли в груди появлялись при наклонах (у 43% больных с «изолированной ИБС»; p<0,05) и в 66,7% – в положении лежа (у 45,3% больных из группы «изолированная ИБС»; p<0,05).

Зависимость возникновения болей в грудной клетке от приема пищи отмечали 66,6% больных группы «сочетанная ИБС» и только 24,4% лиц без симптомов ГЭРБ (p<0,05). Для больных сочетанной ИБС было характерно возникновение болевых ощущений в груди во время приема пищи или сразу после него (51,5% против 14%, p<0,05), а среди больных изолированной ИБС – у большинства (64%) боли возникали спустя 30 минут и позже после приема пищи (против 21,2%; p<0,05).

Среди пациентов с сочетанной ИБС чаще отмечалась загрудинная локализация боли (54,3% против 20%; p<0,05), преимущественно в нижней ее трети (44%). Болевые ощущения у большинства больных носили жгучий характер (54,5% против 26,7% больных; p<0,05) и имели более симметричную иррадиацию, чем у больных изолированной ИБС (в спину – у 45,6%, в обе руки – у 15,1%). Специфичными условиями облегчения атипичных болей в груди для группы «сочетанная ИБС» было изменение положения тела – выпрямление после наклонов или переход в вертикальное из горизонтального положения (у 27,3% против 7%; p<0,05), питье воды или прием антацидов (у 9% и ни у одного больного с изолированной ИБС). Также у больных сочетанной ИБС при атипичных болях в груди прием нитроглицерина оказался более эффективным, чем у больных ИБС без ГЭРБ (45,5% против 24,4%; p<0,05).

Эндоскопические изменения слизистой оболочки пищевода выявили следующее: у больных ИБС в сочетании с эрозивным рефлюкс-эзофагитом наблюдались более выраженные клинические проявления, чем при ИБС в сочетании с неэрозивным рефлюкс-эзофагитом. Возникновение рефлюкс-эзофагита у обследованных связано с характером течения у них ИБС: среди больных с НЭРБ преобладали лица со II ФК стенокардии; у больных с ЭРБ отмечался более тяжелый ФК стенокардии. Инфаркт миокарда в анамнезе у больных ИБС в сочетании с НЭРБ регистрировался в 2,5 раза реже, чем у больных с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом.

Таким образом, сочетание ИБС и ГЭРБ характеризуется взаимным отягощением, что выражается в более частом возникновении у больных ИБС эрозивной формы ГЭРБ и зависимости ее появления от тяжести течения коронарной болезни, в более частом развитии у больных с сочетанием обоих заболеваний инфарктом миокарда, более тяжелом ФК стенокардии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Зверева С.И., Еремина Е.Ю. Распространенность и особенности сочетанного течения ГЭРБ и ИБС// Медицинский альманах. – 2011. – №2. – С. 103-106

2 Шилов А., Мельник М., Осия А., Грязнов Д. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: дифференциальная диагностика и лечение // Врач. – 2010. – №7. – С. 9-12

3 Алексеева О.П., Пикулев Д.В. ИБС и ГЭРБ: синдром взаимного отягощения // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатолог. – 2012. – №3. – С. 31-34

4 Звенигородская Л.А., Чурикова А.А. Терапия ГЭРБ при ишемической болезни сердца // Клиническая геронтология. – 2012. – Т. 18. – №1-2. – С. 48-51

5 Pulkowski G, Majer M, Budzyński J, Swiatkowski M. Gastroesophageal reflux disease and coronary heart disease--coexistence or interrelationship? // Pol Merkur Lekarski. 2006 Jan;20(115):104-8

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Р.Б. АХМЕТКОЖИНА

Саркаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы

КЛИНИКАЛЫҚ АЙҚЫНДА ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯ АУРУЫНА ТІРКЕСТЕ МЕН ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛІ РЕФЛЮКС АУРУМЕН

Мақсат-айқында- гастроэзофагеалі рефлюкс аурудың таралғандқын бас жүректің ишемия ауруының ауруларының, айқында- өзектің паталогиясының үлесін клиникалық симптоматикаға бас беттердің обоих ауруға шалдығудың тіркесімен. Материал және әдістер: 119 аурулардың зерттте. Нәтижелерінің: айтылмыш ауруға шалдығудың тіркесі өзара ауырлық түсір- сипаттайды, бұл бас гастроэзофагеалі рефлюкс аурудың және оның біт- тәуелділікінің эрозиялық пішінінің жүрегінің ишемия ауруының ауру от жүрек ауру ағыс зіл ара астам тығыз ту- білдір-, ара астам тығыз даму бас ауру мен миокард инфаркт обоих ауруға шалдығу тіркес, стенокардия астам ауыр функциялық сынып.

S U M M A R Y

R.B. AKHMETKOZHINA

Central regional hospital of Sarkand c.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF CORONARY HEART DISEASE IN COMBINATION WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

The purpose – to tap prevalence of gastroesophageal reflux disease at patients of coronary heart disease, to specify a contribution of pathology of an esophagus to a clinical symptomatology at persons with a combination of both diseases. Material and methods: 119 patients are surveyed. Results of research: the combination of these diseases is characterized by mutual burdening that is expressed in more frequent emergence at patients of coronary heart disease of an erosive form of gastroesophageal reflux disease and dependence of its emergence on gravity of a current of a coronary disease, in more frequent development in patients with a combination of both diseases of a myocardial infarction, more serious functional class of stenocardia.

УДК 616.12-008.331.1:618.173-085

М.Б. РАХИМБАЕВА
Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ингибиторы АПФ эффективны при лечении женщин в постменопаузе с артериальной гипертонией, предотвращают развитие и уменьшают выраженность гипертрофии миокарда левого желудочка, снижают риск развития инфаркта миокарда, являются уникальной системой внутренней стабилизации.

Ключевые слова: *женщины, постменопауза, фармакотерапия, артериальная гипертония.*

Проблема эффективной коррекции артериальной гипертензии, а также предотвращения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у женщин, находящихся в постменопаузе, продолжает оставаться в числе наиболее острых социально-медицинских проблем. Анализ многочисленной литературы, касающейся состояния здоровья женщин, находящихся в пери- и постменопаузе, свидетельствует о множественных отклонениях, развивающихся в этот период в организме женщин, среди которых ведущее место занимает сердечно-сосудистая патология. Это связано с тем, что к 40-50 годам и в более позднем возрасте заметно увеличивается число женщин, страдающих ИБС, атеросклерозом, артериальной гипертензией, основной причиной чего является выраженная перестройка эндокринной системы. Так, если в организме женщины в репродуктивном периоде эстрогены, кроме своей основной функции, оказывают нормальное физиологическое влиянии на функциональную деятельность сердечно-сосудистой системы, проявляющееся сосудорасширяющим действием, влиянием на резистентность периферических сосудов к току крови и др., то при недостатке синтеза эстрогенов формируется повышенная прессорная эффективность ангиотензина-П, активность ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Кроме ряда прочих возможных механизмов влияния эстрогенов на сердечно-сосудистую систему, недостаток синтеза эстрогенов в период постменопаузы ведет к потере вазопротективных эффектов. При этом повышаются резистентность периферических сосудов, скорость кровотока, сердечный индекс, удельный объем крови. Претерпевают изменения показатели ЭхоКГ – снижаются минутный и ударный объемы, сократительная функция миокарда, может увеличиваться толщина межжелудочковой перегородки сердца и стенок левого желудочка. Со снижением концентрации эстрогенов в постмеопаузе связано развивающееся изменение липидного спектра крови, когда повышается общий холестерин, его атерогенные фракции – липопротеины низкой (ЛПНП) плотности; иногда снижается антиатерогенная фракция холестерина – липопротеины высокой плотности (ЛПВП). Этот фактор, наряду с изменениями, развивающими в свертывающей системе крови, является одним из наиболее значимых имеющих большое значение в повышении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в период постменопаузы.

Известно, что до относительно недавнего времени, а порой и в настоящее время, для коррекции эстрогендефицитных нарушений, и в частности, артериальной гипертензии, использовались заместительная гормональная терапия, имеющая ряд серьезных отрицательных сторон, а также симптоматическая гипотензивная терапия, не оказывающая должного стойкого эффекта на патогенез развития гипертензивных состояний.

В настоящее время все более настойчиво в клиническую практику лечения эстрогендефицитных состояний, в частности, артериальной гипертонии, внедряется использование ингибиторов (ИАПФ) – каптоприл, лозап, лизиноприл, фозикард, энап и др., воздействующих на основные звенья в патогенезе артериальной гипертензии, связанной с дефицитом эстрогенов. Кроме того, как свидетельствует литература, при длительном применении ИАПФ уменьшаются или полностью устраняются признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, являющиеся основным фактором риска развития инфаркта миокарда, инсульта. Весьма важен итог положительного воздействия на метаболические изменения в периоде постменопаузы, в частности, не повышается концентрация ЛПНП, ЛПОНП, глюкозы в плазме крови и т.д. Вместе с тем, эти препараты оказывают существенное положительное действие на нейровегетативный статус женщин в постменопаузе, во многом определяющий качество их жизни.

Учитывая имеющийся на сегодняшний день весьма солидный убедительный положительный опыт использования ИАПФ у женщин в постменопаузе, о чем свидетельствуют литературные данные, в течение последнего года проводилось динамическое наблюдение и лечение 22 женщин работоспособного возраста, находящихся в постменопаузе и страдающих мягкой и умеренной артериальной гипертензией в течение 5-10 лет. Уровень артериального давления всех наблюдаемых больных характеризовался неустойчивостью, с более выраженными подъемами его в рабочее время, редкими кризовыми состояниями и возможностью спонтанной нормализации АД в периоды длительного отдыха. Все наблюдаемые больные предъявляли жалобы аналогичного характера, разнящиеся лишь по степени выраженности: частые головные боли, шум в голове, периодически возникающие головокружения, нарушения сна, снижение умственной и физической работоспособности, повышенная раздражительность и плаксивость. Заметное развитие указанной субъективно-объективной симптоматики все наблюдаемые связывали с периодом либо за несколько лет предшествовавшим развитию менопаузы, либо в периоде постменопаузы.

При клиническом обследовании наблюдаемых больных выраженной сопутствующей патологии со стороны различных органов и систем организма, требующей специального лечения и непосредственно влияющей на состояние сердечно- сосудистой системы, выявлено не было.

При перкуторном обследовании сердца у 75% больных имели место умеренное расширение границ влево, приглушение тонов сердца и в большей или меньшей степени выраженности акцент II тона над аортой. У 18 женщин в состоянии покоя наблюдалась увеличенная частота сердечных сокращений в пределах от 85 до 95 ударов в

минуту. Нарушений ритма работы сердца у наблюдаемых лиц не выявлялось.

При функционально-лабораторном обследовании на ЭКГ у 16 больных (72,7%) выявлялись признаки гипертрофии левого желудочка, у всех 22 женщин обнаруживалось сужение артериол на глазном дне. В анализе крови у 12 (54,5%) глюкоза натощак составляла 5,8 – 6,1 ммоль/л; общий холестерин у 14 (63,6%) наблюдаемых составлял от 5,2 до 5,9 ммоль/л.

Следует указать, что в первые 6 месяцев наблюдения за этими больными лечебная коррекция постоянно повышающегося артериального давления осуществлялась с использованием общепринятых симптоматических гипотензивных средств, а также седативными препаратами и β-блокаторами. При этом динамика уровня артериального давления после прекращения соответствующего курса гипотензивной терапии раньше или позже, но неизбежно возвращалась к прежнему состоянию.

При использовании в течение последних 6 месяцев ИАПФ – лозап, фозикард, энап у 20 женщин (90,9%), находящихся в менопаузе и страдающих артериальной гипертензией, получены хорошие и очень хорошие результаты. Так, после 2-х месяцев систематического применения этих препаратов уровень артериального давления практически находился в диапазоне общепринятой возрастной нормы, а субъективное состояние больных заметно улучшилось, подтверждением чего является отсутствие за весь последний год временной нетрудоспособности. Следует также обратить внимание, что после систематического двухмесячного применения этих препаратов следующие 4 месяца наблюдаемые женщины находились на поддерживающей дозе фозикарда (10 мг в сутки) и энапа (2,5 мг в сутки). При этом на ЭКГ не выявлялось признаков гипертрофии миокарда левого желудочка. Биохимические показатели, в частности холестерин и уровень глюкозы в крови, за период лечения препаратами (ИАПФ) изменений не претерпевали. Вместе с тем эти препараты оказали заметный положительный эффект на нейровегетативный статус организма наблюдаемых нами женщин.

Важно также подчеркнуть, что возможные побочные эффекты (гипотония первой дозы, учащенное сердцебиение, сухой кашель, аллергические реакции) были единичными и мало выраженными (у 3-х из 22 больных), что не требовало ни отмены препарата, ни снижения его дозы.

В заключение уместно отметить, что лечебно-профилактические мероприятия, направленные на оздоровление женщин в постменопаузе, страдающих артериальной гипертензией, продолжаются и предполагают дальнейшее расширение используемых форм ингибиторов АПФ.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Б. РАХЫМБАЕВА

ҚР Президент Істері Басқармасының Орталық клиникалық ауруханасы

АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯМЕН АУЫРАТЫН, МЕНОПАУЗАДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҰТЫМДЫ ФАРМАКОТЕРАПИЯСЫ

АПФ ингибиторлары артериалды гипертониямен ауыратын, менопаузадан кейінгі әйелдерді емдеу кезінде тиімді, жүректің сол жақтағы қарынша миокардасының айқын гипертрофиясын азайтады, миокарда инфарктінің даму қатерін төмендетеді, ішкі тұрақтандырудың бірегей жүйесі болып табылады.

S U M M A R Y

M.B. RAHIMBAYEVA

Central Clinical Hospital of the Medical Center of the Presidential Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan

RATIONAL PHARMACOTHERAPY IN POSTMENOPAUASAL WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ACE inhibitors are effective in the treatment of postmenopausal women with arterial hypertension; they prevent the development and reduce the severity of left ventricular hypertrophy, decrease the risk of myocardial infarction, and are a unique system of internal stabilization.

УДК 616.12-008.331.1-053.2-07

К.Е. КОНЫСБАЕВА

Поликлиника №1, г. Экибастуз

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В статье представлено клиническое наблюдение 88 детей с артериальной гипертензией. Выявлены факторы риска, которые необходимо корректировать применением комплексных программ по воздействию на них, включающие мероприятия по коррекции массы тела, полный отказ от курения, гиполипидемическую диету.

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, дети, факторы риска.*

По данным литературы, артериальная гипертензия (АГ) у детей и подростков выявляется с частотой от 2,4 до 18% в зависимости от выбранных критериев [1]. У 33-42% детей АД не нормализуется, а у 17-26% повышается еще больше. У трети подростков с повышенным АД в дальнейшем возможно формирование артериальной гипертензии [2]. Для реального изменения существующего положения наибольшее значение имеет проведение первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе АГ, в основу которой положена концепция факторов риска (ФР) [3]. Ранее считалось, что ФР влияют на заболеваемость и смертность, в основном, в пожилом возрасте [4]. Детей и подростков традиционно относили к группе низкого риска. Однако появившиеся в последние годы данные позволяют взглянуть на эту проблему иначе и обратить внимание на необходимость учета ФР в подростковом возрасте [5]. Обследование подростков 16-18 лет выявило у них высокую распространенность известных ФР и необходимость проведения медикаментозной и немедикаментозной коррекции ФР в этом возрасте [6, 7].

Цель исследования – выявить некоторые факторы риска у детей с артериальной гипертензией.

Материал и методы

Обследовано 88 детей в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст -14,6±0,6 года) со стабильной АГ, сре-

ди них было 71,5% (63 чел.) мальчиков и 27,5% (25 чел.) девочек. Критериями включения в исследование были возраст от 13 до 17 лет, информированное согласие, АД выше 95-го перцентиля трехкратно с интервалом от 10 до 14 дней, за исключением симптоматической АГ. Критерии исключения: лабильная АГ, вторичный характер АГ, отказ родителей или ребенка от обследования, хронические заболевания в стадии декомпенсации, острые интеркуррентные заболевания в течение последнего месяца. Группу сравнения составили здоровые дети (23 чел.), сопоставимые по возрасту и полу.

Диагностика АГ осуществлялась в соответствии с последними рекомендациями Европейского общества кардиологов (2009) [5]. У всех подростков уровень АД превышал 95-й перцентиль кривой распределения АД по полу, возрасту и росту. Также были проведены анкетирование и индивидуальные беседы со всеми детьми и их родителями. Гиподинамия определялась по критериям Американской кардиологической ассоциации в том случае, когда общая продолжительность физической нагрузки не превышала 3 часов в неделю (подросток не посещал уроков физкультуры в основной группе, спортивные секции, танцевальные коллективы или у него отсутствовали другие физические нагрузки). Избыточную массу определяли путем расчета индекса массы тела (ИМТ), который сравнивали с должным по центильным таблицам. При ИМТ выше 90-го центиля констатировали избыток массы тела, а выше 95-го – ожирение. В липидном профиле крови исследовали содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) с расчетом ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) по формуле Фридвальда [2].

Результаты и обсуждение

В группе обследованных детей с АГ регулярно курили (от 1 до 15 сигарет в день) 15,9% мальчиков, из них двое – нерегулярно до 40 сигарет в день. У 53,4% детей в семьях курят родители, причем в 10,2% семей – оба родителя, в 44,3% – только отец. Алкоголь, в основном пиво, употребляли 22,7% мальчиков. В группе сравнения регулярно курили (от 1 до 15 сигарет в день) 26,1% мальчиков. У 52,1% детей в семьях курят родители, причем в 21,7% семей – оба родителя, в 26,1% – только отец. Алкоголь в группе сравнения употребляли 34,8% подростков мужского пола.

Гиподинамия выявлена у 47,7% детей с АГ, что чаще ($p<0,05$), чем в группе сравнения (21,7%). Подростки с АГ в большинстве случаев были освобождены от занятий физкультурой и не получали никаких дополнительных физических нагрузок.

Среди подростков с АГ в 60,2% случаях, по данным анкетирования, установлена наследственность, отягощённая сердечно-сосудистыми заболеваниями, из них 50,0% родственники первой линии родства страдали АГ, у 9,0% – ишемической болезнью сердца, у 4,5% – перенесли инсульт ($p<0,05$). У 51,1% подростков обнаружена наследственная отягощенность обменными и эндокринными заболеваниями: у 37,5% – ожирением и у 13,6% – сахарным диабетом 2-го типа. В группе сравнения наследственность была отягощена сердечно-сосудистыми заболеваниями у 34,8% детей: у 6,8% – артериальной гипертензией, у 2,3% – ишемической болезнью сердца; случаев инсульта не было. В этой группе реже ($p<0,05$) отмечалась наследственная отягощенность эндокринно-обменными заболеваниями – у 21,7% детей, в частности ожирением у 17,4% подростков ($p<0,05$). Сахарный диабет 2-го типа у родственников первой линии родства выявлен лишь у одного ребенка группы сравнения.

Среди всех обследованных с АГ повышенная масса тела была у 54,5% человек (16 девочек, 32 мальчика). Причем избыточная масса тела отмечалась у 20,5%, ожирение – у 34,1% детей. В группе сравнения избыточная масса тела выявлена у 17,3% обследованных ($p<0,05$), подростков с ожирением не было. Среднее содержание ХС во всех группах находилось в пределах желательной категории значений. Однако в группе детей с АГ обнаружен значительно более высокий уровень ХС (4,3±0,2 ммоль/л), чем в группе сравнения (3,6±0,3 ммоль/л; $p<0,05$). Анализ показателей общего холестерина показал наличие желательного уровня ХС в группе сравнения у 88,0% обследованных, в группе с АГ – у 58,0% ($p<0,05$). Пограничо высокие показатели ХС в группе сравнения были у 12,0% детей, с АГ – у 30,2%. Высоких значений ХС в группе сравнения не было, а в группе с АГ имели место у 11,8% подростков. Гипертриглицеридемия (более 2,19 ммоль/л) выявлена у 9,4% подростков с АГ, в группе сравнения таких показателей ТГ не определялось. Уровень триглицеридов (>1,69 ммоль/л), являющийся независимым фактором атерогенного риска, обнаружен в группе с АГ у 16,0% детей, в группе сравнения – у 3,0%. В группе с АГ у 77,5% подростков уровень ЛПНП находился в пределах желательной категории значений, у 15% – в пределах пограничо высокой категории, у 7,5% – высокой категории. В группе сравнения показатели ЛПНП находились в области желательных значений. В исследовании самые низкие показатели ЛПВП выявлены в группе с АГ – 1,3±0,1 ммоль/л. Гипоальфа-холестеринемия была в группе с АГ у 3,8% подростков, у остальных значения ЛПВП находились в пределах нормальных значений. Среди подростков группы сравнения снижение ЛПВП не выявлено.

Среди обследованных с АГ ни одного из основных факторов риска не обнаружено только у 18,2% больных. Один или два основных ФР были у 59,1% пациентов, сочетания трех и более ФР – у 22,7%. Необходимо отметить, что в группе сравнения также выявлено наличие одного или двух ФР у 34,8% подростков, трех и более ФР – у 8,7%.

Таким образом, обследование детей с АГ показало среди них значительную распространенность многих ФР. К группе низкого риска сердечно-сосудистых осложнений (не имеющих ФР) могут быть отнесены только 12 юношей и 4 девушки, среднего риска (1-2 ФР) – 40 юношей и 12 девушек, высокого риска (3 и более ФР) – 11 юношей и 9 девушек. Многочисленными клинико-эпидемиологическими исследованиями установлено, что эффективная коррекция ФР позволяет существенно повысить результативность лечения АГ и снизить риск возникновения серьезных сердечно-сосудистых осложнений. Полученные данные свидетельствуют о том, что детей с АГ нельзя рассматривать как однородную группу низкого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Часть пациентов с АГ, отнесенная к группе высокого риска, нуждается в применении комплексных программ по воздействию на ФР, включающих мероприятия по коррекции массы тела, полный отказ от курения, гиполипидемическую диету. Учет указанных факторов риска необходим для целенаправленной профилактики АГ у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бунина Е., Миняйлова Н., Сундукова Е., Корчагина Н., Ровда Ю. Факторы риска развития первичной артериальной гипертензии у детей и подростков // Врач. – 2010. – №1. – С. 40-43

2 Леонтьева И.В. Проблема артериальной гипертензии у детей // Российский вестник перинат. и педиатрии. – 2006. – Т. 51, №5. – С.7-18

3 Садыкова Д.И. Артериальная гипертензия у детей: причины и диагностика // Практическая медицина. – 2010. – № 44. – С. 36-41

4 Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Ефимова Н.В. Оценка риска кардиоваскулярной патологии у детей и подростков // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 27-29

5 Емелина А.А., Печкуров Д.В., Порецкова Г.Ю. Возможности раннего прогнозирования артериальной гипертензии у школьников // Медицинский альманах. – 2011. – №6. – С. 217-220

6 Делягин В.М., Левано У. Лечение артериальной гипертензии у детей и подростков // Практическая медицина. – 2010. – №44. – С. 42-54

7 Балыкова Л.А., Солдатов О.М., Корнилова Т.И. и др. Факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков и возможности их коррекции // Детские болезни сердца и сосудов. – 2006. – № 2. – С. 23-27

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

К.Е. КОНЫСБАЕВА

№1 емхана, Екібастұз қ.

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ТӘУЕКЕЛІНІҢ ФАКТОРЛАРЫ БАЛАЛАРДА ЖӘНЕ ЖАС ӨСПІРІМДЕР

Тәуекелдің факторлары артериялық гипертензиясы бар 88 жас өспірімдерде анықтады. 18% емделушілер аласа тәуекелі бар тобына жатқан болды, 59%-орта тәуекел және 23% жүрек қолқа аурулары үшін биік тәуекелдің тобына. Зерттеу нәтиже шылым тарту, гиполипидемия емдәмін дененің массасын түзету, толық бас тарту арналған шара қосатын тәуекелдің факторларына әсер бойымен кешенді программдарды қолдануды ұсынады.

S U M M A R Y

K.E. KONYSBAYEVA

1ST polyclinic, Ekibastuz c.

RISK FACTORS FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN CHILDREN AND TEENAGERS

To distinguish a risk group, 88 teenagers with arterial hypertension were under observation. It was found that 18% of patients belong to low risk group, 59% – to intermediate, and 23% – to high risk group for cardiovascular events. The results suggest the necessity to use a complex program to act on risk factors such us correction of body weight, giving up smoking , hypolipidemic diet.

УДК 616.33-002.44-053.9

А.А. ТАЖИЕВ

Центральная районная больница, г. Сарканд

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ПОЖИЛЫХ

Проанализированы результаты лечения 107 пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Выделены пять вариантов течения язвенных поражений гастродуоденального отдела пищеварительного канала и отмечены особенности клинических проявлений.

Ключевые слова: *язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка, пожилой и старческий возраст.*

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к наиболее распространенной патологии системы пищеварения. У пациентов пожилого и старческого возраста (ПСВ), учитывая атипичные клинические проявления заболевания со стертой клинической картиной, оказание медицинской помощи сопряжено с медико-социальными проблемами [1, 2]. Частота ЯБЖ и ДПК у людей ПСВ колеблется от 10 до 23% [3, 4]. У больных ПСВ выделяют 3 типа гастродуоденальных язв (ГДЯ): 1-й вариант («старая язва») – длительно протекающая ЯБ, симптомы которой впервые возникают в молодом или зрелом возрасте с сохранением чередования периодов обострений и ремиссий; 2-й («поздняя ЯБ») – заболевание впервые проявляется в ПСВ; 3-й – острые (симптоматические) язвы, развитие которых обусловливается заболеваниями других органов и систем, приемом ряда лекарственных препаратов и другими факторами [5].

Цель исследования – изучить особенности клинической картины ЯБЖ и ДПК у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Обследовано 107 пациентов ЯБЖ и ДПК в возрасте 60 лет и старше (58 мужчин и 49 женщин). Средний возраст пациентов 77,5±4,7 года. Отмечена полиморбидность во всех случаях (2-6 заболеваний). У 27,7% пациентов диагностирована длительно протекающая так называемая «старая» ЯБ, в 55,4% случаях – «поздний» тип ГДЯ, в 16,9% – острые язвы желудка и ДПК. Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее клинические и биохимические анализы крови и мочи, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). При ФГДС особое внимание обращалось на локализацию, размеры и форму язвенных дефектов, состояние слизистой оболочки (СО) Ж и ДПК.

Результаты и обсуждение

При длительно протекающей болезни язвенные дефекты (28 случаев) не превышали 1 см в диаметре. В 67,1% наблюдений «старая» язва располагается на задних стенках тела желудка или луковицы ДПК. Форма язв оказывалась преимущественно округлой (44%) или овальной (35%). В случаях «позднего» варианта ЯБ дефекты СО с одинаковой частотой локализовались как в желудка, так и в ДПК. Преобладали язвы до 1 см в диаметре. Однако чаще, чем в случаях «старой» язвы, дефекты в СО представлялись гигантскими.

Острые язвы желудка и ДПК (16,9%) в размерах колебались от 2-3 мм до 2 см. В 50,4% случаев острые язвы локализовались в желудке, 35,5% – в луковице ДПК, 14,1% – сочетанное поражение желудка и ДПК. Макроскопически отмечались два вида острых язв: плоские (73,6%) и кратерообразные (26,4%). Острые язвы чаще всего (58%) оказывались множественными, их форма выглядела округлой (52%) или овальной (31%), реже (17%) – полигональной. Дно острых язв составляли некротические ткани с участками гематина, иногда дно покрыто серовато-желтым фибрином или сгустком крови.

У пожилых можно выделить пять вариантов течения

язвенной болезни по клиническим проявлениям: болевой, диспептический, смешанный, бессимптомный и латентный.

Для болевой формы длительно протекающей ЯБЖ и ДПК характерны «сглаженность» болевых ощущений, отсутствие зависимости возникновения болей от приема пищи. Ранние, «голодные» и ночные боли констатированы только в каждом 4-м наблюдении. Диспептический вариант течения заболевания отмечен у 14 больных «старой» язвой. В 24,7% случаев диагностирован сочетанный вариант течения заболевания (на фоне невыраженного болевого синдрома присутствовали проявления желудочной диспепсии). У 32,9% пациентов констатирован латентный вариант, при котором язвы впервые проявлялись осложнениями (кровотечением, перфорацией, пенетрацией, рубцовой деформацией желудка и ДПК с формированием стеноза). У 9,4% больных ЯБ протекала бессимптомно и верифицирована как находка при проведении ФГДС.

«Позднюю» ЯБ (81%) удается диагностировать только на основании данных ФГДС. Сведения истории заболевания и истории жизни пациентов оказываются малоинформативными. Болевые ощущения оказываются невыраженными и не сопровождаются четкой связью с приемом пищи и диагностированы у 27 пациентов. В 5,3% наблюдениях можно выделить бессимптомный вариант заболевания (язва обнаруживалась только при ФГДС без клинических проявлений). Диспептический вариант констатирован у 11,2% пациентов, сочетанный вариант течения – в 21 случае, латентный – в 20% случаев (ЯБ впервые проявлялась осложнениями).

При острых язвах чаще (16,9%) других вариантов течения заболевания преобладали латентные его формы. На первое место выходили клинические проявления желудочно-кишечного кровотечения. Нередко прослеживалась связь манифестации острых язв желудка и ДПК, осложненных кровотечением, с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Таким образом, у больных старших возрастных групп при ЯБЖ и ДПК отмечаются особенности клинического течения данного заболевания, не наблюдаемые у людей, страдающих ГДЯ в молодом и зрелом возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Звенигородская Л.А., Бондаренко Е.Ю., Морозов И.А., Чикунова Б.З. Язвенная болезнь у пожилых: клинические особенности и значение H.pylori // Клиническая геронтология. – 2007. – Т.13, №1. – С. 9-14

2 Шевченко Ю.Л., Селезнев И.Ю. О совершенствовании медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения // Коллегия МЗ РФ: Мат. коллегии. – М., 2004. – 6 с.

3 Лазебник Л.Б., Гусейнзаде М.Г., Ефремов Л.И. Эпидемиология язвенной болезни // Терапевтический архив. – 2007. – №2. – С.12-15

4 Михеева О.Н. Язвенная болезнь у пожилых пациентов с артериальной гипертонией // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, №1. – С.17-25

5 Минушкин О.Н., Володин Д.В., Зверков И.В. и др. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. – 2007. – №2. – С. 22-26

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.А. ТАЖИЕВ

Саркаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы

ЖАРАНЫҢ АУРУЫ БАС ЕГДЕ

Асқазаннан және саусақты ішектен жаралы аурулардан жиіліктен 10 дейін 23% егде ауру былқ-сылғып жатыр. Зерттеулер мақсатпен ауру егде және қарттық жасыда асқазанның және саусақты ішектің жаралы аурулары клиникалық суреттер ерекшеліктер талқылану көрінді. Зерттеулер материал және әдістер: тексерған 107 ауру. Клиникалық және биохимиялық талдаулар қосқан кешенді тексеру барлық ауру жүргізілді қан және ішкі ағзаларды қарайтын медицина аспабы. Зерттеулері және олардың талқылауы нәтижелер: 27,7% «ескі» жаралы ауру емделушілердің, 55,4% жағдайларға – асқазаннан және саусақты ішектен ойылымдар «кешірек» түр, 16,9% – асқазанның және саусақты ішектің өткір ойылымдарды. Клиникалық әсер етулер бойынша жаралы ауруда ағымда бес вариантта ерекшелеуге егде болады: қатерлі, диспептік, аралас, белгісіз және жасырын.

S U M M A R Y

A.A. TAZHIYEV

Central regional hospital of Sarkand c.

PEPTIC ULCER AT THE ELDERLY

Frequency of a peptic ulcer of a stomach and duodenum at elderly patients fluctuates from 10 to 23%. Research objective was to study features of a clinical picture of a peptic ulcer of a stomach and a duodenum at patients of elderly and senile age. Material and research methods: 107 patients are surveyed. By all patient it was conducted the complex examination including clinical and biochemical analyses of a blood and urine, a fibrogastroduodenoscopy. Results of research and their discussion: the «old» peptic ulcer is diagnosed for 27,7% of patients, in 55,4% cases – «late» type of a gastroduodenal ulcer, in 16,9% – acute stomach ulcers and a duodenum. At elderly it is possible to allocate five options of a current of a peptic ulcer on clinical implications: painful, dyspeptic, admixed, asymptomatic and latent.

УДК 616.12-008.331.1:616.831

А.А. ТАЖИЕВ

Центральная районная больница, г. Сарканд

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УРАПИДИЛА ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ

Изучена эффективность применения урапидила у пациентов с гипертоническими кризами, осложненными острым нарушением мозгового кровообращения. Оценены систолическое и диастолическое артериальное давление и частота сердечных сокращений у 61 пациента с применением урапидила и у 79 пациентов контрольной группы – стандартная терапия. Урапидил эффективен и безопасен при лечении гипертонических кризов, осложненных острым нарушением мозгового кровообращения.

Ключевые слова: *инсульт, гипертензивный криз, урапидил.*

Показатель заболеваемости ОНМК в странах СНГ составляет от 260 до 280 на 100 тыс населения [1]. Более 50% людей, перенесших инсульт, умирают на протяжении первого года после болезни [2]. Осложненный гипертензивный криз (ГК) – это острое значительное внезапное повышение АД более чем на 30% от исходного уровня, которое приводит к появлению вторичной клинической симптоматики нарушения функций жизненно важных органов или нейровегетативных нарушений [3]. ГК, осложненные ОНМК, относятся к экстренным состояниям (emergency), требующим проведения лечебных мероприятий по жизненным показаниям и снижения АД в сроки от нескольких минут до одного часа [4]. Для экстренного купирования ГК применяется внутривенное введение мощных антигипертензивных препаратов, таких как урапидил, с переходом в дальнейшем на постоянный прием пероральной комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) [5]. Урапидил – антигипертензивный препарат с центральным и периферическим механизмом действия. Вследствие уникальной комбинации он уменьшает преднагрузку (снижает давление в легочных капиллярах и легочной артерии) и постнагрузку (снижает общее периферическое сопротивление сосудов) на миокард. Урапидил снижает общее сопротивление в сосудах почек и улучшает кровообращение в почках, не повышая внутричерепное давление. Как показали исследования, урапидил способен снижать агрегационную активность тромбоцитов, вызванную катехоламинами, что является очень важным в терапии ишемических инсультов. Внутривенное введение урапидила приводит к развитию быстрого антигипертензивного эффекта (в течение 2 мин). Наряду с быстрым началом препарат обладает большой продолжительностью действия – до 9 ч. Этого времени достаточно, чтобы купировать ГК [3, 4, 5].

Цель исследования – оценить эффективность применения урапидила в комплексной терапии у пациентов с ГК, осложненными ОНМК.

Материал и методы

В исследование включены 140 пациентов с ГК, осложненными ОНМК. Учитывались пол, возраст, исходный уровень АД, неврологический статус. Также анализировались и учитывались длительность гипертензии в анамнезе, наличие сахарного диабета, болезней почек и хронической почечной недостаточности. Все больные разделены на две группы: основная группа (61 пациент) наряду с базисной АГТ получили урапидил, и контрольная группа (79 пациентов), в которой применялась только стандартная терапия. Урапидил вводили внутривенно болюсно в начальной дозе 25 мг (длительная инфузия – 4–6 ч в дозе 100 мг). Для оценки АГТ измеряли уровень снижения АД – систолического и диастолического, динамику ЧСС до введения препаратов (урапидила и стандартной терапии) и через 20, 30, 60 минут после.

Результаты и обсуждение

У больных наблюдалась типичная неврологическая симптоматика: гемиплегия на противоположной инсульту стороне, положительный симптом Бабинского, моторная афазия, сенсорная афазия, бульбарный синдром, менингеальные симптомы, парез VII–XII ЧМН по центральному типу, асимметрия лица, нарушение мочеиспускания и дефекации.

Следует особо подчеркнуть, что до сих пор в рутинной практике в качестве АГТ наиболее активно использовался магния сульфат $MgSO_4$ – у 10 пациентов из группы урапидила и у 11 из контрольной группы. После введения препарата АД в течение 15 мин снижалось на 5–10 мм рт.ст., что является крайне недостаточным при экстренном состоянии.

Анализ динамики уровней АД выявил, что в группе больных, которым применяли урапидил, наблюдалось более быстрое снижение систолического и диастолического АД. Важно отметить, что снижение АД при введении урапидила не сопровождалось компенсаторной тахикардией.

Согласно результатам проведенного регрессионного анализа влияния отдельных антигипертензивных препаратов на достижение целевого АД у больных с ГК, только урапидил имел значительно большее и достоверное влияние ($p<0,002$) на быстрое достижение и удержание целевых уровней АД в сравнении с другими препаратами, рутинно используемыми для купирования ГК. Среди больных, которым не вводили урапидил, целевых цифр АД удалось достигнуть у 7 пациентов за такой же промежуток времени.

Среднее время достижения целевых уровней АД в группе урапидила было короче (36±12 мин) по сравнению с группой, которая получала только базисную терапию (58±8 мин) ($p <0,0001$).

Влияние ИАПФ и бета-блокаторов было еще менее значимым. Это не отрицает целесообразности применения оцененных классов базисных препаратов в комплексной терапии, однако указывает на возможную недостаточную эффективность отдельных формуляций и очевидную недостаточность используемых доз.

Случаи гипотензии и повторного повышения АД в группе урапидила наблюдались реже по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о более эффективном удержании АД при применении урапидила. В каждой группе пациентов наблюдалось два летальных случая – у пациентов с геморрагическим инсультом; непосредственная причина смерти – отек и набухание головного мозга.

Таким образом, внутривенное введение урапидила больным с ГК, осложненными ОНМК, на фоне стандартной базисной терапии ОНМК, в том числе антигипертензивной, является эффективным и безопасным методом ургентной терапии. Применение урапидила вызывает достоверно более быстрое снижение систолического и диастолического АД, достижение их целевых уровней в течение часа и более частое удержание при отсутствии компенсаторной тахикардии в сравнении со стандартной АГТ. Применение урапидила у больных с ГК, осложненными ОНМК, является безопасным: частота гипотензии реже таковой при стандартной терапии, отсутствует синдром отмены после инфузии и появление иных побочных эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Иркин О.И., Пархоменко А.Н. Современная тактика лечения больных с гипертензивными кризами // Медицина неотл. состояний. – 2010. – №2. – С. 23-25

2 Сиренко Ю.В. Лечение гипертензивных кризов в Украине: чем больше выбор препаратов, тем шире возможности //Здоров. України. – 2010. – №3. – С.12

3 AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 1655-1711

4 Guidelines Committee. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2007. – Vol. 25. – P. 1101-1187

5 Anderson C.S. et al. Intensive blood pressure reduction in acute cerebral haemorrhage trial (INTERACT): a randomised pilot trial // Lancet Neurol. – 2008. – Vol. 7. – P. 391-399

ТҰЖЫРЫМ
А.А. ТАЖИЕВ
Саркаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы
ТИІМДІ ҚОЛДАНУ УРАПИДИЛ КРИЗ ГИПЕРТЕНЗИЯ
Зерттеулер мақсат – қолданулар тиімділігі бағалау урапидила ми қан айналулар өткір бұзушылықпен шиеленістіріп алған гипертензия криз. Зерттеулер материалдар және әдістер: 140 емделушілердің тексерған. Топтарға барлық ауру бөлген: негізгі топ базистік қарсы жоғары қан тамырының тарылуы терапиядан қатар (61 емделуші), урапидил алды, және (79 емделушілердің) бақылау топ тек қана үйреншікті терапия қолданылды. Көк тамырда енгізу ургент терапиялар тиімді және қауіпсіз әдіспен урапидил келіп жатыр. Қолдану систола және диастолалық тамыр қысымдың шүбәсіз тезірек төмендетуін урапидил шақырады.

S U M M A R Y
A.A. TAZHIYEV
Central regional hospital of Sarkand c.
EFFECTIVE APPLICATION URAPIDIL AT HYPERTENSIVE CRISES
Research objective – to estimate efficiency of application urapidil at the hypertensive crises complicated by acute disturbance of a cerebral circulation. Materials and research methods. 140 patients are surveyed. All patients are divided into groups: the main group (61 patients) along with basic anti-hypertensive therapy, received urapidil, and the control group (79 patients) was applied only standard therapy. Intravenous administration urapidil is an effective and safe method of emergency therapy. Application urapidil causes authentically faster depression of systolic and diastolic arterial pressure.

УДК 617.9
К.К. КАЙМАКОВ
Городская поликлиника №3, г. Атырау

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В статье представлен анализ результатов лечения больных цереброваскулярным заболеванием препаратом Кавинтон в Атырауской городской поликлинике №3 за последние три года.

Ключевые слова: *инсульт, цереброваскулярные заболевания (ЦВБ), кровоснабжение мозга, церебральная сосудистая недостаточность, Кавинтон, Кавинтон форте.*

Инсульт – это острое развитие неврологического дефицита в результате нарушения мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу. Ишемический инсульт развивается в результате локальной артериальной окклюзии, что приводит к недостаточному поступлению кислорода и глюкозы в ткань мозга, а также ведет к последующим нарушениям обменных процессов в бассейне пораженного сосуда.

Ишемический инфаркт – это необратимый структурный дефект мозговой ткани. Транзиторная ишемическая атака – это преходящее полностью обратимое состояние, при котором неврологический дефицит сохраняется не более 24 часов.

Инсульт в настоящее время является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения земного шара, занимая в большинстве стран 2-3 место в структуре общей смертности. Восстановление прежней трудоспособности после мозгового инсульта у большинства людей проблематично. Только 10-20% возвращаются к труду, из них около 8% сохраняют свою профессиональную пригодность, 20-43% больных нуждаются в постороннем уходе, у 33-48% пациентов наблюдаются явления гемипареза, а 18-27% имеют речевые нарушения. Инсульт накладывает особое обязательство на членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество. От 3 до 5% бюджета на здравоохранение в развитых странах приходится на больных мозговым инсультом. Таким образом, инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости.

Результаты и обсуждение

По анализам трех последних лет по Городской поликлинике № 3 города Атырау количество пролеченных больных цереброваскулярным заболеванием составило: в 2010 г. 140 человек – 44,7%, в 2011 г. 120 человек – 47,5%, в 2012 г. – 100 больных – 52,3%.

По анализу летальных случаев от цереброваскулярных болезней, число умерших составило 84,5% от числа всех умерших больных по неврологическим заболеваниям.

По возрастным группам в 2012 году пролеченные больные по ЦВБ в возрасте от 60-70 лет и старше составили 43 человека (56,8%), а в возрасте от 40 до 60 лет – 57 человек (40,6%). По половому признаку больший процент заболеваемости от ЦВБ выявлен среди мужчин, чем среди женщин. Так, показатель мужской заболеваемости составил 68,1% (64 больных), женской – 31,9% (36 больных), что в два раза меньше.

От общего количества вылеченных больных от ЦВБ больший процент составляют больные гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга – 69,5%, остальное число больных – 30,5%. Это больные, страдающие сосудистой мальформацией, аневризмой сосудов головного мозга, ишемической болезнью сердца с нарушением ритма, больные с почечной патологией с симтоматической гипотонией и на фоне алкогольной интоксикации. Проведенное исследование показало большое разнообразие причин инсульта.

Этиология инсульта

– Атеросклеротические и атеротромботические стенозы крупных артерий на основании мозга.

– Артеро-артериальное эмболии из атротромботических наслоений приводят к окклюзии интракраниальных сосудов.

– Системные кардиогенные эмболии, которые возникают при наличии искусственных клапанов сердца, мерцательной аритмии, сердечных тромбов, дилатационной кардиомиопатии, перенесенного инфаркта миокарда, внутрисердечных шунтов.

– Липогианилоз мелких сосудов, приводящий к развитию микроангиопатии и формированию лакунарных очагов.

– К менее встречающимся причинам относятся повреждения крупных артерий шей: васкулиты, тромбоз в результате коагулопатии.

Клинические проявления

Клинические проявления зависят от пораженного артериального бассейна. Однако наиболее распространенными являются следующие симптомы:

– гемипарез и гемигипоэстезия на противоположенной стороне;

– афазия, апраксия, дизартрия;

– нарушение сознания;

– диплопия, головокружение, нистагм, атаксия, дисфагия, дисфония.

Ведение острого периода ишемического инсульта

Решающее значение для выбора лечебной тактики имеет ранняя диагностика ишемического или геморрагического инсульта.

Данные физикального и неврологического обследования, а также рациональное применение и правильная интерпретация лабораторных анализов позволяют выявить различные причины инсульта. Четко дифференцировать ишемический инсульт, внутримозговую гематому и субарахноидальное кровоизлияние позволяют данные компьютерной томографии мозга.

В 2010 -2012 годах в Атырауской городской поликлинике №3 пролечено 360 пациентов с цереброваскулярной патологией. Все пациенты были обследованы компьютерной томографией. Некоторым больным при необходимости была проведена ультразвуковая допплерография сосудов. Подобные диагностические обследования необходимо проводить на начале лечебных мероприятий.

Методика магнитно-резонансной томографии позволяет качественно определять очаг инфаркта даже в небольших стволовых инфарктах.

ЭКГ-диагностика необходима при мерцательной аритмии и перенесенном инфаркте миокарда – частые причины кардиогенной эмболии.

Исследование периферических артерий необходимо при атеросклерозе.

Лабораторные анализы: клинические анализы крови, оценка параметров, свертывающей системы крови, анализ электролитов, биохимические анализы печеночно-почечного гомеостаза, холестерин. Если имеются клинические подозрения субарахноидального кровоизлияния при наличии нормальной компьютерной томографии головного мозга, необходима люмбальная пункция.

Лечение

Ведение острого периода ишемического инсульта включает базисную терапию и дифференцированное лечение в условиях блока интенсивной терапии.

Выделяют четыре направления тактики:

1. Стабилизация жизненно важных функций.
2. Реканализация артериальной окклюзии.
3. Профилактика повторного инсульта в раннем периоде.
4. Профилактика уменьшения вторичного повреждения нейронов.

Стабилизация жизненно важных функций включает базисное лечение и диагностический мониторинг: клинический статус, артериальное давление, температура тела, обмен глюкозы, оксигенация крови, водно-электролитный баланс, ЭКГ, печеночно-почечной гомеостаз.

Реканализация артериальной окклюзии – специфическое дифференцируемое лечение:

– восстановление проходимости сосудистого русла;

– внутривенное введение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (РТПА) в дозе 0,9 мг/кг:

– фибринолитические ферменты назначения анкрода в течение первых трех часов от начала инсульта и дальше в течение пяти дней;

– антиагрегативная и антикоагулянтная терапии;

– нейропротекторы.

Исследования действия Кавинтона на мозговое кровообращение

Действенность препарата Кавинтон при терапии нарушений кровоснабжения мозга обусловлено тем, что он одновременно действует на несколько факторов, вызывающих нарушения. Кавинтон способствует расслаблению тонуса ишемизированных сосудов, воздействуя только в зоне ишемии, и при этом не вызывает синдрома обкрадывания, а также не влияет на уровень артериального давления. Кавинтон улучшает кровообращение в зоне ишемии. Кавинтон тормозит агрегацию тромбоцитов, увеличивает деформацию эритроцитов, что способствует обогащению мозга кислородом. Кавинтон улучшает метаболизм глюкозы, активизирует энергетический обмен нейронов.

Положительное действие Кавинтона при лечении вялотекущей ишемии отмечено при лечении пациентов в амбулаторных условиях. В Атырауской городской поликлинике №3 провели работу по изучению действия Кавинтона у больных с ухудшением кровоснабжения мозга.

Пациенты получали Кавинтон (ампулы по 2 мл по 10 мг препарата) с разведением в 400 мл физиологического раствора в виде внутривенных инфузий, капельно, медленно, со скоростью введения до 80 капель в мин., по следующей схеме: 1-3 день – 4 мл в сутки, 4-5 день – 8 мл в сутки, 6-7 день – 10 мл в сутки. С 11 дня таблетки Кавинтона форте 10 мг по 1 таб 3 раза в день (30 мг в сутки) перорально в течение 90 дней.

Зафиксировано, что пациенты, принимавшие Кавинтон внутривенно по указанной схеме, с переходом на Кавинтон форте в дозе 10 мг 3 раза в сутки на протяжении 3 месяцев, отмечали улучшение когнитивных функций (нормализация памяти, запоминание информации, концентрация внимания). Больные отмечали ясность сознания, появилась жизнерадостность. Пациенты стали вести себя более адекватно, и у них появилась воля к жизни. В результате работы, в которой были задействованы 310 больных, у 85% (265 больных) был отмечен значительный прогресс в выздоровлении.

Таким образом, совершенно не вызывает сомнений положительное влияние Кавинтона на течение церебральной сосудистой недостаточности. Было отмечено, что прогрессирование болезни было остановлено в большинстве случаев. Кроме того, экономически выгодная стоимость Кавинтона делает лечение доступным для любых слоев населения.

Кавинтон. Показания, дозировка

Применяют Кавинтон при резко возникшем или постоянном нарушении кровоснабжения головного мозга. При ишемических болезнях, различных типах инсультов, а также для улучшения состояния больного в постинсультный период, при нарушениях функционирования центральной нервной системы, вызванных склерозом сосудов, а также травмированием головного мозга. Для снятия и облегче-

ния симптомов при заболеваниях, сопровождающихся цереброваскулярной недостаточностью. Например, при забывчивости, нарушении координации. При болезнях органов зрения, спровоцированных сосудистыми изменениями, такими как атеросклероз, а также сжатием капилляров, изменениями в желтом пятне, закупорке сосудов, возвратная глаукома. При терапии тугоухости, связанной с нарушениями сосудистой сети, возрастными изменениями, появлением посторонних звуков в ушах, других нарушениях слухового аппарата. При нарушениях вегетативной системы во время менопаузы.

Обычная начальная суточная доза Кавинтона 20 мг (2 ампулы) в 400 мл инфузионного раствора. В зависимости от переносимости в течение 2-3 дней дозу можно увеличить не более чем на 1 мг/кг/день. Средняя суточная доза при массе тела 70 кг – 50 мг. При заболевания печени и почек коррекции дозы не требуется.

Суточная доза Кавитона форте 30 мг (по 1 таблетке 3 раза в день по 10 мг). Максимальная суточная доза 60 мг (по 2 таблетки 3 раза в день). Курс лечения 3 месяца. Терапевтический эффект развивается приблизительно через неделю с начала приема препарата. Для достижения полного терапевтического эффекта требуется три месяца. При заболеваниях почек и печени препарат назначают в обычной дозе, отсутствие кумуляции позволяет проводить длительные курсы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мищенко Т.С., Мищенко В.Н. Исходы инсульта // Неврологическое обозрение. – 2007. – №1 (2)

2 Сашина М.Б., Кадыков А.С., Черникова Л.А. Постинсультные болевые синдромы// Неврологическое обозрение, (2) 2007. – №1

3 Чуканова Е.И. Эффективность Кавинтона в лечении пациентов с хронической недотаточностью мозгового кровообращения. Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №12

4 Инструкция по применению Кавинтона и Кавинтона форте

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Қ.Қ. ҚАЙМАҚОВ

№3 Атырау қалалық емханасы

ИШЕМИЯЛЫҚ САЛДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН АҒЫМЫ, СЕБЕПТІ ФАКТРЛАРЫ. КАВИНТОН ДӘРІСІНІҢ САЛ АУЫРУЫН ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Мақала №3 Атырау қалалық емханасында соңғы 3 жыл ішінде сал ауруымен емделгендер арасында салыстырмалы бақылау қорытындысына негізделіп, сал ауыруын кавинтон дәрісімен емдеп және оның әкелген пайдасы туралы ұсынылған.

S U M M A R Y

K.K. KAIMAKOV

Atyrau city clinic №3

CAUSATIVE FACTORS, COURSE AND OUTCOMES OF ISCHEMIC STROKE. CAVINTON DRUG APPLICATION FOR THE TREATMENT OF ISCHEMIC STROKE

Article based on a comparative evaluation of the results from analyzes of the treated patients cerebrovascular disease last three years of Atyrau city clinic № 3, the use and benefits of the drug for the treatment of stroke Cavinton.

УДК 616.831-005.4(574.5)

С.К. ЕРКЕБАЕВА

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В данной статье представлены результаты анализа частоты инсультов в стационарах неврологического профиля, развившихся у жителей г. Шымкента и области за 2010 и 2011 гг.

Ключевые слова: *инсульт, эпидемиология, профилактика.*

В настоящее время инсульт является наиболее частым угрожающим жизни неврологическим заболеванием и важнейшей причиной инвалидности во всем мире. Всемирная организация здравоохранения и Всемирная федерация инсульта на Всемирном конгрессе по проблемам инсульта (2004, Канада, Ванкувер) обратились с воззванием к мировой общественности, в котором инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. Большая медико-социальная значимость проблемы сосудистых заболеваний мозга определяется их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, высокими показателями временной нетрудоспособности и первичной стойкой инвалидности [2, 5]. По данным Всемирной организации по борьбе с инсультом у каждого шестого жителя Земли в течение жизни развивается инсульт, таким образом около 17% населения земного шара заболевают инсультом.

В России заболеваемость инсультом неуклонно возрастает, а смертность от него занимает второе место в структуре общей смертности населения, уступая только коронарной патологии. Ежегодно в мире умирают от инсульта 4,6 миллиона человек, три четверти из них – жители развитых стран. Показатели летальности при инсульте варьируют в разных регионах, составляя в среднем 40% [4].

Несмотря на определенные успехи в лечении инсульта, в первую очередь ишемического, для снижения заболеваемости и смертности необходимы профилактические меры. Осуществление стратегии высокого риска для уменьшения вероятности инсульта требует выявления и лечения лиц, имеющих повышенную угрозу развития цереброваскулярных заболеваний [6,7]. Пути решения проблемы могут быть различными в зависимости от некоторых местных климато-географических особенностей региона.

Наиболее эффективным методом является проведение в каждом городе мониторинга собственных тенденций в отношении климата в динамике по времени для того, чтобы определить круг эффективных мер, усовершенствовать их и расширить масштабы их применения. Особое значение приобретает достоверная информация об эпидемиологических показателях инсультов, позволяющая адекватно планировать объем оказания медицинской

помощи населению, оценить эффективность профилактических мероприятий [8, 9].

Одним из самых крупных регионов Казахстана является Южно-Казахстанская область (ЮКО), где проживает 2,46 млн. человек, который по численности населения занимает первое место в Казахстане. Южно-Казахстанская область, являясь одной из самых густонаселенных областей страны, уникальна в своем роде, имея богатейшую историю, этот регион с самой высокой рождаемостью в стране 75,967 тыс в год (2010 г.), эта область занимает первое место по количеству многодетных семей – 160 тыс. (2011 г.). ЮКО населяет много этносов, но коренное казахское население здесь превышает по численности и составляет 1,706 млн. человек (занимает первое место по Казахстану), с преобладанием сельского населения (1,497 млн.) над городским (972,1 тыс.) [1, 3].

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологических характеристик и факторов риска мозговых инсультов (МИ) в Южно-Казахстанской области.

Материал и методы

Представлены результаты анализа частоты инсультов в стационарах неврологического профиля, развившихся у жителей г. Шымкента и области за 2010 и 2011 гг. Использовались данные ЮКОФ РГП РЦРЗ за 2010 и 2011 гг., которые поступали из стационаров города и области в виде статистических карт. Изучалась электронная база данных, которая включала все возникшие острые нарушения мозгового кровообращения, их исходы, гендерные различия, возраст помесячно.

Результаты и обсуждение

В неврологических стационарах ЮКО за 2010 г. зарегистрировано 3125, за 2011 г. – 3328 случаев мозговых инсультов. Статистический анализ данных показал, что стандартизованный показатель (СП) мозгового инсульта в 2010 году составил 12,5±0,12, в 2011 г. – 13,312±0,13. Показатель смертности в стационарах в 2010 г. от геморрагического инсульта составил 1,00±0,09, от ИИ – 0,76±0,06. В 2011 году СП смертности от ГИ – 0,9±0,082, от ишемического – 0,57±0,049.

Таким образом, можно отметить некоторый рост количества ишемических инсультов в 2011 году, а также снижение смертности в неврологических стационарах от инсультов (рис. 1, 2).

Изучена заболеваемость различными типами инсультов у мужчин и женщин, достоверно значимые различия в показателях между подвыборками с преобладанием у мужчин выявлены при ишемическом и геморрагическом инсульте.

Стандартизованный показатель ишемического инсульта в ЮКО за 2010 год составил 12,72±1,28 на 10 000 городского населения в стационарах Шымкента (у мужчин – 14,94±1,39, у женщин – 10,74±1,16), 5,99±0,42 на 10 000 сельского населения (у мужчин – 6,61±0,53, у женщин – 5,40±0,39). В 2011 г. СП ИИ составил 15,15±1,46 на 10 000 городских жителей (у мужчин

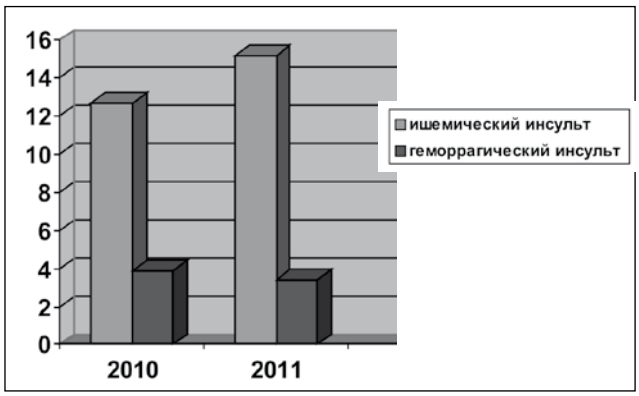

Рисунок 1 – Заболеваемость инсультами в 2010-2011 годах (стандартизованные показатели на 1 тыс. населения)

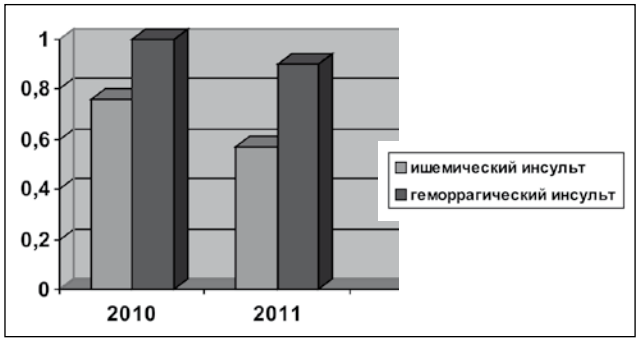

Рисунок 2 – Смертность от инсультов на 10 000 населения за 2010-2011 годах

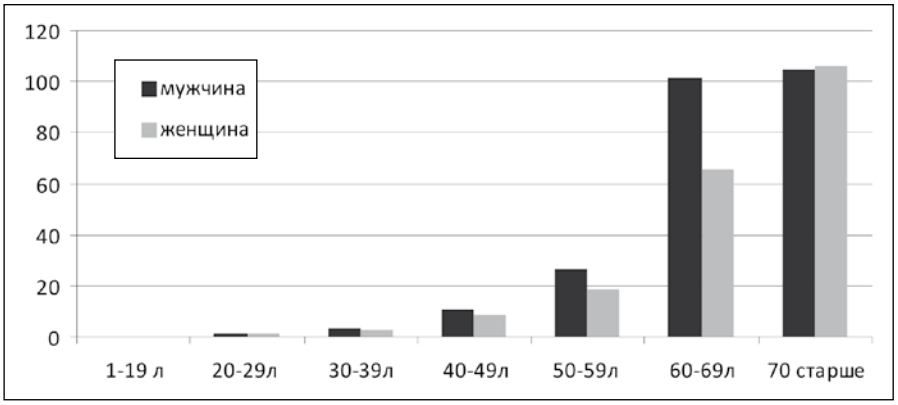

Рисунок 3 – Заболеваемость ишемическим инсультом в зависимости от возраста (стандартизованные показатели на 10 тыс. населения)

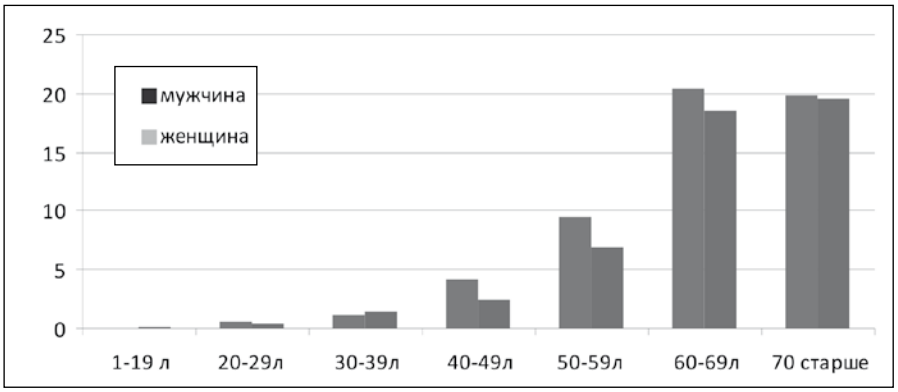

Рисунок 4 – Заболеваемость геморрагическим инсультом в зависимости от возраста (стандартизованные показатели на 10 тыс. населения)

–17,00±1,63, у женщин –13,51±1,32; p < 0,05), 7,47±0,65 на 10000 сельского населения (у мужчин – 8,18±0,78, у женщин –6,7±0,54).

Стандартизованный показатель геморрагического инсульта за 2010 год в городских стационарах неврологического профиля, включая нейрососудистые отделения равнялся 3,86±0,34 на 10 000 городского населения (у мужчин – 4,58±0,39, у женщин – 3,20±0,27); в сельской популяции показатель равнялся 2,41±0,23 (у мужчин – 2,74±0,25, у женщин – 2,11±0,19). В 2011 году стандартизованный показатель геморрагического инсульта составил 3,44±0,32 на 10 000 населения (у мужчин – 4,40±0,30, у женщин – 3,16±0,24); в сельской популяции он равнялся 2,44±0,23 (у мужчин – 2,62±0,19, у женщин – 2,29±0,20)

С увеличением возраста отмечается нарастание частоты мозговых инсультов с преобладанием у мужчин. После 40 лет количество инсультов возрастает вдвое или даже втрое и больше каждое десятилетие, достигая максимума в возрастной группе старше 69 лет (рис. 3.)

Стандартизованные показатели заболеваемости также увеличиваются в 1,3–1,5 раза, а в возрастных группах старше 50 лет они возрастают в 2-3 и более раз по сравнению с предыдущим десятилетием. Эта закономерность согласуется с данными ранее проведенных регистров [1, 10, 15]. Рост заболеваемости инсультами с увеличением возраста больных согласуется с данными других исследований по проблеме МИ [1, 3, 7, 10] и обусловлен увеличением значимости сердечно-сосудистых факторов риска.

Значительное увеличение заболеваемости приходится на самый продуктивный период жизни. Например, в 2010 г., когда точность диагностики стала достаточно высокой, прослежено увеличение данного показателя в группе 40–49 лет по сравнению с предыдущей в 3,2 раза, а в следующей возрастной группе еще в 2,9 раза, в целом увеличение составило 9,3 раза в возрасте 50-59 лет по сравнению с возрастной группой 30-39 лет.

Установлено, что в структуре мозговых инсультов в обследованной когорте преобладают ишемические инсульты. Это согласуется с результатами большинства аналогичных популяционных исследований и совпадает с общероссийскими [1] и региональными российскими показателями [3, 10]. В исследованной популяции геморрагические формы МИ имеют меньший удельный вес. Уровень заболеваемости кровоизлиянием в мозг сопоставим в разных возрастных группах. Значительное увеличение заболеваемости наблюдается в возрасте 40-49 лет (в 2 раза), нарастая в каждой следующей возрастной группе 2-3 раза как у мужчин, так и у женщин.

Большой интерес вызывает изучение региональных особенностей развития и протекания мозгового инсульта на юге Казахстана в связи с активным развитием региона, имеющего особые климатические условия, что влечёт перемещение больших людских ресурсов. С целью оценки влияния погодных условий на частоту развития мозгового инсульта нами проведен анализ ежемесячного количества инсультов в течение года.

В результате изучения помесячных внутригодовых распределений частоты инсультов выявлены месяцы с наибольшими и наименьшими значениями стандартизованного показателя инсультов в стационарах области (рис. 5, 6, 7, 8).

Из данных, представленных на рисунках, видно, что минимальные значения ишемического инсульта наблюдаются у женщин в двух месяцах, в январе и мае, у мужчин также в январе, а максимальные у мужчин в декабре, мае, у женщин также в декабре и марте. При геморрагическом инсульте минимальные значения показателя прослеживались в сентябре и октябре у мужчин, в августе и июне у женщин. Анализ частоты развития мозговых инсультов в разные сезоны года показал, что наибольшее количество инсультов развивается в переходные периоды (межсезонье) – осенне-зимнее и зимне-весеннее. Наименее благоприятными являются февраль и август при ишемическом инсульте, при геморрагическом инсульте – январь и декабрь. В эти месяцы наблюдалось наибольшее количество смертей в результате инсультов.

Таким образом, можно полагать, что февраль и август являются наименее «благоприятными» в отношении частоты летальных исходов мозгового инсульта у жителей ЮКО.

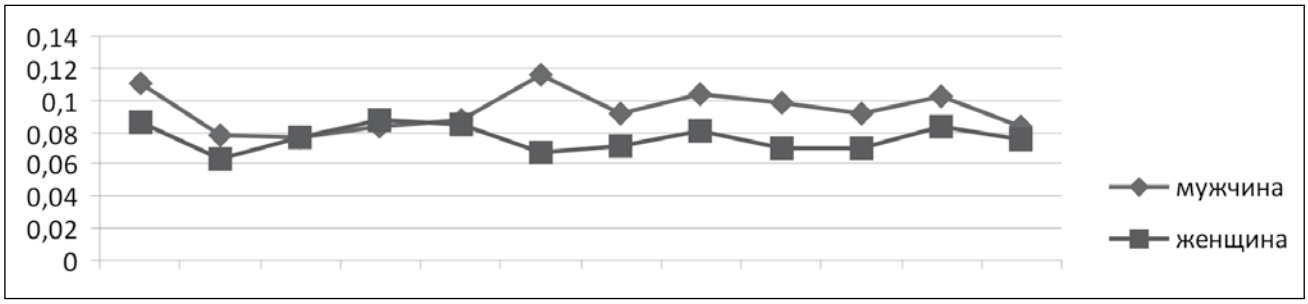

Рисунок 5 – Заболеваемость ишемическими инсультами по месяцам и сезонам за 2011 г.

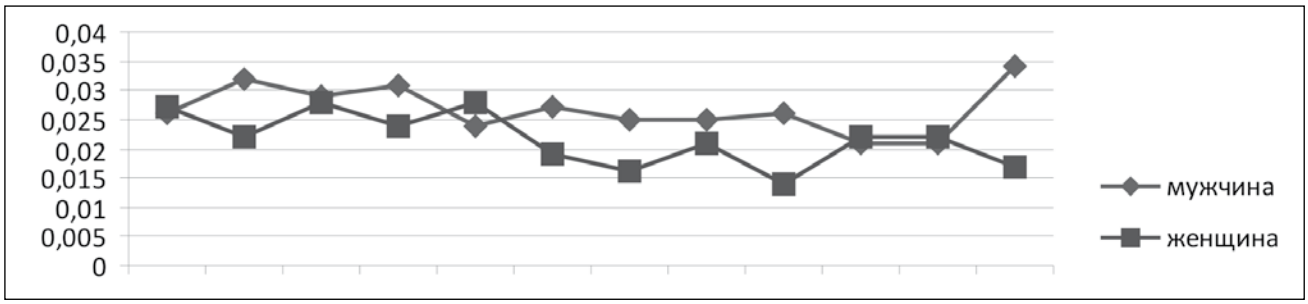

Рисунок 6 – Заболеваемость геморрагическими инсультами по месяцам и сезонам за 2011 г.

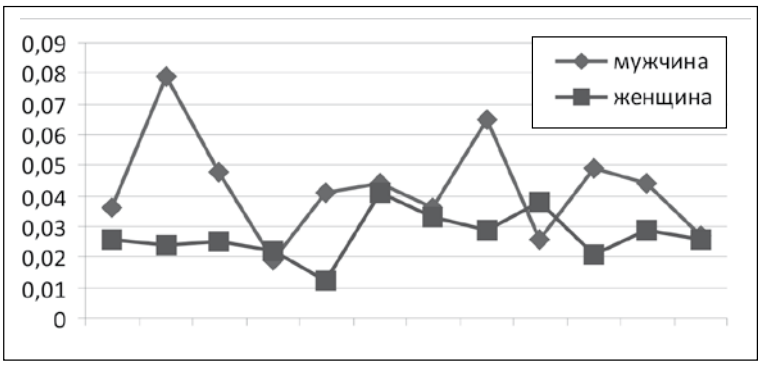

Рисунок 7 – Помесячная частота летальных исходов ишемического инсульта за 2011 г.

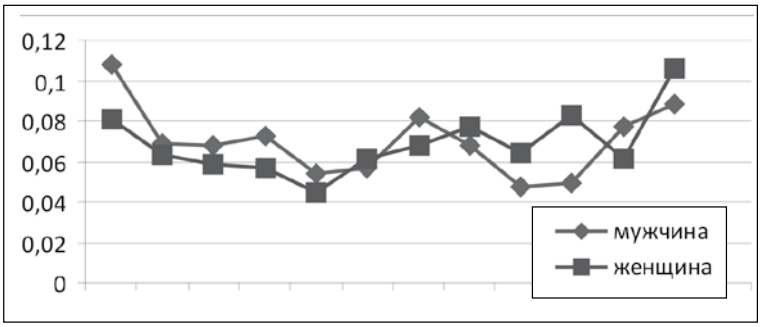

Рисунок 8 – Помесячная частота летальных исходов геморрагического инсульта за 2011 г.

Для профилактики мозгового инсульта важно определить, кто находится в группе риска. Это необходимо для того, чтобы скорректировать выявленные факторы риска путем изменения образа жизни и предупреждающим лечением. Важно добиться эффективности принятых мер. Степень риска возникновения этого заболевания можно выяснить на основании анализа факторов риска инсульта, при этом выявлено, что более чем в 90% инсультов у больных выявлялась артериальная гипертония 3 степени.

Основными факторами риска в результате нашего исследования следует считать наследственное предрасположение (63,1%), психоэмоциональное перенапряжение (55,3%), нерегулярный отдых (87,5%) и нерациональное питание (54,9%). Необходимо отметить, что частота артериальной гипертензии и транзиторной ишемической атаки имеет тенденцию появления у лиц более молодого возраста (до 40 лет – 24,2%).

В ходе проведенного исследования выявилось, что в большинстве случаев у каждого из обследованных больных обнаружилось разное количество факторов риска. С наибольшей частотой встречалось сочетание таких факторов, как наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ИБС и нарушение мозгового кровообращения), недостаточная физическая активность, психоэмоциональное перенапряжение, нерегулярный отдых, избыточная масса тела. Сочетание более 4 факторов риска отмечено в 61,66%. Необходимо отметать, что в значительном большинстве случаев выявилась комбинация 5-6 факторов риска.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о неравнозначной роли отдельных факторов риска и их комбинаций, способствующих развитию цереброваскулярных заболеваний, имеющих, вероятнее всего, неблагоприятные прогностические значения.

Выводы

1. Отмечены некоторый рост количества ишемических инсультов в 2011 году и снижение смертности в неврологических стационарах от инсультов.

2. Значительное увеличение заболеваемости приходится на самый продуктивный период жизни.

3. С увеличением возраста отмечается нарастание частоты мозговых инсультов с преобладанием у мужчин.

4. Установлена помесячная и сезонная зависимость частоты распространения инсультов. Наименее благоприятными являются февраль и август при ишемическом инсульте, при геморрагическом – январь и декабрь.

5. Основными факторами риска инсультов являются артериальная гипертония, наследственное предрасположение, психоэмоциональное перенапряжение, нерегулярный отдых и нерациональное питание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23

2 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт: Прил. к журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. – Вып. 8. – С. 4-9

3 Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журн. Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3. – С. 6-9

4 Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // Качество жизни. Медицина. – 2003. – № 2. – С. 10-15

5 Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. М.: ПАГРИ, 2002. – 118 с.

6 Скворцова В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта // Качество жизни. Медицина. 2004. – № 4(7). – С. 10-12

7 Feigin V.J.L., Lawes C.M.M., Bennett D.A., Anderson C.S. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century // Lancet Neurol. – 2003. – Vol. 2. – P. 43

8 Goldstein L.B., Adams R., Becker K. et al. Primary Prevention of Ischemic Stroke. A Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council of the American Heart Association // Circulation. 2001. № 103. P. 163–182

9 Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. Economic burden of stroke and evaluation of new therapies // Publ. Hlth. 1998. № 112. P. 103–112

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.К. ЕРКЕБАЕВА

Қ.А. Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент қ.

ОҚО ИНСУЛЬТТАРДЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ ЖӘНЕ ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІН СТАЦИОНАРЛЫҚ ТАЛДАУ

Қазіргі кезде инсульттар әлемдегі адам өміріне ең жиі қауіп төндіретін жүйке жүйесінің ауруы және мүгедектіктің маңызды себебі болып табылады.

Зерттеудің мақсаты – Оңтүстік Қазақстан облысындағы ми инсульттарының (МИ) клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамалары мен қатер факторларын зерттеу болып табылады.

Осы жұмыста 2010 және 2011 ж.ж. Шымкент қаласының және облысының тұрғындары арасында кең таралған,

стационарлық неврологиялық саладағы инсульттардың жиілігін талдау нәтижелері көрсетілген.

Жас мөлшерінің ұлғаюына байланысты, еркектер арасында ми инсульттарының жиілігінің өсуі байқалып отыр, 40 жастан кейін инсульттардың саны екі есе немесе үш есе өседі және 69 жастан асқан жас ерекшелік тобынада максимумға жетіп, әр он жылдық сайын өсіп отырады.

Осылайша, 2011 жылы ишемиялық инсульттар санының біршама өскені және неврологиялық стационарлардағы инсульттан болатын өлімнің азаюы байқалды, аурудың көбеюі, өмірдің ең өнімді шағында болатыны байқалды және адамның жасы ұлғайған сайын, милық инсульттардың да жиілігі арта түседі, ол әсіресе еркектер арасында басымдылыққа ие.

S U M M A R Y

S.K. YERKEBAYEVA

Kh. A. Yasavi International Kazakh-Turkish University, Shymkent c.

ANALYSIS OF HOSPITAL DATA ON INCIDENCE AND RISK FACTORS OF STROKES IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

At present, stroke is the most common life-threatening neurological disease and a major cause of disability in the world.

The aim of the study is to investigate the clinical and epidemiological characteristics and risk factors of cerebral strokes (CS) in the South-Kazakhstan region.

This work presents the results of the analysis of stroke incidence in neurological in-patient departments, developed in the residents of Shymkent and the South-Kazakhstan region for 2010 and 2011.

The rise in the incidence of stroke is noted with the increase of age and with the predominance in men. After the age of 40 years, the number of strokes increases by 2 or even 3 times and more every decade, reaching the peak in the age group over 69 years.

Thus, some increase in the number of ischemic strokes in 2011 and decrease in stroke mortality in neurological in-patient departments is noted; it is observed that a significant increase in the incidence falls on the most productive period of life, and the rise in the incidence of cerebral strokes is noted with the increase in age and with the predominance in men.

УДК 616.1-053.9:616.831-005

Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, С.А. МУХАМБЕТЬЯРОВА

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

С целью выявления взаимосвязи цереброваскулярного анамнеза и выраженности кардиальной патологии у пациентов пожилого возраста использованы ЭКГ, данные эхокардиографии и суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Установлено, что среди пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом чаще встречаются случаи перенесенного инфаркта миокарда, стабильной стенокардии напряжения, частой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии и фибрилляции предсердий.

Ключевые слова: *цереброваскулярный анамнез, кардиальная патология, пожилые пациенты.*

Развитие методов диагностики кардиологических и неврологических заболеваний позволило установить тот факт, что целый ряд заболеваний сердца длительное время может протекать бессимптомно и проявляться инсультом [1, 2, 3, 4]. Известно, что у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) происходит снижение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) в ответ на острую очаговую церебральную ишемию [5]. По данным американских авторов, постинсультная кардиальная недостаточность сопряжена с увеличением риска сердечных аритмий и внезапной коронарной смерти при наличии ИБС, особенно у лиц пожилого возраста [6].

Цель исследования – выявление взаимосвязи цереброваскулярной и кардиальной патологии у пожилых больных.

Материал и методы

Обследовано 102 пациента мужского пола от 60 до 75 лет, которые были стратифицированы на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия нарушений мозгового кровообращения (НМК) по ишемическому типу в анамнезе: 1-я группа – пациенты с отягощенным цереброваскулярным анамнезом, 2-я – с неотягощенным. Критериями включения в исследование являлись наличие результатов ЭКГ, данных эхокардиографии и суточного холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ. При эхокардиографическом исследовании учитывались следующие показатели: ударный объем (УО), минутный (МО), состояние глобальной сократимости по величине фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и локальной сократимости по наличию зон а- и гипокинезии. Критерием нарушения глобальной сократимости миокарда (систолическая дисфункция) считали наличие у больного ФВ ЛЖ менее 45%. При суточном ХМ учитывалось наличие экстрасистолии, пароксизмальной наджелудочковой и желудочковой тахикардии, фибрилляции предсердий. Статистическую обработку результатов производили по программе SPSS 15,0. Результаты считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов 1-й группы составлял 65,2±3 года, 2-й – 62,4±3 года. Наличие в анамнезе цереброваскулярных нарушений по ишемическому типу выявлено у 44,5% пациентов, отсутствие – у 55,5%. Обнаружено статистически значимое преобладание случаев инфаркта миокарда у пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом ($p<0,01$). Стенокардия напряжения II функционального класса и выше диагностирована у 69,3% пациентов без цереброваскулярных нарушений по ишемическому типу и у 96,3% с отягощенным цереброваскулярным анамнезом и преобладанием случаев стенокардии напряжения ($p<0,01$). У пациентов с эпизодами церебральной ишемии в анамнезе нарушения ритма сердца выявлялись чаще, чем у больных с неотягощенным цереброваскулярным анамнезом.

При анализе основных видов нарушения ритма в группе с отягощенным и неотягощенным цереброваскулярным

анамнезом не обнаружено достоверного различия в частоте редкой наджелудочковой экстрасистолии (p>0,05), и редкой желудочковой экстрасистолии (p>0,05) между группами с отягощенным и неотягощенным анамнезом, но выявлено значимое различие в частоте наджелудочковой экстрасистолии (p<0,01), частой желудочковой экстрасистолии (p<0,01) и фибрилляции предсердий (p<0,01).

Также установлено, что в группе у пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом средняя величина УО составляла 73,3±0,6 мл, при неотягощенном – 77,5±0,8 мл (p<0,01). Обнаружена статистически значимая умеренная отрицательная корреляция между отягощенным цереброваскулярным анамнезом и величиной ударного объема (p<0,01). Подобная закономерность прослеживалась и с величиной МО. В группе с неотягощенным цереброваскулярным анамнезом величина МО составляла 5,8±0,1 л и была больше, чем у пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом (5,5±0,1 л). Различие оказалось достоверным (p<0,05), и имелась слабая отрицательная корреляция между отягощенным цереброваскулярным анамнезом и значением МО (p<0,01).

У 21% пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом при ЭхоКГ выявлены нарушения глобальной сократимости миокарда ЛЖ. В группе без поражения ЦНС нарушения глобальной сократимости миокарда ЛЖ в анамнезе имели место у 13,9% пациентов и отсутствовали у 86,1%.

Не получено достоверного различия в частоте нарушений глобальной сократимости у лиц с отягощенным и неотягощенным анамнезом (p>0,05): локальные нарушения сократимости миокарда ЛЖ у пациентов с цереброваскулярными нарушениями по ишемическому типу в анамнезе имелись у 25,9% пациентов, без цереброваскулярного анамнеза – у 26,7%. Но значимого различия в частоте нарушений локальной сократимости у обследованных (p>0,05) и корреляции не выявлено.

В качестве основных механизмов цереброваскулярных нарушений рассматриваются гемодинамический, кардиоэмболический и атеротромботический. Многие заболевания сердца могут протекать бессимптомно и манифестировать инсультом [3], главным образом это относится к врожденным аномалиям и порокам сердца [1]. Часто, по данным литературы, у больных с инсультом в анамнезе диагностируют и ревматические пороки сердца, асептический или инфекционную мерцательную аритмию, а также сегментарный акинез и тромбоз левого желудочка [2], которые могут привести к нарушениям мозгового кровообращения гемодинамической и кардиоэмболической природы.

Существует тесная взаимосвязь между атеросклеротическим поражением коронарных артерий и магистральных сосудов головы. C.M. Fisher (1965) на морфологическом уровне показал, что на первом этапе атеросклеротические изменения развиваются в аорте, затем в коронарных артериях. С возрастом атеросклероз поражает экстракраниальные отделы сонных артерий и в последнюю очередь интракраниальные артерии. Данный факт подтверждается и J.I. Tembl (2003): у 11% больных, перенесших аортокоронарное шунтирование, обнаружено бессимптомное поражение интракраниальных артерий. Атеросклеротические изменения экстракраниальных и интракраниальных отделов сонных артерий могут стать причиной ишемических НМК атеротромботического характера.

Таким образом, у пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом чаще регистрировались инфаркт миокарда, стабильная стенокардии напряжения, частая наджелудочковая экстрасистолия, частая желудочковая экстрасистолия и фибрилляция предсердий, а также отмечены меньшие значения УО и МО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Боровкова Т.А. Современное состояние проблемы взаимоотношений цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом и старческом возрасте // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23, №3. – С. 409-420

2 Цукурова Л.А., Бурса Ю.А. Факторы риска, первичная и вторичная профилактика ОНМК // РМЖ. – 2012. – Т.20, №10. – С. 494-498

3 Куряченко Ю.Т., Олексюк Н.В. Клинические особенности течения кардиоэмболического инсульта у больных с кардиальной патологией // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Т.7, №5-1. – С. 220-223

4 Трунова Е.С., Самохвалова Е.В., Гераскина Л.А., Фонякин А.В. Ишемическии инсульт: состояние сердца и течение постинсультного периода // Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – Т.16, №5. – С. 55-58

5 Николаева О.В., Булгак А.Г. Кардиальная патология у пациентов в остром периоде инфаркта мозга // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2010. – № 2. – С. 85-91

6 Yamanouchyi H. Atrial fibrillation and the prothrombotic state in the elderly // Stroke.– 2003. – Vol . 34 (334). – P. 413–417

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, С.А. МУХАМБЕТЬЯРОВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ӨЗАРА БАЙЛАНЫС ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР ЖӘНЕ ҚАН ПАТОЛОГИЯСЫ ЕГДЕ ЖАСТЫҢ ЕМДЕЛУШІЛЕРІНДЕ

Зерттеудің мақсаты өзара байланыстың анықтауы цереброваскуляр болып көрінді және қан патологиясы егде емделушілерінде. Материал және зерттеудің әдістері: Болған іс бар болу байланысты екі тобында стратификациялаған 102 емделуші тексерткен, немесе ишемия түрі бойымен ми қан айналымы бұзудың жоқтығы. Зерттеу нәтижелер: Ишемия түрі бойымен цереброваскуляр бұзуларын анамнезде бар болу 44,5% емделуші, жоқтықта анықтаған – қасында 55,5%. Ауырланылған цереброваскуляр анамнезімен емделушілерінде миокард инфарктісі, кернеудің тұрақты стенокардиясы, асқазан үсті жүрек ырғағының бұзылуы, асқазан жүрек ырғағының бұзылуы жиірек тіркелді және жүрекшелердің кіші мағыналар екпінді белгіленген фибрилляциялары, және минуттық көлемдерді.

S U M M A R Y

G.G. BEDELBAYEVA, Zh.M. NURMAKHANOVA, S.A. MUKHAMBETYAROVA

The Kazakh National medical university n. a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

THE RELATIONSHIP BETWEEN CEREBROVASCULAR AND CARDIAC PATHOLOGY IN ELDERLY PATIENTS

Research objective was identification of interrelation of cerebrovascular and cardial pathology at patients of advanced age. Materials and research methods: 102 patients who were stratified on two groups depending on existence or absence disturbance of a cerebral circulation on ischemic type are surveyed. Results of research: Existence in the anamnesis of cerebrovascular disturbances on ischemic type is taped at 44,5% of the patient, absence – at 55,5%. At patients with the burdened cerebrovascular anamnesis a myocardial infarction, stable anginas of exertion more often were registered, the supraventricular extrasystolic arrhythmia, a ventricular extrasystolic arrhythmia and fibrillation of auricles, and also are noted smaller values of shock and minute volumes.

УДК 616.145.11:612.13:615.814.1-085

Н.Ю. МА, А.Е. ЕРКЕБАЕВА
Санаторий «АК-БУЛАК», АО Корпорации «КАЗМЫС», Талгарский район, п. Чимбулак

УЛУЧШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕТОДОМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Актуальность сосудистых заболеваний головного мозга остается высокой из-за частоты их возникновения, омоложения и серьезных осложнений.

В статье освещается немедикаментозный метод ИРТ в дополнение к основной, базисной терапии сосудистых поражений головного мозга в условиях санатория «Ак-Булак».

***Ключевые слова**: церебросклероз, иглорефлексотерпия (ИРТ), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП).*

Сосудистые заболевания головного мозга остаются актуальными, и в силу их омоложения, частоты возникновения, и в результате возникновения таких серьезных осложнений, как инсульт, приводящий к глубокой инвалидизации больных и резко ухудшающий качество их жизни.

Цель работы – наглядно показать немедикаментозные методы улучшения мозгового кровотока, в частности иглорефлексотерапией, в условиях санатория-профилактория «Ак-Булак».

Наиболее раннее развитие сосудисто-мозговой недостаточности отмечается преимущественно в вертебробазилярном бассейне, основу которой в начальных стадиях заболевания составляют рефлекторно-тонусные сосудистые нарушения [1]. Дисгемические расстройства в системе позвоночных артерий, вторично вовлекая в патологический процесс мезодиэнцефальные структуры, вызывают нарушения центральных регуляторных, вегетативно-трофических и вазомоторных влияний, что и определяет клинику начальных стадий церебросклероза. Отмечена также большая частота дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника в возрасте 40 и старше лет, что в сочетании с начальным церебросклерозом служит фактором, усиливающим дисгемические расстройства в вертебробазилярном бассейне [1].

В комплексной терапии церебросклероза, наряду с медикаментозным, большая роль принадлежит ИРТ (иглорефлексотерапии), которая оказывает мощное рефлекторное, системно-специфическое и нормализующее действие на вегетативные функции.

Диагноз начального церебросклероза, ДЭП легкой степени был верифицирован раньше, по месту жительства пациентов на основе показателей липидного обмена, свертывающей системы, УЗДГ, ЭЭГ. До и после ИРТ проводились повторные УЗДГ, ЭЭГ с целью отметить степень эффективности проведенных лечебных мероприятий.

За период с 2010 по 2012 гг. методом ИРТ пролечено 1379 пациентов, из них с сосудистой патологией 510 (37%) человек. Причем, терапевтически отбирались лица преимущественно с нейроциркуляторной дистонией (НЦД), начальными признаками мозговой недостаточности. Возрастной контингент варьировал с 22 до 45 лет, преимущественно женщины. Из сопутствующей патологии внутренних органов у них присутствовали: дорсопатии шейно-грудного отдела позвоночника, дискинезии желчевыводящих путей, пременопауза, артериальная гипертония 1-2 стадии, ожирение 1-2 степени.

Основными жалобами при НЦД, начальном церебросклерозе были следующие: головная боль различной локализации и интенсивности, возникающая чаще во второй половине дня или утром при просыпании, проходящая самостоятельно или приемом обычных анальгетиков, головокружение несистемного характера, метеозависимость, нарушение сна, снижение памяти и внимания, колебания артериального давления как в стороны повышения, так и понижения, предменструальный синдром в виде эмоциональной неуравновешенности, боли в шее. Все эти жалобы носили устойчивый характер в течение не менее 3-х месяцев.

В зависимости от выраженности клинических нарушений были выделены две формы начальной ДЭП: бессимптомная и ДЭП с очаговой рассеянной неврологической и нейропсихологической микросимптоматикой [6]. При бессимптомной ДЭП общемозговая симптоматика (ОМС) выражалась преимущественно церебрастеническим синдромом: повышенной утомляемостью, ортостатическим головокружением, периодическими головными болями, рассеянностью внимания, беспокойным сном. Как правило, пациенты с такой формы ДЭП ссылались на переутомление, синдром хронической усталости. Неврологический статус их был без особых изменений, кроме эмоциональной лабильности, астении. При ДЭП 1 стадии, кроме этих жалоб, объективно определялась рассеянная неврологическая симптоматика: эмоциональная неуравновешенность, невнимательность со снижением памяти более выраженной степени, цервикокраниалгия более устойчивого характера, инсомния чаще, установочный нистагмоид, слабость конвергенции, тремор век и пальцев рук, повышены сухожильные рефлексы [6].

Методика ИРТ при данной патологии проводилась по общепринятой: 2-й тормозной метод. Воздействие проводилось на точки области воротниковой зоны, шеи, головы, задней срединной линии, общеукрепляющие, седативные точки (да-чжу, да-чжуй, фэн-фу, тоу-вэй, инь-тан, тянь-чжу, ле-цюе, бай-хуэй, цюй-чи, цзу-сань-ли, шэнь-мэнь, внемеридианные) [5]. При краниопунктуре применялись зоны равновесия, головокружения, сенсорная. Аурикулярно: точки мозга, сердца, печени, почек, шэнь-мэнь, эндокринная, шеи, головокружения, равновесия, головной боли. В разных сеансах менялась комбинация точек воздействия. При краниопунктуре раздражение проводилось достаточной силы через 5 минут по 2 минуты симметрично в течение 20-30 минут [4]. Всего курс лечения составлял 7-10 дней. Предусмотренные ощущения во время сеанса были обязательными. При выраженной астении прогревались общеэнергетические точки, включая области стоп, живота, спины. Также использовались магнитно-вакуумные присоски Naci, вакуумные банки с кровопусканием или без него, раздражение пучковым игольчатым или деревянным молоточками. Параллельно проводилась психотерапия для уравновешения психоэмоционального фона пациентов.

Сочетание мануальной терапии с ИРТ ускорял и усиливал оздоровительный эффект. После лечения отмечалась положительная динамика, подтвержденная данными ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоЭС, УЗДГ сосудов головы и шеи –

снижение тонического напряжения сосудов и периферического сопротивления, выравнивание межполушарных асимметрий, снижение или исчезновение затруднений венозного оттока, как в ВББ (вертебробазилярном бассейне), так и в каротидном бассейнах, увеличение кровенаполнения мозга, снижение вазотонических нарушений вплоть до нормализации сосудистого тонуса; улучшение субъективного самочувствия, значительное уменьшение жалоб до 1-2-х: исчезновение головной боли, головокружения, повышение настроения, отмечался седативный эффект, прекращение кризовых эмоциональных состояний, повышение умственной и физической работоспособности, уменьшение количества приема медикаментов.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженном нормализующем влиянии ИРТ на церебральную гемодинамику, микроциркуляцию, тонус сосудов как в вертебробазилярном, так и в каротидном бассейнах. Все это позволяет широко рекомендовать ИРТ в комплексе лечебных мероприятий при начальном церебросклерозе, вертебробазилярной недостаточности различного генеза (атеросклеротического, вертеброгенного, гипертонического), дисциркуляторной энцефалопатии легкой и умеренной степени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – Москва: Медицина, 1985

2 Журнал невропатологии и психиатрии. – Санкт-Петербург, 2002. – №5, №11

3 Мельничук П.В. Болезни нервной системы. – Москва: «Медицина», 1982. – № 1. – С. 338

4 Лакуста В.Н., Гроссу Г.С. Основы рефлексотерапии (иглоукалывание и прижигание). – Кишинев: «Штиинца», 1980. – С. 148, 164

5 Макац В.Г. Рефлексопрофилактика утомления. – Винница: ВГПИ, 1989. – С. 31

6 Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия (методические рекомендации). – Москва: ММА, 2000. – С. 3, 18

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Ю. МА, А.Е. ЕРКЕБАЕВА

«АҚ-БҰЛАҚ» санаторийі, «ҚАЗМЫС» Корпорациясы АҚ, Талғар ауданы, Шымбұлақ кенті

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ӘДІСІМЕН ҚАН ТАМЫРМИ ЖЕТІМСІЗДІГІ КЕЗІНДЕГІ ГЕМОДИНАМИКАНЫҢ ЖАҚСАРУЫ

Ми аурулары кезінде қолданылатын, емдеудің дәрілік емес әдістерінің арасында, ИРТ әдісі, әсіресе саноториялық-курорттық жағдайларда кеңінен және табысты пайдаланылады, ИРТ осы патология кезіндегі сауықтандыру әсерін күшейтеді.

S U M M A R Y

N.Y. MA, A.Y. YERKEBAYEVA

Sanatorium "Ak-Bulak", JSC of KAZMYS Corporation, Talgar district, Chimbulak village

IMPROVING HEMODYNAMICS BY ACUPUNCTURE IN CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY

Among non-drug methods of treatment in brain diseases, acupuncture is widely and successfully used, especially in the health resort conditions; acupuncture accelerates and enhances the healing effect in this pathology.

УДК 616-043-1098

И.Ф. ХАДЖИБАЕВА, А.В. РОКУТОВА, Д.Т. ОМАРОВА, Н.В. КЛИПИНА

Казахская академия питания, г. Алматы

ENTEROBACTER SAKAZAKII – НОВЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (обзор современной литературы)

Приведен обзор современной зарубежной и российской литературы по вопросу о выявлении нового возбудителя пищевой токсикоинфекции у новорожденных и детей раннего возраста, который выделяется из детских сухих молочных смесей и идентифицируется как Enterobacter sakazakii. В статье приведены собранные на данный момент наиболее значимые сведения о биологических свойствах и таксономическом положении Enterobacter sakazakii.

Ключевые слова: *инфекция, контаминация, Enterobacter sakazaki, таксономия, идентификация.*

Обеспечение микробиологической безопасности пищевых продуктов является одной из главных задач, решение которой непосредственно направлено на охрану здоровья населения. Во всем мире эта проблема приобретает особую актуальность в связи с увеличением числа заболеваний, передающихся через пищевые продукты, в особенности кишечных инфекций и бактериальных отравлений.

Пристальное внимание исследователей к данной проблеме привлекает тенденция к расширению спектра пищевых инфекций и появлению новых возбудителей. Обширная группа условно-патогенных и патогенных бактерий включает значительное количество микроорганизмов, которые могут рассматриваться как эмерджентные пищевые патогены (от английского emergent), что означает «внезапно появляющиеся», «вновь возникающие» инфекции. Наиболее значимыми в эпидемиологическом отношении, в настоящее время, являются возбудители новых или так называемых «эмерджентных» бактериальных инфекций (Listeria monocytogenes, Salmonella, энтерогеморрагические E.coli (EHEC), Campylobacter jejuni, Enterobacter sakazakii и др.). Термины «эмерджентные пищевые патогенны» и «эмерджентные пищевые инфекции» в последнее время широко используются в научных публикациях и официальных документах международного сообщества и ВОЗ [1].

Наглядным примером появления таких эмерджентных патогенов в популяциях хорошо изученных непатогенных и условно-патогенных энтеробактерий является обнаружение среди бактерий Enterobacter cloacae нового вида Enterobacter sakazaki – возбудителя инфекций у новорожденных и детей раннего возраста. Названный в

честь японского микробиолога Riichi Sakazaki, впервые выделившего этот микроорганизм, E.sakazakii в настоящее время интенсивно исследуется в различных странах мира [2, 9].

Enterobacter sakazakii – новый вид эмерджентных энтеробактерий в общей системе микробиологической оценки продуктов детского питания. E.sakazakii представляет собой подвижные перитрихиальные грамотрицательные бактерии, характеризующиеся таким культуральным признаком, как образование желтого пигмента. Таксономическое положение E.sakazakii постоянно уточняется, по ряду фенотипических признаков его считают биоваром вида E.cloacae. Исследованиями ряда авторов подтверждается возможность выделения E.sakazakii в самостоятельную таксономическую единицу на основание изучения структуры ДНК [2, 3, 11].

Впервые случаи неонатального менингита у новорожденных с летальным исходом, вызванные E.sakazakii, были зафиксированы в Великобритании в 1958 году, что привело к гибели 2-х детей [4]. После этого были зарегистрированы вспышки подобной инфекции в Англии, Нидерландах, США, Франции, Бельгии, Новой Зеландии [5, 2]. В литературе за 1961-2005 гг. описано 70 задокументированных случаев заболеваний детей, вызванных E.sakazakii. Клиническая картина инфекции выглядит как менингиты (осложненные вентрикулитом, абсцессом мозга, инфарктом мозга и формированием кисты), бактериемия и некротический энтероколит [14].

Установлено, что, хотя бактерии E.sakazakii могут вызывать заболевание во всех возрастных группах, дети грудного возраста (дети <1 года) подвергаются повышенному риску, при этом наибольшему риску подвержены новорожденные в возрасте до двух месяцев, в особенности дети недоношенные, с низкой массой тела при рождении (<1,5 кг) или с ослабленным иммунитетом. Дети грудного возраста у ВИЧ-позитивных матерей также относятся к группе риска, так как у них может быть ослаблен иммунитет, и им особенно часто требуется сухая детская смесь (СДС) (ФАО/ВОЗ, 2004 г.) [10], а все описанные авторами случаи заболевания, вызванные E.sakazakii, связаны именно с употреблением детских молочных смесей, контаминированных этими бактериями. При этом отмечено, что инфекция может возникать даже при очень малых дозах возбудителя, когда его количество не превышает или даже ниже допустимого для колиформных бактерий уровня (<3-10 КОЕ/г), установленного нормативными документами Комиссии Кодекса Алиментариус (FAO. 1994 Codex Alimentarius: Codex of Hygienic Practice for Foods for Infant Children).

Данных об экологии E.sakazakii пока очень мало, а в отечественной и российской литературе они совсем отсутствуют [6].

Естественная среда обитания E.sakazakii в настоящее время неизвестна. По данным исследователей E.sakazakii выделяли из различных источников окружающей среды и пищевых продуктов, их обнаруживают в клиниках и на перерабатывающих предприятиях. Естественной средой обитания этого микроорганизма предположительно может быть растительный материал, так как E.sakazakii выделяется из высушенной травы и специй. Kandhai и соавт. обнаруживали E.sakazakii в сухом молоке, используемом для промышленной переработки (8 из 9 образцов), и в домашних пылесосах (5 из 16 образцов), подтвердив тем самым теорию о повсеместном распространении этого микроорганизма. E.sakazakii был изолирован из творожных изделий, детского питания, мясных изделий (фарш, колбасы) и овощей [15]. Кроме того, имеются сообщения о выделении E.sakazakii из животных источников – кишечника мексиканской плодовой мухи и ее личинок [16]. E.sakazakii находят в широком спектре клинических образцов, в том числе в анализах крови, костного мозга, мокроты, мочи, воспаленных тканях аппендикса, кишечном и дыхательном трактах, глазах, ушах, в ранах и кале [17]. Этот микроорганизм также был выделен из объектов больничного окружения [18].

Несмотря на все перечисленные источники выделения E.sakazakii, четкая связь этого микроорганизма прослеживается преимущественно с сухим детским питанием [19].

Биологические свойства E.sakazakii пока еще изучены недостаточно.

В экспериментах на культурах тканей млекопитающих было установлено, что E.sakazakii может прикрепляться к клеткам слизистой кишечника и выживать внутри макрофагов [20]. Конкретные бактериальные адгезины и рецепторы клетки-хозяина, участвующие в этих процессах, пока неизвестны. Кроме того, некоторые штаммы E.sakazakii производят капсульный материал, который позволяет этим бактериям создавать биопленку и, возможно, обеспечивает их защиту, способствуя выживанию, в частности, во время высушивания при производстве сухого детского питания. E.sakazakii способен прикрепляться к поверхности пластмасс и силиконовой резины и расти на них в виде биопленки, поэтому трубки для энтерального питания, детские бутылочки и соски могут содержать E.sakazakii в больших количествах. Некоторые авторы считают, что возможность образовывать биопленку является фактором, ответственным также за изменение чувствительности E.sakazakii к антибактериальным препаратам [21].

Имеются сообщения о терморезистентности E.sakazakii по сравнению с другими видами энтеробактерий [4]. В модельных исследованиях по термической инактивации 12 штаммов E.sakazakii в составе СМС у 50% культур была выявлена повышенная термоустойчивость: время гибели популяции при температуре 58°С достигало 307,8-591,1 с, тогда как у других штаммов энтеробактерий этот интервал составлял 30,5-47,9 с.

Однако, существуют другие научные данные, которые доказывают, что стандартные параметры пастеризации действуют губительно на E.sakazakii [23]. Для восстановления сухих смесей для детского питания достаточно использовать воду, подогретую до 70°С и в этом случае риск инфицирования бактериями E.sakazakii будет значительно снижен [22].

В литературе встречается работа украинских исследователей, посвященная сравнительному изучению устойчивости к высоким температурам 5 штаммов бактерий E.sakazakii, выделенных из сырого молока. Результаты их экспериментов свидетельствуют о разной стойкости этих штаммов к высоким температурам: один штамм E.sakazakii проявил хорошо выраженную терморезистентность, так как выдерживал действие температуры 58°С в течение 3 минут, других 4 культуры E.sakazakii при этой температуры погибали за 1-2 минуты. Подобные данные позволяют утверждать, что могут существовать штаммы бактерии E.sakazakii, вариабельно реагирующие на воздействие высоких температур [24].

Конкретные пути передачи и распространения E.sakazakii также еще не достаточно исследованы. В целом первый путь инфицирования E.sakazakii пищевых продуктов связан с возможностью его попадания в сухие молочные смеси с контаминированными ингредиентами, добавляемыми после сушки, или из окружающей среды в процессе упаковки готового продукта. Второй путь контаминации связан с нарушением правил гигиены при восстановлении инстантных смесей и кормления детей [13].

Если говорить о Казахстане, то исследования по выявлению E.sakazakii в детских сухих смесях в испытательных лабораториях и СЭС республики официально не зарегистрированы. Однако в лаборатории Казахской академии питания подобные исследования уже начаты с 2012 г.

В настоящее время в НИИ питания РАМН Ефимочкина Н.Р. с соавт. провели исследования по обнаружению E.sakazakii в продуктах детского питания с целью выявления возможной контаминации сухих инстантных молочных смесей новыми видами патогенов. Учеными методом количественного подсчета и расширенной биохимической идентификации в образцах детских сухих молочных смесей впервые были обнаружены бактерии E.sakazakii в количестве 0,04-0,4 КОЕ/г [6, 12]. Было отмечена необходимость оценки диагностической значимости традиционно используемых тестов идентификации и разработка схемы, пригодной для дифференциации E.sakazakii от фенотипически близких вариантов энтеробактерий. Идентификация E.sakazakii вызывает значительные затруднения в связи с идентичностью этого вида по культурально-биохимическим признакам с другим представителем рода – E. cloacae. Основной дифференцирующий признак этого вида энтеробактеров – способность E.sakazakii к образованию желтого пигмента – характерен и для бактерий Erwinia herbicola, которое не относятся к колиформным [7].

Следовательно выявлено, что для бактерий E.sakazakii или Cronobacter ssp. ключевыми биохимическими тестами-маркерами являются:

- Образование желтого пигмента (98-100% исследованных штаммов)
- Альфа-глюкозидная активность (96-100%)
- Способность к утилизации цитратов (99%)
- Отсутствие способности утилизировать сорбит (96%)
- Положительная реакция Фогес-Проскауэра (96%)
- Наличие аргинин дегидрогеназы (97%)
- Ферментация раффинозы и сахарозы (100%).

Наряду с традиционными микробиологическими методами для обнаружения и идентификации E.sakazakii в настоящее время используется скрининг-система для проведения realtime ПЦР на основе BAX System (Dupon Qualicon). В РФ разработаны и введены в действие методические указания МУК 4.2.2428-08 «Метод определения бактерий Enterobacter sakazakii в продуктах для питания детей раннего возраста». Предлагаемый метод определения бактерий E.sakazakii в пищевых продуктах, предназначенных для детей раннего возраста, предусматривает определения наличия и отсутствия указанных микроорганизмов в определенной массе продукта в 300 г в соответствии с нормативами Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю). Утверждены Решением Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299 [8].

Таким образом, учитывая большую значимость проблемы, представляется необходимым проведение дальнейших исследований для выяснения природных источников распространения E.sakazakii, факторов вирулентности, патогенеза и механизмов возникновения инфекций, обусловленных эмерджентными патогенными микроорганизмами [1, 6].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ефимочкина Н.Р. Некоторые закономерности появления эмерджентных пищевых патогенов // Вопросы питания. – 2006. – №4. – С. 25-32

2 Gurtler J.B., Kornacki J.L., Beuchat L.R. Enterobacter sakazakii: A coliform of increased concern to infant health. Int. J. Food Microbiol // Int. J. Food Microbiol. – 2005. – Vol. 104. – Issue 1. – P.1-34

3 Iversen C., Waddington M., On S.L.W. & Forsythe, S. Identification and phylogeny of Enterobacter sakazakii relative to Enterobacter and Citrobacter.J Clin Microbiol. – 2004. – Vol.42. – P. 5368-5370

4 Urmenyi A.M.C., Franklin, A.W.// Lancet. – 1961. – №1. – P. 313-315

5 FDA/CFSAN-Isolation and Enumeration of Enterobacter sakazaki from Dehydrated Powdered Infant Formula.2002, accessed on Sept. 2003, цит.по http://www.vm.cfsan.fda.gov/

6 Ефимочкина Н.Р. Новые бактериальные патогены в пищевых продуктах: экспериментальное обоснование и разработка системы контроля с применением методов микробиологического и молекулярно-генетического анализа: автореф. ... дисс. ... д. м. н. – Москва, 2010

7 Карликанова Н.З., Шевелева С.А. Выявление бактерий рода Erwinia при санитарно-микробиологическом контроле детских сухих молочных продуктов // Вопросы питания. – 1991. – №3. – С. 42-45

8 Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) Утверждены Решением Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. – 707 с.

9 Hamilton J.V., Lehane M.G., Braig H.R. Isolation of Enterobacter sakazakii from the midgut of Stomoxys calcitrans// Emerg.Infect.Dis – 2003. – Vol.9. – P.1355-1356

10 INFOSAN (International Food Safety Authorities Network)// Information Note.-2005.-№1.http://www.who.int/

11 Drudy D., Mullanel N.R., Quinn T. et al. Invasive Enterobacter sakazakii Disease in Infants // J Clin. Infect. Dis. – 2006. – Vol. 42(7). – P. 996-1002

12 Ефимочкина Н.Р., Быкова И.Б., Барбер Н.В., Нитяга И.М., Шевелева С.А. Обнаружение Enterobacter sakazakii в детских сухих молочных продуктах. // Вопр. дет. диетологии. – 2005. – Т. 3, №4. – С. 46-49

13 Iversen C., Lane M., Forsythe S. The growth profile, thermotolerance and biofilm formation of Enterobacter sakazakii grown in infant formula milk. // Lett. Appl. Microbiol. – 2004. – Vol. 38. – P. 378-382

14 Nazarowec-White M, Farber JM. Isolation and Enumeration of Enterobacter sakazakii from Dehydrated Powdered Infant Formula // Int J Food Microbiol 1997; 34:103-13

15 Kandhai MC, ReijMW, Gorris LG, Guillaume-Gentil O, van Schothorst M. Occurrence ofEnterobacter sakazakii in food production environments and households// Lancet 2004; 363:39-40

16 Kuzina LV, Peloquin JJ, Vacek DC, Miller TA. Isolation and identification of bacteria associated with adult laboratory Mexican fruit flies, Anastrepha ludens // Curr Microbiol, 2001; 42:290-4

17 Adamson DH, Rodgers JR. Enterobacter sakazakii meningitis and sepsis. Clin Microbiol Newslett 1981; 3:19-20

18 Masaki H, Asoh N, Tao M., et al. Detection of gram-negative bacteria in patients and hospital environment at a room in geriatric wards under the infection control against MRSA [in Japanese]. Kansenshogaku Zasshi 2001, 75:144-50

19 Noriega FR, Kotloff KL, Martin MA, Schwalbe RS. Nosocomial bacteremiacaused by Enterobacter sakazakii and Leuconostoc mesenteroides resulting from extrinsic contamination of infant formula. Pediatr Infect Dis J 1990; 9:447-9

20 Pagotto FJ, Nazarowec-White M, Bidawid S, Farber JM. Enterobacter sakazakii: infectivity and enterotoxin production in vitro and in vivo. J Food Prot 2003; 66:370–5

21 Iversen C, Lane M, Forsythe SJ. The growth profile, thermotolerance and biofilm formation of Enterobacter sakazakii grown in infant formula milk. Lett Appl Microbiol 2004; 38:378–82

22 Edelson-Mammel S.G.Thermal inactivation of Enterobacter sakazakii in rehydrated infant formula / S.G. Edelson-Mammel, R. L. Buchanan // J. Food Protect. – 2004. – V. 67 (1). – P. 60 – 63. Friedemann M. Enterobacter sakazakii in food and beverages (other than infant formula and milk powder) /M. Friedemann // Int. J.Food Microbiol. – 2007. – V. 116. – P. 1–10

23 Iversen C. Isolation of Enterobacter sakazakii and other Enterobacteriaceae from powdered infant formula milk and related products / C. Iversen, S. Forsythe //Food Microbiology. – 2004. – V. 21. – P. 771 – 777

24 Изучение терморезистентности бактерий E.sakazakii для разработки способов управления процессом пастеризации молока для гарантирования его безопастности.А.Н .Бергилевич,В.В.Касянчук цит. по http://www.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/avpch/Vn/2011_59/Berg.htm

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

И.Ф. ХАДЖИБАЕВА, А.В. РОКУТОВА, Д.Т. ОМАРОВА, Н.В. КЛИПИНА

Қазақ тағаметану академиясы, Алматы қ.

ENTEROBACTER SAKAZAKI – БАЛАЛАРДАҒЫ ТАҒАМДЫҚ УЛЫ ЖҰҚПАЛАРДЫҢ ЖАҢА ҚОЗДЫРҒЫШЫ (ЗАМАНАУИ ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)

Мақалада жаңа туылған сәбилер мен жас балалардағы құрғақ сүт қоспаларынан бөлінетін және идентификацияланатын Enterobacter sakazaki сияқты тағамдық улы жұқпалардың жаңа қоздырғыштарының белгілі болуы жайында шетелдік және Ресейлік заманауи әдебиеттеріне шалулар келтірілген. Enterobacter sakazaki – дің биологиялық қасиеттері мен таксономиялық жағдайы туралы аталған мерзім ішінде жиналған деректі мәліметтер берілген.

S U M M A R Y

I.F. HADZHIBAEVA, A.V. ROKUTOVA, D.T. OMAROVA., N.V. KLIPINA

Kazakh Academy of Nutrition, Almaty c.

ENTEROBACTER SAKAZAKI NEW PATHOGEN OF NUTRITIONAL TOXICOINFECTION OF CHILDREN (REVIEW OF MODERN LITERATURE)

The review of modern Russian and foreign literature about the detection of a new agent of toxicoinfection of infants and children of early age, which is extracted from the powdered infant formula and identified as Enterobacter sakazaki. The article presents the most important information about the biological properties and taxonomic status of Enterobacter sakazaki.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 614.2:615.3

Т.С. НУРГОЖИН, А.Е. ГУЛЯЕВ, Б.А. ЕРМЕКБАЕВА, С.К. ЖАУГАШЕВА, Г.Т. АБУОВА

ЧУ «Центр наук о жизни» Назарбаев Университета, г. Астана

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОБОСНОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА НЕБИВОЛОЛ В СПИСОК ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЬГОТНОГО АМБУЛАТОРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Статья представляет собой обзор опубликованных сведений относительно фармакоэкономики, клинической эффективности и безопасности препарата небиволол, а также содержит результаты фармакоэкономической экстраполяции.

Ключевые слова: *бета-адреноблокаторы, небиволол, артериальная гипертензия, затраты, эффективность.*

Поскольку стоимость фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний в любой стране имеет ошеломляющую статистику, то вопросы снижения риска хотя бы наиболее тяжелых исходов артериальной гипертензии – инсульта и сердечной недостаточности имеют первостепенное значение для любой системы здравоохранения. Так, по данным National Institutes of Health в США годичная стоимость гипертонии оценивается в $66 млрд, при этом стоимость осложнений инсульта – $63 млрд, а сердечной недостаточности – $33 млрд соответственно [1]. По данным МЗ РК, стоимость инсультов, инфарктов, сердечной недостаточности – до 16 млрд тенге.

Именно это обстоятельство вынуждает тщательно отбирать медикаментозные средства, используемые для снижения риска инсульта и сердечной недостаточности у больных с артериальной гипертензией.

Бета-адреноблокаторы, которые в настоящее время являются обязательным атрибутом практически всех стандартов лечения АГ, вошли в широкую клиническую практику и некоторые препараты этой группы присутствуют в Перечне лекарственных средств для льготного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан.

Бета-адреноблокаторы представляют собой весьма гетерогенную группу класса антигипертензивных препаратов.

Эволюционируя от пропранолола (анаприлина), через кардиоселективные β_1-адреноблокаторы 2-го поколения (атенолол, метопролол, бисопролол и др.), эта группа препаратов теперь имеет единственного представителя 3-го поколения – небиволол. Небиволол стал активно изучаться и использоваться в мировой медицине с начала 1990-х годов. Небиволол (Небилет) представляет собой высокоселективный β_1-адреноблокатор с очень

высокой аффинностью к β_1-адренергическим рецепторам [2], а также обладает дополнительным прямым вазодилатирующим эффектом за счёт влияния на синтез оксида азота с участием L-аргинина. Кроме того, этот препарат обладает антиоксидантными свойствами и рядом положительных эффектов на метаболизм [3]. С другой стороны, у него менее выражены характерные для БАБ эффекты, например отрицательный инотропный эффект. Эти дополнительные, хорошо изученные за последнее десятилетие свойства Небилета, отличают его от других представителей класса БАБ и обусловливают хороший уровень ответа пациентов на терапию препаратом с одновременно более низкой частотой и выраженностью побочных явлений [4]. С 2007 г. небиволол занимает особое место в рекомендациях Европейского общества кардиологов по лечению артериальной гипертензии (АГ) [5]

Метаанализ двенадцати рандомизированных контролируемых исследований [6] демонстрирует, что при использовании небиволола в дозе 5 мг ответ на лечение и нормализация АД достигаются аналогичными или более высокими темпами по сравнению с другими классами антигипертензивных препаратов или их сочетаниями. Достижение целевого уровня происходит быстрее, чем при использовании ингибиторов АПФ или лозартана, или других бета-блокаторов. Переносимость небиволола лучше других антигипертензивных средств. Т.е., этот метаанализ показал, что небиволол, скорее всего, имеет преимущества по сравнению с существующими антигипертензивными препаратами и может играть определённую роль в первой линии лечения гипертонии.

Небиволол – лучший по переносимости бета-адреноблокатор во всех возрастных группах, включая пожилых пациентов, число нежелательных эффектов достоверно не отличается от плацебо [7].

Ретроспективный анализ 173 200 случаев использования бета-блокаторов при гипертензии выявил, что приверженность пациентов терапии небивололом (комплаентность) значительно больше, чем при использовании любого другого бета-блокатора (атенолол, метапролол, карведилол, бисопролол) [8].

Небиволол больше, чем прочие бета-блокаторы, обеспечивает сохранение и даже улучшение качества жизни пациентов с артериальной гипертензией. Так, одна из причин негативного отношения к бета-блокаторам связана с их отрицательным влиянием на эректильную функцию. Есть убедительные доказательства [9,10], что в отличие от других бета-блокаторов небиволол восстанавливал эректильную функцию, сниженную на фоне приема ЛС других классов у пациентов с АГ. Такое положительное влияние на показатели эректильной дисфункции, вероятно, связано со способностью ЛС стимулировать образование эндотелиоцитами монооксида азота.

Все вышеприведённые работы свидетельствуют о потенциальных преимуществах небиволола перед другими бета-блокаторами, однако, выбор конкретного лекарственного средства для льготных перечней должен основываться на фармакоэкономических данных.

Чтобы получить представление о величине 10-летнего риска фатальных сердечно-сосудистых исходов у больных с артериальной гипертензией при использовании бета-блокатора последнего поколения небиволола и без использования этого препарата [11], проанализировано 8 682 случая больных артериальной гипертензией, получавших небиволол в дозе 5 мг/день. Ожидается, что за 10-летний период смертность, в соответствии с данными Framingham, составит 30% у мужчин и 36% у женщин. Соотнося эти данные с реальной статистикой смертности в исследуемой группе, Kaltwasser показал, что небиволол позволил избежать смерти 154 мужчинам и 159 женщинам. Глобально, расчет по США и Великобритании приведен ниже:

TABLE Potential Economic Impact of Treatment With Nebivolol 5 mg/Day

Event	Cases Avoided	U.S. Managed Care		United Kingdom	
		Cost per Event (Euro)	Cost Avoided (Euro)	Cost per Event (Euro)	Cost Avoided (Euro)
Stroke	150	8,620	1,013,323	2,285	268,613
CHD	94	19,962	1,470,555	2,250	165,752
Total			2,483,878		434,365

Only inpatient costs were considered.
Hospitalization costs (2004 values) were converted to the euro.
Kaltwasser MT. Am J Cardiovasc Drugs. 2005.[2]
CHD=coronary heart disease.

В таблице показаны затраты на лечение 150 инсультов и 94 случаев инфарктов вследствие артериальной гипертензии, случившихся в группе из 1000 пациентов без использования небиволола, и стоимость использования небиволола у всей когорты в течение года, позволяющего предотвратить эти осложнения. Как видно, применение небиволола позволяет сохранить для бюджета в США около 2,4 млн евро, или $3,2 млн долл. США, а в условиях Великобритании – до 400 тысяч евро.

Аналогичные данные можно рассмотреть и в экстраполяции на ситуацию в здравоохранении Республики Казахстан.

Как видно, долговременное использование у больных с артериальной гипертензией небиволола (Небилет) позволяет предотвратить потери в сумме около 8 млн тенге в год.

Полученные данные показывают, что использование небиволола в амбулаторной практике представляет собой экономически эффективную стратегию терапии для па-

Таблица 1 – **Потенциальные экономические выгоды профилактического использования небиволола 5 мг/сутки у пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе лечения**

Осложнения АГ	Предотвращенные события	Затраты на лечение события, тенге	Затраты на предупреждение события, тенге
Инсульт	150	9 036 000	17 687 900
Инфаркт	94	16 830 418	
Потенциально сохранённые средства (затраты на лечение – затраты на предупреждение)	затраты на лечение вероятных событий (9 036 000 + 16 830 418) – затраты на использование небиволола в когорте 1000 пациентов с АГ (17 687 900) = 8 179 518 тенге		
Примечание: Вероятность предотвращения сердечно-сосудистых событий экстраполировали из данных вышеупомянутых исследований Kaltwasser и Baldwin, Keam; расчет на лечение 1000 пациентов в год по данным МИАЦ Карагандинской области.			

циентов с артериальной гипертензией и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Есть все основания утверждать, что при включении небиволола в Перечень средств для льготного лекарственного обеспечения высоковероятно уменьшение общих долгосрочных расходов на медицинское обслуживание пациентов с артериальной гипертензией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Rosamond W, Flegal K, Friday G, and Writing Group Members. Heart disease and stroke statistics–2010 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. Epub. December 28, 2011;115:1-103

2 Nuttall SL, Routledge HC, Kendall MJ A comparison of the beta1-selectivity of three beta1-selective beta-blockers J Clin Pharm Ther 2003; 2 (3): 179–86

3 de Boer RA, Voorsl AA, van Veldhuisen DJ. Nebivolol: third-generation β-blockade. Exp Opin Pharmacother 2007; 8 (10): 1539–550

4 Cockcroft J. Nebivolol: a review. Exp Opt Pharmacother 2004; 5 (4): 893–9

5 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1105–87

6 Van Bortel LM, Fici F, Mascagni F. Efficacy and tolerability of nebivolol compared with other antihypertensive drugs: a meta-analysis. Am J Cardiovasc Drugs. 2008;8(1):35-44

7 Germino FW, Lin Y, Pejovic V, Bowen L. Efficacy and tolerability of nebivolol: does age matter? A retrospective analysis of three randomized, placebo-controlled trials in stage I-II hypertension. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2012 Oct;6(5):185-99

8 Signorovitch JE, Samuelson TM, Ramakrishnan K, Marynchenko M, Wu EQ, Blum SI, Ramasamy A, Chen S. Persistence with nebivolol in the treatment of hypertension: a retrospective claims analysis. Curr Med Res Opin. 2012 Apr;28(4):591-9

9 Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, Kanellakopoulou K, Giamarellou H. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered.J Hypertens. 2006 Dec; 24(12):2387-92

10 Manolis A, Doumas M. Antihypertensive treatment and sexual dysfunction. Curr Hypertens Rep. 2012 Aug;14(4):285-92

11 Kaltwasser MT. Economic evaluation of nebivolol in the treatment of hypertension. Am J Cardiovasc Drugs. 2005;5:319-24. Baldwin CM, Keam SJ. Nebivolol: in the treatment of hypertension in the US. Am J Cardiovasc Drugs. 2009;9(4):253-60

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Т.С. НҰРҒОЖИН, А.Е. ГУЛЯЕВ, Б.А. ЕРМЕКБАЕВА, С.К. ЖАУҒАШЕВА, Г.Т. ӘБУОВА

Назарбаев Университетінің «Өмір туралы ғылымдар орталығы» ЖМ, Астана қ.

ЖЕҢІЛДЕТІЛГЕН АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУГЕ АРНАЛҒАН ПРЕПАРАТТАР ТІЗІМІНЕ НЕБИВОЛОЛ ПРЕПАРАТЫН ҚОСУДЫҢ ОРЫНДЫЛЫҒЫН НЕГІЗДЕУДІҢ ФАРМАКОЭКОНОМИКАЛЫҚ АСПЕКТІСІ

Фармакотерапияның шамадан тыс жоғары бағасы, жеңілдетілген және тегін амбулаториялық дәрімен қамтамасыз ету жүйесінде артериалды гипертензиясы бар науқастардың арасында инсульттың және жүрек жетімсіздігінің қатерін төмендету үшін пайдаланылатын, дәрілік құралдарды мұқият таңдауға мәжбүрлейді. Бета-адреноблокаторлар антигипертензивтік препараттар тобының барынша гетерогендік тобын құрайды. Мета-талдау деректері, небивололдың, басқа қолданыстағы антигипертензивтік препараттарға қарағанда, басымдылығы бар екендігін көрсетеді және гипертонияны емдеудің бірінші желісінде белгілі бір рөл атқаруы мүмкін.

Небиволол – көндігу қабілеттілілігі бойынша, жасы ұлғайған пациенттерді қоса есептегенде, барлық жас мөлшерлі топтарға арналған ең жақсы бета-адреноблокатор. Артериалды гипертензиясы бар науқастарға небивололды (Небилет) ұзақ пайдалану, амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету жүйесінде жылына 8 млн. теңгеге жуық сомадағы шығынның алдын алуға мүмкіндік береді. Алынған деректер, амбулаториялық тәжірибеде небивололды пайдалану, артериалды гипертензиясы мен іліспе жүрек-қан тамырлары ауруларуымен ауыратын науқастарға арналған терапияның экономиялық тиімді стратегиясын көрсететітіндігін дәлелдейді.

S U M M A R Y

T.S. NURGOZHIN, A.Y. GULAYEV, B.A. YERMEKBAYEVA, S.K. ZHAUGASHEVA, G.T. ABUOVA

Center for Life sciences, Nazarbayev University, Astana c.

PHARMACO-ECONOMIC ASPECT OF RATIONALE FOR THE INCLUSION OF THE MEDICINE “NEBIVOLOL” IN THE LIST OF MEDICINES FOR PREFERENTIAL OUTPATIENT PROVISION

Extremely high cost of pharmacotherapy makes carefully select medicines which are used to reduce the risk of stroke and heart failure in patients with hypertension in the system of preferential and free outpatient provision of medicines. Beta-blockers represent a rather heterogeneous class group of antihypertensive drugs. Meta-analysis data demonstrate that nebivolol has advantages over existing antihypertensive drugs and may play a certain role in the first-line treatment of hypertension. Nebivolol is the most tolerable beta-blocker in all age groups, including elderly patients. Long-term use of nebivolol (nebilet) in patients with arterial hypertension, predictively allows to prevent losses in the system of outpatient provision of medicines in the amount of about KZT 8 million per year. The data obtained prove that the use of nebivolol in outpatients is a cost effective strategy for the treatment of patients with arterial hypertension and concomitant cardiovascular diseases.

УДК 615.33

М.Б. РАХИМБАЕВА
Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РОКСИТРОМИЦИН

В статье показан опыт применения эффективного и безопасного макролидного антибиотика рокситромицина, описываются достоинства препарата в сравнении с другими макролидами.

Клчевые слова: *антимикробная активность, рокситромицин, достоинства, стоимость.*

Все макролидные антибиотики обладают близкими спектрами антимикробной активности. В нашем арсенале есть эффективный и безопасный макролидный антибиотик рокситромицин. В его достоинстве убедились на собственном врачебном опыте. Спектр антимикробной активности рокситромицина не имеет существенных отличий в сравнении с эритромицином. Активность рокситромицина выше, чем у препарата прототипа. Главное отличие рокситромицина от других макролидов заключается в улучшенной фармакокинетике. Он более устойчив к действию соляной кислоты желудка, лучше и быстрее всасывается [1]. Поэтому он имеет более высокую биодоступность при приеме внутрь. Наибольшее значение придаётся способности рокситромицина создавать самые высокие среди макролидов концентрации в крови и длительному периоду полувыведения. Длительный период полувыведения дает возможность использовать рокситромицин с равной эффективностью как два, так и один раз в день (из других макролидов только азитромицин назначается 1 раз в день). Уменьшение кратности приема препарата способствует соблюдению больными режима терапии, что, в конечном итоге, улучшает результаты лечения.

Заслуживают внимания и некоторые другие свойства рокситромицина. Препарат оказывает выраженный постантибактериальный эффект в отношении S.aureus, S.pyogenes, S.pneumoniae, H.influenzae, что проявляется временным прекращением размножения микроорганизмов после ограниченного воздействия антибиотика [3]. Рокситромицин проявляет также субМПК-эффект (то есть продолжает действовать на некоторые микроорганизмы даже после падения его концентрации ниже минимальной подавляющей концентрации для данного возбудителя). В результате снижается вирулентность S.aureus (в исследованиях in vitro было показано, что под влиянием таких концентраций рокситромицина у золотистых стафилококков тормозится выработка коагулазы, лецитиназы, дезоксирибонуклеазы и β-гемолизина) [2].

Материал и методы

Применялся препарат у 37 больных.

19 – обострение хронического бронхита.

Возраст: от 39 до 60 лет. Назначено было по 300 мг 1 раз в сутки в течение 6-7 дней.

6 – пневмонии.

Возраст: от 28 до 45 лет. Назначено было по 150-300 мг 1-2 раза в день в течение 8-10 дней (1 больному – 14 дней).

8 – стрептококковый тонзиллофарингит.

Возраст: от 24 до 32 лет. Назначено было по 150-300 мг 1 раз в день в течение 4-5 дней.

4 – острый средний отит.

Возраст: 42-47 лет. Назначено было по 150-300 мг 1 раз в день в течение 5 дней.

Из них у 9 больных (36%) ранее была аллергия к пенициллину и цефалоспорину. У 2 больных с пневмонией на 2-е сутки появились побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта: чувство тошноты, однократно рвота. Была изменена дозировка препарата, в последующем побочных явлений не было (у одного из них была аллергия на пенициллин).

Критериями для оценки результатов являлись:

• клиническое излечение (полное исчезновение жалоб и объективных признаков заболевания);

• клиническая эффективность (клинический успех), куда включали больных с полным излечением и значительным улучшением;

• микробиологическая эффективность (бактериологическая эрадикация), когда учитывались больные, у которых возбудители, выявленные в начале исследования, были уничтожены к моменту его окончания.

Обсуждение

Можно попытаться дать ответ на вопрос, почему во многих клинических ситуациях именно рокситромицину отдаём предпочтение перед другими макролидами. Достоинств препарата три. Это удобство применения, безопасность и приемлемая стоимость.

Удобство применения связано, прежде всего, с тем, что препарат с равной эффективностью можно назначать 1 или 2 раза в сутки. Для сравнения: эритромицин следует принимать 4 раза в день, мидекамицин – 3 раза и т.д. Ни один макролид, кроме азитромицина и рокситромицина, не обеспечивает должного клинического эффекта при однократном приеме.

Безопасность препарата была многократно подтверждена в ходе клинических исследований. На сегодняшний день рокситромицин – самый безопасный макролид.

Вот еще несколько аспектов безопасности: рокситромицин в меньшей степени, чем эритромицин, стимулирует моторику желудка. Препарат почти не угнетает цитохром Р450 в печени, в связи с чем редко вступает в лекарственные взаимодействия с другими медикаментами [1]. Рокситромицин реже, чем эритромицин, и значительно реже, чем кларитромицин, взаимодействует с лекарствами иных химических групп при одновременном применении [3]. Тем не менее, во время лечения данным макролидом следует соблюдать осторожность при одновременном применении теофиллина, мидазолама, триазолама, циклоспорина [3]. Наконец, *стоимость* этого антибиотика находится в приемлемом ценовом интервале для населения.

Результаты исследования

Рокситромицин оказывает противовоспалительное действие. Клиническая эффективность лечения хронического бронхита в пределах 88-93%. По этому показателю препарат не уступает амоксициллину, амоксициллин/клавуланату, цефаклору, доксициклину, эритромицину и азитромицину. Клиническая эффективность лечения пневмонии составила 90-94%, бактериологическая эрадикация 72-83%, а эффективность при лечении пациентов с тонзиллофарингитами – 88-92% и острого среднего отита – 100%.

Сравнительный анализ данных о нежелательных реакциях показывает, что наиболее хорошей переносимостью характеризуется рокситромицин: у 96% (35 больных) не было побочного эффекта, у 4% (2 больных) наблюдался побочный эффект, но отмены применения препарата не потребовалось, а только изменение дозировки. Курс лечения составлял 4-14 дней. Не применялся препарат больным с печеночной недостаточностью, также больным старше 65 лет и больным с хронической почечной недостаточностью.

Выводы

1. Удобный режим дозирования (1-2 раза в сутки).
2. Доказанная безопасность.
3. Наименьшая частота развития побочных эффектов.
4. Эффективная альтернатива при лечении пациентов с аллергией к пенициллинам и цефалоспоринам.
5. Хорошее распределение в органах и тканях без кумулятивных эффектов.
6. Современный макролидный антибиотик.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Scaglione F., Rossoni G. Сравнительная противовоспалительная активность рокситромицина, азитромицина, кларитромицина // Клин. фармакол. тер. – 1998

2 Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. – Смоленск: Русич, 1998

3 Страчунский Л.С., Богданович Т.М. Состояние антибиотикорезистентности в России. В кн.: Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. (ред.) Антибактериальная терапия. Практическое руководство. – Москва: РЦ Фармединфо, 2000

4 Карпов О.И. Оригинальные препараты и копии макролидов: тенденции противостояния // Терапевтический вестник. – 2004 – №3

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Б. РАХЫМБАЕВА

ҚР Президент Істері Басқармасының Орталық клиникалық ауруханасы

РОКСИТРОМИЦИН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Барлық макролидтік антибиотиктер, микробқа қарсы белсенділіктің жақын спектріне ие. Біздің арсеналымызда тиімді және қауіпсіз макролидтік рокситромицин антибиотигі бар. Оның қасиетіне жеке дәрігерлік тәжірибеде көзіміз жетті. Рокситромициннің микробқа қарсы белсенділік спектрінің, эритромицинмен салыстырғанда маңызды айырмашылықтары бар. Рокситромициннің белсенділігі, протип препараттарға қарағанда жоғары. Басқа макролидтерге қарағанда, рокситромициннің басты ерекшелігі жақсартылған фармакокинетикасында болып отыр. Ол асқазанның тұз қышқылының әрекетіне барынша төзімді, жақсы және жеңіл сіңеді.

S U M M A R Y

M.B. RAHIMBAYEVA

Central Clinical Hospital of the Medical Center of the Presidential Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE MEDICINE ROXITHROMYCIN

All macrolide antibiotics have similar spectra of antimicrobial activity. There is an effective and safe macrolide antibiotic “Roxithromycin” in our arsenal. We have seen its advantages in our medical experience. The spectrum of antimicrobial activity of roxithromycin does not have significant differences in comparison with erythromycin. The activity of roxithromycin is higher, than that of the product prototype. The main difference of roxithromycin from other macrolides is in the improved pharmacokinetics. It is more resistant to gastric hydrochloric acid, and is better and faster absorbed.

УДК 616.36-002.2-085-052

В.С. РАХМЕТОВА, И.В. ТИМЧЕНКО

Гепатологический центр, г. Астана

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

В статье освящены актуальная проблема хронического вирусного гепатита С в Казахстане и стандартные методы лечения. Проведена оценка эффективности, безопасности и переносимости комбинированной терапии пегилированным интерфероном α-2b и рибавирином у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.

Ключевые слова: *вирусный гепатит, пегилированный интерферон, вирусологический ответ, противовирусная терапия.*

Хронические вирусные гепатиты представляют серьезную проблему для здравоохранения вследствие широкой распространенности HBV-, HCV-инфекций, значительного хониогенного потенциала, высокой частоты развития цирроза печени (ЦП), гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Во всем мире в ближайшие десятилетия ожидается дальнейшее увеличение числа больных с поздними последствиями вирусных гепатитов, увеличением смертности и расходов, связанных с лечением терминальных форм поражения печени, обусловленных инфицированием вирусами [1, 2].

На сегодняшний день результаты многочисленных клинических исследований эффективности и безопасности терапии ХГ легли в основу практических рекомендаций ведущих мировых ассоциаций по изучению печени. Наиболее удобными в практическом применении являются рекомендации Европейской ассоциации по изучению печени, согласно которым целью лечения является улучшение качества и продолжительности жизни за счет предотвращения прогрессирования болезни в декомпенсированный цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному вследствие устойчивого подавления вирусной репликации [3, 4].

На сегодняшний день общепризнанным «золотым стандартом» лечения хронической HCV-инфекции остается комбинированная противовирусная терапия пегилированным интерфероном и синтетическим аналогом нуклеозида – рибавирином. В мире уже накоплен большой клинический опыт применения подобной ком-

бинации, подтвердивший высокую частоту достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) у пациентов с вирусным гепатитом С, в том числе при наличии у них морфологических признаков фиброза печени. Интерферонотерапия признается сегодня основным направлением лечения больных хроническими вирусными гепатитами, поскольку одной из причин хронизации вирусной инфекции является дефицит эндогенных интерферонов. Интерфероны действуют как многофункциональные цитокины, запускающие цепь иммуномодулирующих реакций, что, в конечном итоге, позволяет рассматривать их в качестве препаратов с опосредованной противовирусной активностью [4, 5, 6].

Предикторами благоприятного прогноза лечения хронического вирусного гепатита считаются молодой возраст, относительно малый срок заболевания, отсутствие микст-инфекции и цирроза печени, повышенная активность АлАТ, низкий уровень РНК, отсутствие холестаза, низкий уровень сывороточного железа. Однако, при прочих равных условиях, эффективность противовирусной терапии может существенно варьировать в зависимости от генотипа HCV, а нежелательные эффекты могут ограничивать применение того или иного препарата. Так, лечение пегилированными интерферонами может вызвать умеренные или тяжелые нежелательные явления, требующие уменьшения дозы, временного прерывания или полного прекращения терапии [7, 8].

Цель исследования – комплексная оценка эффективности, безопасности и переносимости комбинированной терапии пегилированным интерфероном α-2b и рибавирином у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.

Материал и методы

В условиях Гепатологического центра г. Астаны выполнено исследование эффективности, безопасности и переносимости комбинированной терапии пациентам с ХВГ С пегилированным интерфероном α-2b и рибавирином в 2011 г.

В исследование включены больные ХВГ С (32 пациента), из них с 1 генотипом – 16 пациентов, с 2, 3 генотипами – 16 пациентов, преимущественно женщины (52%), в возрасте от 18 до 60 лет.

Все больные получали противовирусную терапию в течение от 24 до 48 недель в зависимости от формы гепатита и генотипа HCV-РНК. Выполнялись необходимые клинико-лабораторные, биохимические и иммунологические исследования в динамике. Антитела к вирусам HCV определялись методом ИФА, а РНК HCV, вирусная нагрузка, генотипирование вируса гепатита С – методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исследовательские точки для оценки эффективности ПВТ: до начала лечения, через 4, 12, 24, и 48 недель от начала противовирусной терапии; для биохимических показателей – до начала лечения и далее 1 раз в месяц; гематологические показатели: первый месяц еженедельно, второй месяц – раз в две недели, с третьего – раз в месяц.

Основным критерием эффективности лечения служило исчезновение репликативных маркеров в крови пациентов. Учитывали вирусологические показатели эффективности ПВТ: быстрый вирусологический ответ (БВО) – отсутствие HCV-РНК через 4 недели от начала лечения, ранний вирусологический ответ (РВО) – отсутствие HCV-РНК или снижение на 2log через 12 недель от начала лечения, непосредственный вирусологический ответ (НВО) – отсутствие HCV-РНК и HBV-ДНК в конце 24 или 48 недели терапии. Ранний вирусологический ответ (РВО), под которым подразумевается отсутствие в крови пациента РНК HCV через 12 недель лечения, считается первичным критерием эффективности терапии, поскольку четко коррелирует с показателем устойчивого вирусологического ответа – исчезновением РНК HCV через 24 или 48 недель после завершения лечения [3, 9].

Для оценки побочных эффектов учитывали данные анамнеза и периодических клинико-лабораторных обследований (развитие тромбоцитопении, лейкопении, гемолитической анемии, печеночно-клеточной недостаточности). Особое внимание уделяли оценке психического статуса пациентов, поскольку у больных, получающих интерфероны, могут развиваться тяжелые психические побочные реакции, в том числе депрессия, суицидальная настроенность и суицидальные попытки, а также показателям функций щитовидной железы (развитие гипо- и гипертиреозов, аутоиммунных тиреоидитов). Все пациенты были информированы о возможности развития этих и других побочных эффектов интерферонов до начала терапии.

Результаты и обсуждение

До начала ПВТ у больных определялись астенический и диспепсический синдромы, дискомфорт в правом подреберье, гепатомегалия (у 28%). Активность АЛТ до начала терапии превышала норму в 1,5–10 раз у 35%, незначительное увеличение уровня билирубина плазмы крови наблюдалось у 10% пациентов. Выраженных нарушений белково-синтетической функции печени и в системе свертывания крови выявлено не было.

До проведения ПВТ вирусная нагрузка у пациентов с ХВГ С колебалась от 100 000 до 10^8МЕ HCV/мл, активность заболевания была оценена как умеренная у 35% больных, у 65% – как минимальная.

Большая часть пациентов субъективно перенесла лечение удовлетворительно. Побочные реакции включали: астению, сонливость, гриппоподобный синдром, недомогание, приливы, зябкость, нарушение вкусовых ощущений, слабость, дерматит, усиление потливости, сухость кожи, сухость во рту, выпадение волос, кровоточивость десен, тревогу, изменения настроения, снижение либидо, нервозность, кашель, одышку, боли в грудной клетке, боли в горле, явления назофарингита, сердцебиение.

Гриппоподобный синдром с субфебрильной лихорадкой продолжительностью до 2 недель от начала терапии регистрировался у 90% пациентов. Дольше сохранялись головная боль, боль в мышцах и суставах, а слабость и низкая работоспособность оставались практически у всех пациентов до окончания терапии. Из других жалоб в первые 6 месяцев лечения следует отметить тошноту, снижение аппетита, боли в животе, диарею. У 3 пациентов в разное время отмечались высыпания на коже и зуд различной интенсивности (от умеренного до выраженного). Позже, в основном к третьему месяцу лечения, практически все пациенты отметили выпадение волос, уменьшение веса от 3 до 25 кг. Часто отмечались такие симптомы, как чувство тревоги, раздражительность и бессонница.

Клинически выраженные психические побочные реакции, в том числе депрессии с суицидальной настроенностью и суицидальные попытки, выявлены не были. Клинически значимые изменения лабораторных показателей функции щитовидной железы, требовавших клинических мероприятий, были зарегистрированы у 15% пациентов.

Лечение сопровождалось снижением значений гематологических показателей, которые, как правило, возвращались к исходному уровню через 4–8 недель после прекращения терапии. Анемия легкой степени регистрировалась у большинства пациентов к концу первого месяца лечения и сохранялась до конца терапии. Лейкопения

(нейтропения) различной выраженности выявлялась у 100% больных, при этом наиболее низкие значения показателя регистрировались через 2 месяца от начала лечения. Снижение абсолютного числа нейтрофилов до уровня менее 1000 клеток в 1 мкл отмечалось у 3,2% (1 пациент). Снижение числа тромбоцитов в единице объема крови регистрировалось также у 100% больных. Наиболее низкие значения регистрировались через 1 месяц от начала лечения. Снижение числа тромбоцитов до уровня менее 50000 клеток в 1 мкл отмечалось у 3,2% (1 пациент). В большинстве случаев коррекции дозы препарата в связи с развитием анемии, тромбоцитопении, лейкопении не требовалось. Противовирусная терапия была отменена 2 пациентам, из них: в связи с развитием выраженной тромбоцитопении и лейкопении – 1 пациент, что составило 3,2%; в связи с развитием острой почечной недостаточности – 1 пациент, в анамнезе трансплантация почки – 3,2%.

Эффективность ПВТ может быть измерена биохимически (нормализация активности сывороточной АЛТ), вирусологически (отсутствие РНК HCV в сыворотке крови, определяемой с помощью чувствительной тест-системы на основе ПЦР), и гистологически (уменьшение степени некровоспалительной активности до 2 баллов при отсутствии утяжеления степени фиброза). Так, через месяц от начала терапии у большинства больных нормализовались значения показателя АЛТ. Средние значения показателей АСТ, тимоловой пробы, щелочной фосфатазы, амилазы, креатинина и глюкозы плазмы крови оставались нормальными в период всего наблюдения. Лабораторные признаки холестаза были зарегистрированы у одного пациента (3,2%).

Закончили ПВТ 30 пациентов, УВО отмечался у 22 пациентов, что составило 73,3% от общего числа, закончивших ПВТ: с 1 генотипом – 8 пациентов из 16 (50%), с 2,3 генотипом – 14 пациентов из 16 (87,5%). Из 22 пациентов, получивших УВО, 14 имели генотип HCV 2 и 3, что составило 63,6%. Пол, возраст и исходная величина вирусной нагрузки не оказывали значимого влияния на частоту достижения УВО.

Выводы

– Субъективная переносимость больными ХВГ С противовирусной терапии пегилированным интерфероном α-2b и рибавирином характеризуется как удовлетворительная;

– В 95,7% случаев развитие побочных эффектов на фоне комбинированного применения пегилированного интерферона α-2b и рибавирина у больных ХВГ С не требует отмены лечения;

– Наиболее частыми и значимыми побочными эффектами явились нейтропения и тромбоцитопения;

– Значимое влияние на эффективность комбинированной терапии пегилированным интерфероном α-2b и рибавирином у больных ХВГ С оказывал только генотип HCV;

– При проведении стандартной противовирусной терапии УВО достигнут в 73,3% случаев;

– Частота УВО при применении стандартной противовирусной терапии пегилированным интерфероном α- 2b и рибавирином выше у пациентов с ХВГ С с 3 и 2 генотипом (87,5%), чем при 1 генотипе вируса (50%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Современные аспекты рациональной диагностики и лечения хронических вирусных гепатитов. Методические рекомендации для практических врачей, г. Астана, 2011

2 Вирусные гепатиты: Достижения и перспективы. Информационный бюллетень

3 Руководство клинической практики, EASL // журнал гепатологии, 2011

4 Диагностика и лечение гепатита С. Рекомендации Американской гепатологической ассоциации // СММ Гепатология, 2004

5 Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб.: ТЕЗА, 1998

6 Жданов К.В. Вирусные гепатиты. – Санкт-Петербург, 2012

7 Лобзин Ю.В. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. – Санкт-Петербург, 2006

8 Жданов К.В. Последние достижения в лечении хронического гепатита. Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург // Журнал инфектологии. – 2011. – №4

9 Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С // РЖГГН. – 2010. – №6

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

В.С. РАХМЕТОВА, И.В. ТИМЧЕНКО

Гепатологиялық орталық, Астана қ.

СОЗЫЛМАЛЫ С ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ

Бүгінгі таңда интерферонотерапия созылмалы вирусты гепатитті емдеудегі негізгі бағыттардың бірі болып табылады, өйткені, вирусты инфекцияның себебінің бірі эндогендік интерферондардың тапшылығы болып табылады.

Зерттеудің мақсаты

Созылмалы С вирусты гепатитпен ауыратын пациенттерді жасалған α- 2b пегилирленген интерферонмен және рибавириннің құрамдастырылған терапиясының тиімділігін, қауіпсіздігін және көндігу қабілеттілігін кешенді бағалау.

Материалдары және әдістері

Астана қаласының Гепатологиялық орталығы жағдайында 2011 жылы созылмалы С вирусты гепатитпен ауыратын пациенттерді α- 2b пегилирленген интерферонмен және рибавириннің құрамдастырылған терапиясының тиімділігін, қауіпсіздігін және көндігу қабілеттілігін е тексеру жүргізілді.

Нәтижелері және талқылау: 30 пациентте ПВТ аяқталды, УВО 22 пациентте анықталды, бұл ПВТ аяқтағандардың жалпы санының 73,3% құрады: 1 генотиппен – 16 ішіндегі 8 пациент 16 (50%), 2,3 генотипімен -16 ішіндегі 14 пациент (87,5%). УВО алған 22 пациенттің ішінен, 14 -де HCV 2 және3 генотипі болды, бұл 63,6% құрады.

Қорытынды:

Стандартты вирусқа қарсы терапияны жүргізген кезде, УВО 73,3% жағдайда қол жеткізілді. α- 2b пегилирленген интерферонмен және рибавиринмен стандартты вирусқа қарсы терапияны қолданған кезде УВО жиілігі, вирустың 1 генотипіне (50%) қарағанда, 3 және 2 генотиптегі (87,5%) созылмалы С вирусты гепатитпен ауыратын пациенттерде жоғары.

S U M M A R Y

V.S. RAKHMETOVA, I.V. TIMCHENKO

Hepatological Center, Astana c.

TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C

Interferon therapy is recognized today as the main focus of treatment for patients with chronic viral hepatitis because a cause of chronic viral infection is the lack of endogenous interferon.

Aim of the study.

Comprehensive assessment of the efficacy, safety and tolerability of the combination therapy with pegylated interferon α-2b and ribavirin in patients with chronic viral hepatitis C.

Materials and methods.

A study of the efficacy, safety and tolerability of the

combination therapy with pegylated interferon α-2b and Ribavirin in patients with chronic viral hepatitis C was conducted in the conditions of the Hepatological center of Astana in 2011.

Results and discussion: 30 patients completed the antiviral therapy; the sustained viral response was observed in 22 patients, accounting for 73.3% of the total number who completed the antiviral therapy: genotype 1 – 8 of 16 patients (50%), genotype 2,3 -14 of 16 patients (87, 5%). Of the 22 patients who achieved the sustained viral response, 14 had HCV genotype 2 and 3, which was 63.6%.

Conclusion:

During the standard antiviral therapy, the sustained viral response was achieved in 73,3% of cases. The frequency of sustained viral response in the application of the antiviral therapy with pegylated interferon α-2b and ribavirin is higher in patients with chronic viral hepatitis C with genotype 3 and 2 (87.5%) than with genotype 1 of virus (50%).

616-053.2/.5

Н.Б. АХВАТКИНА

Городская детская поликлиника, г. Петропавловск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕГАСЕФ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В статье представлен обзор по эффективности и безопасности применения препарата Мегасеф при лечении бактериальных инфекций респираторного тракта у детей в амбулаторных условиях.

***Ключевые слова**: дети, детская поликлиника, лечение, Мегасеф.*

В настоящее время антибактериальная терапия занимает особое место при лечении бактериальных инфекций респираторного тракта у детей. В педиатрии назначение любого медикаментозного средства сопряжено с целым рядом важных условий. Учитываются следующие параметры: 1) спектр антимикробного действия; 2) фармакокинетические свойства; 3) эффективность при клинических исследованиях; 4) переносимость; 5) токсичность; 6) побочные действия; 7) стоимость [1].

В такой ситуации врачу для назначения антибактериального средства ребёнку необходимо одновременно учитывать множество составляющих – топику патологического очага, предполагаемую (или установленную) причинно значимую микрофлору, возраст пациента, его преморбидный фон, сопутствующую терапию, путь введения, оптимальную дозу и длительность приёма препарата, но прежде всего – параметры безопасности, основанные на фармакокинетике и фармакодинамике антибиотика [2]. Учитывая данный подход, сформирована группа антибактериальных средств, имеющих приемлемый профиль безопасности и переносимости, рекомендованных в качестве стартовых препаратов. К ним относятся цефалоспорин 2-го поколения Мегасеф (цефуроксим натрия), применяемый парентерально и в таблетированной форме (цефуроксим аксетил).

Цефуроксим – это представитель семейства оксиимино-цефалоспоринов, особенностью которых является высокая устойчивость к b-лактамазам бактерий [3]. Оказывает бактерицидное действие за счёт ингибирования синтеза клеточной стенки бактерии. Он ацетилирует мембраносвязанные транспептидазы, нарушая, таким образом, перекрёстную сшивку пептидо-гликанов, необходимую для обеспечения прочности и ригидности клеточной стенки.

Мегасеф обладает высокой активностью как в отношении грамположительной, так и грамотрицательной микрофлоры. Он поступает в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) в виде пролекарства, что снижает вероятность развития побочных гастроинтестинальных явлений, в том числе дисбиоза кишечника и антибиотик-ассоциированных диарей. Это происходит благодаря липофильности молекулы аксетила, которая способствует приёму препарата как натощак, так и во время еды. После попадания в ЖКТ цефуроксима аксетил быстро (менее чем за 3 минуты) преобразуется в активный фрагмент – цефуроксим. Пик сывороточной концентрации достигается через 2,1 часа после перорального приёма 250 мг антибиотика во время еды. Выводится в неизменённом виде с мочой. Период полувыведения увеличивается при снижении функции почек [4].

Наиболее предпочтительный режим приёма – каждые 12 часов. Практическое удобство препарата дополняется возможностью использовать его в формате ступенчатой терапии – парентеральный цефуроксим с переводом на пероральный цефуроксима аксетил, что сопровождается хорошей переносимостью всего курса антибактериальной терапии [5].

Цефуроксима аксетил, как химическое вещество, отличается низкой токсичностью, что принципиально важно при назначении детям. Интегральным показателем и одним из главных критериев высокой безопасности является возможность его назначения беременным, матерям, кормящим грудью и детям раннего возраста. В отношении цефуроксима аксетила было доказано, что он не влияет негативно на плод [6]. В исследовании Л.Н. Боярской, Ю.В. Котловой и соавтор. (2007) было показано, что энтеральное применение Цефуроксима у детей не сопровождается клинико-лабораторными признаками и экзокринной дисфункцией поджелудочной железы и гепатобилиарной системы в процессе и после окончания лечения. Интересен опыт коллег из Украины, где Цефуроксим применялся для лечения внебольничной пневмонии. Цефуроксим назначался внутрь по 125 мг 2 раза в день детям в возрасте от 6 месяцев до 2 лет и по 250 мг – детям старше 2 лет, препарат принимался после еды. Длительность курса лечения определялась достижением стойкой нормализации температуры тела, положительной динамикой физикальных данных и составила в среднем 8,2±1,7 дня [7].

Материал и методы

Основываясь на вышеприведённых данных, на участке для лечения бактериальной инфекции был применён антибактериальный препарат Мегасеф. Препарат назначался в инъекционной форме, таблетированной форме, и

применялась ступенчатая терапия. В возрастную группу входили дети от 1 года до 15 лет.

Таблица 1 – **Возрастные группы**

Возраст / Пол	1-3 года	3-6 лет	6-10 лет	11-14 лет	14-15 лет	Всего
1	2	3	4	5	6	7
Мальчики	3	6	4	5	4	22
Девочки	3	7	7	5	6	28
Итого	6	13	11	10	10	50

При ступенчатой терапии применялся Мегасеф внутримышечно в дозе 60 мг/кг в сутки в течение 3-4 дней, и затем при улучшении клиники и лабораторных данных ребёнок переводился на пероральный приём Мегасефа.

Таблица 2 – **Возрастные дозировки**

Возраст	1-3 года	3-6 лет	6-10 лет	11-14 лет	14-15 лет
1	2	3	4	5	6
Доза	80 мг × 2 раза	125 мг × 2 раза	250 мг × 2 раза	375 мг × 2 раза	500 мг × 2 раза

Данный метод особенно актуален в педиатрии, так как инъекции представляют собой психологическую травму для больного ребёнка в любом возрасте, что снижает качество жизни. Нельзя не отметить экономическую выгоду данного метода. Снижаются затраты на специальные медицинские принадлежности (шприцы, перчатки, дезинфектанты), а также идёт экономия средств, направленных на утилизацию (шприцов, игл и других расходуемых материалов), уменьшается занятость среднего медицинского персонала.

Таблица 3 – **Длительность лечения бактериальной инфекции**

Способ введения		Длительность лечения бактериальной инфекции	
		лёгкое течение	средне-тяжёлое
В/мышечно		–	5-7 дней
Per os		5-7 дней	–
Ступенчатая терапия	в/мышечно	–	3-4 дня
	Per os	–	3-5 дней

Выводы

Учитывая то, что препарат представлен в двух формах, не было необходимости менять антибактериальное средство при ступенчатой терапии. И только в ситуации, когда у ребёнка на приём практически любых лекарственных средств развивался рвотный рефлекс, приходилось отказываться от ступенчатой терапии и продолжать лечение препаратом Мегасеф в инъекционной форме. Благодаря пролекарственной структуре препарата Мегасеф не отмечалось развития гастроинтестинальных явлений и антибиотик-ассоциированных диарей в данной группе больных. Удобная таблетированная форма и двукратный режим приёма препарата позволяют улучшить качество жизни пациентов и обеспечивают хороший комплаенс. Ступенчатый режим последовательной антибиотикотерапии препарата Мегасеф продемонстрировал высокую эффективность, удобство в применении и экономическую целесообразность.

Таким образом, препарат Мегасеф можно считать препаратом выбора для лечения бактериальной инфекции в условиях детской поликлиники.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дж.Д.Нельсон. Справочник «Антибактериальная терапия в педиатрии»

2 Pediatric Labeling Changes Table through Tuesday, October 25, 2011.-PED- 002-136p.// http //www.fda.gov/ downloads/ Science Research/Special Topics/ Pediatric Therapeutics Research/UCM 163159. pdf

3 Livermore D.M. Defining an extended-spectrum b-lactamase // Clin. Microbiol. Infect. –2008.–Vol.14 (Suppl.1) – P. 3-10

4 Leder R.D., Carson D.S. Cefuroxime Axetil (Ceftin) A Brief Review// Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. – 1997. – Vol. 5. – P. 211-214

5 Perry C.M., Brogden R.N. Ctfuroxime axetil.A review of its antibacterial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy//Drugs. – 1996. – Vol.52(1). – P. 125-128

6 The Toxicology of Cefuroxime/ K. Capel-Edwards, R.M. Atkinson, D.A.H. Pratt et al // Pror.R oy/Soc. Med. – 1997. – Vol. 70, Supp. – P. 11-18

7 Волосовец А.П. Пероральные цефалоспорины в практике современной педиатрии // Газета «Новости медицины и фармации» Антимикробная и противовирусная терапия (236) 2008 (тематический номер).

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Б. АХВАТКИНА

Қалалық балалар емханасы, Петропавл қ.

БАЛАЛАР ЕМХАНАСЫ ЖАҒДАЙЫНДА МЕГАСЕФ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Балаларда тыныс алу жолдарының бактериальды жұқпасын емдеу, қазіргі уақытта бактерияға қарсы терапия ерекше орын алады. Мегасеф (цефуроксим натрия) препаратының пайда болуы, (цефуроксим аксетил) егу және таблетка түрінде, амбулаторлық тәжірибеде қолдану үшін қолайлы. Препарат екі түрлі формада ұсынылып отырғанын ескере отырып, бактерияға қарсы затты сатылы терапияда ауыстырудың қажеті жоқ. Мегасеф препаратын балалар емханасы жағдайында бактериальды жұқпаны емдеуде таңдауға болатын препарат деп есептеуге болады.

S U M M A R Y

N. B. AHVATKINA

City children's polyclinic, Petropavlovsk c.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE MEDICINE MEGASEF IN THE CONDITIONS OF CHILDREN'S POLYCLINIC

Today antibiotic therapy ranks high in the bacterial respiratory tract infections treatment for children. The emergence of the drug Megasef (cefuroxime sodium) applied parenterally and in tablet form (cefuroxime axetil) is the best alternative for ambulatory practice. Taking into consideration that the drug is available in two forms, there is no need to change the antibacterial agent in a course of the sequential therapy. The drug Megasef can be considered the best choice for treating the bacterial infection in a pediatric clinic.

УДК 616.521+616.517-036.12-08-031.84

Г.К. АСКАРОВА, Б.М. МУКАНОВ, С.А. ИСАКОВ
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
Алматинский областной кожно-венерологический диспансер

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Изучена терапевтическая эффективность препарата Момат (мазь, крем, лосьон) у 45 больных, в том числе у 15 больных атопическим дерматитом, у 12 больных экземой и 18 больных псориазом. Установлена высокая эффективность препарата: у 67,9% больных достигнуто значительное улучшение и у 32,1% – клиническое улучшение. У больных оценивали эффективность препарата по степени выраженности клинических симптомов заболевания в баллах до лечения и в динамике лечения. Побочных реакций и осложнений при сроках лечения до 3 недель не отмечено. Безопасность и высокая терапевтическая эффективность препарата Момат дают основание рекомендовать его для широкого применения в практике.

Ключевые слова: *атопический дерматит, псориаз, экзема, мазь и крем Момат, лечение.*

Как известно, постоянные воздействия внутренних и внешних факторов, которым подвергается наш организм, могут способствовать возникновению дерматозов. И очень часто хронический дерматоз возникает у людей с чувствительной или сухой кожей. К наиболее распространенным хроническим дерматозам относятся: атопический дерматит, псориаз и экзема.

Так, к примеру, атопический дерматит – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, составляет в общей структуре дерматологической заболеваемости экономически развитых стран от 10 до 30% среди взрослых и детей и демонстрирует устойчивую тенденцию данного показателя к дальнейшему росту. При этом многими зарубежными исследователями подчеркивается значимость нарушений кожного барьера в патогенезе данного заболевания, конкретизируются механизмы наблюдаемых при атопическом дерматите повреждений водно-липидной мантии и липидного барьера рогового слоя кожи. За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в изучении этиологии и патогенеза атопического дерматита, однако лечение этого дерматоза и сегодня представляет сложную задачу [1].

Экзема – воспалительное острое или хроническое заболевание кожи аллергической природы, склонное к рецидивам, имеет место в разных возрастных группах и достигает до 30-50% всех аллергодерматозов [2].

Псориаз – неинфекционное, мультифакториальное заболевание – также представляет собой хроническое заболевание кожи. По данным ВОЗ (Женева, 1996) псориазом болеют около 2,5% населения планеты, а по материалам других авторов этот показатель составляет 1-5% [3].

Как правило, течение этих хронических дерматозов характеризуется эпизодами обострений или персистирующими подострыми формами, которые сопровождаются явлениями эритемы и ксероза. Состояния, характеризующиеся воспалительной эритемой, – это простые контактные дерматиты, контактный аллергический дерматит – также очень часто встречаются в практике врача–дерматолога.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с различными формами хронических дерматозов, а также увеличение как частоты заболеваемости, так и числа случаев тяжелого течения болезни. Существующие методы лечения и профилактики недостаточно эффективны, не всегда используются комплексные подходы в лечении больных дерматологами, аллергологами, физиотерапевтами и другими специалистами, отсутствует единая система мероприятий по профилактике этих заболеваний [4, 5].

Проблема лечения хронически протекающих дерматозов в настоящее время приобретает особую научно-практическую и социальную значимость в связи с увеличением числа больных, их социальной дезадаптацией, резистентностью отдельных клинических форм к терапии [5].

В то же время во всех этих случаях наружная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения, а иногда и единственной процедурой. Для решения проблемы лечения хронически протекающих дерматозов в последние годы предложено множество различных методов, однако в ряде случаев все же достичь ремиссии не удается. Местная терапия, как правило, проводится с учетом возраста пациента, периода и тяжести заболевания, остроты воспалительной реакции, распространенности поражения и сопутствующих заболеваний. Сегодня в арсенале врача-дерматолога имеется значительное количество средств наружной терапии, способных поддержать комфортное состояние кожи в условиях воздействия многочисленных экологических и профессиональных факторов, вызывающих эритематозно–сквамозные состояния.

Появление кортикостероидов, цитостатиков, антибиотиков, эффективных антигистаминных препаратов нового поколения значительно расширило возможности реабилитации больных и изменило прогноз при многих заболеваниях кожи. Однако лечение пациентов с тяжелыми, торпидными формами дерматозов трудно представить без применения наружных лекарственных средств, в состав которых входят глюкокортикостероидные средства (ГКС). Терапевтический эффект наружных ГКС обусловлен их противовоспалительным, сосудосуживающим, антиаллергическим и антипролиферативным действиями [5]. Однако отношение к наружному использованию кортикостероидных препаратов в практической деятельности врача-дерматовенеролога не однозначно. Врач-дерматовенеролог сталкивается с явлением «кортикофобии» у пациентов, которая связана, прежде всего, с возникновением побочных эффектов от неправильного применения топических стероидных препаратов, что, в свою очередь, связано с наличием в химической структуре атомов фтора.

В настоящее время современные наружные средства в зависимости от химической структуры входящих в их состав кортикостероидов делят на нефторированные, фторированные и дважды фторированные, а по выраженности терапевтического эффекта их оценивают как слабые, умеренные, сильные и очень сильные. Нефторированные кортикостероидные препараты наружного действия по сравнению с фторированными, как

правило, менее эффективны, но и более безопасны в отношении возможных побочных реакций и осложнений, которые возникают у больных во время кортикостероидной терапии [4, 5]. В последние годы в медицинскую практику внедряются новые, синтетически полученные кортикостероиды, которые не содержат фтора, но при этом сохраняют высокую терапевтическую активность. В этом плане необходимо помнить, что правильный выбор средств, применяемых для местного лечения, зависит от знания и опыта врача. Современные условия диктуют разумный подход к назначению лекарственных средств. Препараты должны отвечать в первую очередь требованиям безопасности, удобства в применении, эффективностью в использовании. Таким образом, при местном использовании стероидсодержащих мазей должна достигаться главная терапевтическая цель – купирование зуда, уменьшение воспалительных явлений в коже.

К числу таких препаратов, удовлетворяющим этим требованиям, относится препарат (крем, мазь) Момат (0,1% мометазона фуроат, Glenmark Pharmaceuticals LTD). В состав препарата в концентрации 0,1% входит действующее вещество – мометазона фуроат. Включение в молекулу кортикостероида фуроатного кольца придает препарату ряд положительных качеств. По сравнению с другими, не содержащими фтор наружными кортикостероидами он обладает высокой терапевтической активностью и, по результатам клинических испытаний, отнесен к классу сильнодействующих препаратов. Мометазона фуроат, который является мощным ингибитором провоспалительных цитокинов, обладает выраженной противозудной активностью, обеспечивает пролонгированное действие препарата, которое сохраняется на месте аппликации в течение 25-30 ч. Это качество позволяет применять препарат Момат однократно в день [5].

В отечественной литературе сведения о результатах лечения больных дерматозами Моматом ограничиваются единичной публикацией и то лишь при атопическом дерматите, нет данных о применении этого препарата при псориазе и экземе, и тем более нет данных о применении в нашей республике, что и послужило предметом данного исследования В настоящем сообщении оценивается терапевтическая эффективность комплексного лечения больных атопическим дерматитом, экземой и псориазом с применением крема и мази Момат.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности противовоспалительного топического кортикостероида – Момат (мометазона фуроат) в лечении хронических дерматозов.

Материал и методы

Исследование проводилось на клинической базе кафедры Алматинского областного кожно-венерологического диспансера. Под наблюдением находилось 45 пациентов (23 мужчины и 22 женщины), страдающих хроническим дерматозом, в возрасте от 17 до 69 лет. Среди них больных атопическим дерматитом было 15 пациентов, 18 больных бляшечным ограниченным и распространенным псориазом и 12 больных с хронической экземой. Согласно утвержденному протоколу исследования в разработку не включались пациенты младше 2-х лет, а также пациенты, получающие системную (глюкокортикостероидами, цитостатиками и др.) и местную топическую терапию, а также увлажняющими местными средствами менее чем за 7 дней до момента включения в исследование. На каждого больного заполнялся унифицированный протокол исследования, в котором оценивалась динамика кожного процесса в ходе лечения. Так же в них отмечали сведения об анамнезе заболевания, особенностях его течения (длительность заболевания, количество обострений в год, длительность обострений, провоцирующие факторы и др.), о предшествующем лечении хронического дерматоза за последний год, сопутствующих заболеваниях, переносимости исследуемых препаратов, побочных эффектах.

Симптомы атопического дерматита, экземы, псориаза (эритема, зуд, папулы, шелушение (сухость), инфильтрация, корочки или мокнущие очаги воспаления) оценивалась до проведения лечения и затем каждые 7 дней в течение 14 дней, в баллах: отсутствие – 0 баллов; невыраженные – 1 балл; умеренные – 2 балла; тяжёлые – 3 балла.

Средства Момат (мазь, крем) назначались больным с хроническими дерматозами дифференцированно, с учетом остроты, характера и локализации кожного процесса, длительности заболевания, возраста пациентов, а также характера предшествующей терапии. Препараты применялись 1 раз в день в течение 14 дней, на фоне комплексного лечения, включающего антигистаминные препараты и десенсибилизирующие средства. Мазь наносили тонким слоем, слегка втирая, на пораженные участки кожи туловища и конечностей в местах с выраженной инфильтрацией, сухостью при хроническом течении процесса, крем – на область лица и шеи при остром или подостром воспалении с явлениями мокнутия, эритемы. Методы мониторинга динамики клинических проявлений на фоне проводимой терапии включали клиническое наблюдение за пациентами и оценку вышеобозначенных основных симптомов заболеваний по разработанным протоколам до лечения, на 7 и 14 сутки лечения. На 14 сутки лечения, в дополнение к оценке симптомов хронических дерматозов, оценивалась эффективность терапии в целом и переносимость препарата. Эффективность терапии оценивалась как значительное улучшение – невыраженные симптомы хронических дерматозов; улучшение – умеренные симптомы хронических дерматозов; отсутствие эффекта – выраженные симптомы хронических дерматозов. Переносимость препаратов оценивалась как очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием программы Excel.

Таблица 1 – **Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)**

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	29	20	4	53
Зуд	38	24	3	65
Папулы	30	22	35	87
Шелушение (сухость)	26	5	33	64
Инфильтрация	30	23	36	89
Корочки или мокнущие очаги воспаления	1	19	2	22
Итого	154	113	113	380

Таблица 2 – **Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)**

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	15	5	2	22
Зуд	20	12	1	33
Папулы	13	10	17	40
Шелушение (сухость)	9	3	15	27
Инфильтрация	14	12	13	39
Корочки или мокнущие очаги воспаления	–	9	-	9
Итого	71	51	48	170

Таблица 3 – **Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)**

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	3	0	0	3
Зуд	7	9	0	16
Папулы	4	3	7	14
Шелушение (сухость)	4	2	8	14
Инфильтрация	12	8	9	29
Корочки или мокнущие очаги воспаления	–	4	-	4
Итого	30	26	24	80

Таблица 4 – **Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)**

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	0	0	0	0
Зуд	0	1	0	1
Папулы	0	0	0	0
Шелушение (сухость)	2	0	1	3
Инфильтрация	0			0
Корочки или мокнущие очаги воспаления	0	0	0	0
Итого	2	1	1	4

Результаты и обсуждение

Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов рассматриваемых дерматозов до лечения представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, между группами больных с экземой и псориазом степень выраженности клинических проявлений до начала лечения разница была одинаковой, сумма баллов в каждой из этих групп больных составила 113. Важно подчеркнуть, что папулы и инфильтрация являлись основными симптомами заболевания (сумма баллов данных основных симптомов составила: 22 и 35, 23 и 36, соответственно), что еще больше свидетельствует о хроническом процессе этих дерматозов.

Сравнительная характеристика клинической выраженности рассматриваемых дерматозов на 7 сутки лечения представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, уже на 7 сутки лечения, т.е. через неделю лечения мазью и кремом Момат, соответственно, отмечалось достоверное улучшение клинических проявлений заболевания ($p<0,05$). Если до начала лечения суммарная оценка клинической выраженности заболевания во всех группах больных составляла 380 баллов, то через неделю выраженность проявлений основных симптомов заболеваний, представленных в баллах, снизилась до 170 баллов ($p<0,05$).

Сравнительная характеристика клинической выраженности дерматозов на 14 сутки лечения представлена в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, на 14 день лечения отмечается дальнейшее улучшение выраженности симптоматики заболевания. Практически исчезли такие проявления, как эритема, зуд, корочки, уплостились папулы и другие важные проявления данного заболевания. Если в начале заболевания суммарная оценка симптоматики, представленной в баллах, составила 380 баллов, то на 3-м визите – 80 баллов.

Сравнительная характеристика клинической выраженности рассматриваемых дерматозов на 21 сутки лечения представлена в таблице 4

Последующий анализ динамики клинических симптомов показал, что к концу лечения, т.е. на 21-й день лечения, каких-либо клинических проявлений практически не наблюдалось, а суммарная оценка составила 4 балла. Эффективность лечения в группах больных составила следующее: значительное улучшение (невыраженные симптомы заболеваний) в группе больных экземой и псориазом – 31,1% и у 36,8% больных, соответственно, то есть 67,9% в целом; улучшение (умеренно выраженные симптомы) было у 32,1% больных с атопическим дерматитом. Переносимость лечения мазью и кремом Момат в целом была хорошая, побочных явлений, в том числе аллергических реакций, не наблюдалось.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования по изучению эффективности крема, мази Момат отмечены хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата.

Рациональная терапия препаратом Момат больных с хроническими дерматозами позволяет добиться клинической эффективности и, тем самым, значительно улучшить качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кубанова А.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. – Москва, 2007. – С. 13-23

2 Гребенюк В.Н., Торопова Н.П., Кулагин В.И. Российский съезд дерматологов и венерологов. – Казань, 1996. – С. 4-5

3 Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. – Москва, 2009. – С. 78-83

4 Шахтмейстер И.Я., Шимановский Н.Л. Проблемы совершенствования фармакотерапии воспалительных и аллергических дерматозов с помощью наружных лекарственных средств глюкокортикоидной природы // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – №2. – С. 27-30

5 Catz H.J., Prawer S.E., Watson M.J. et al. Mometasone furoat ointment 0,1% in psoriasis // J. Dermat., 2003, 28, 342-345

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.К. АСҚАРОВА, Б.М. МҰКАНОВ, С.А. ИСАКОВ

Алматы Мемлекеттік дәрігерлердің білімін жетілдіру институты,
Алматы облыстық тері-венерологиялық диспансері

СОЗЫЛМАЛЫ ДЕРМАТОЗДАРДЫҢ СЫРТҚЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЖАҢА МҮМКІНДІКТЕРІ

Осылайша, Момат кремінің, жақпасының тиімділігін зерттеу бойынша жүргізілген зерттеудің нәтижесінде жақсы клиникалық тиімділік және препаратқа төзу қабілеттілігі байқалды. Момат препаратын пайдаланып, созылмалы дермотозбен ауыратын науқастарға жүргізген ұтымды терапия, клиникалық тиімділікке қол жеткізуге мүмкіндік береді және осы арқылы өмір сапасын айтарлықтай жақсартады.

S U M M A R Y

G.K. ASKAROV, B.M. MUKANOV, S.A. ISAKOV

Almaty State Institute of Advanced Medical
Almaty Regional Skin and Venereal
Diseases Dispensary

NEW OPPORTUNITIES OF THE EXTERNAL THERAPY OF CHRONIC DERMATOSES

As a results of a study on the cream and ointment Momat effectiveness the good clinical efficacy and tolerability were demonstrated. Rational drug therapy of patients with chronic dermatoses with Momat preparation achieves clinical efficacy and, thus, significantly improve the quality of life.

УДК 616.28-002-085:615.33

Б.С. АЛИМОВ

Городская поликлиника №17, г. Алматы

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОТИТА

Среди общего числа лиц с патологией ЛОР–органов острый средний отит (ОСО) диагностируется в 20–30% случаев. Течение острого отита в одних случаях легкое, в других – тяжелое и затяжное с переходом в хроническую форму. В данной статье будет идти речь не только о наружном и среднем отите, но и об остром и хроническом процессах в этих отделах уха, а также антибиотикотерапия в лечении острого и хронического отита.

Ключевые слова: *острый и хронический отит, антибиотики, рациональная терапия.*

К сожалению, в настоящее время наряду с успехами фармакотерапии в обществе произошли такие социальные изменения, которые во многом снижают эффективность применения новейших препаратов, способных не только сократить длительность острого заболевания уха, но и предупредить переход его в подострый и хронический процесс. Имеется в виду прежде всего отсутствие прежней возможности проведения всеобщей диспансеризации больных с заболеваниями уха.

Снижение уровня благосостояния населения, качества жизни, рост инфекционных заболеваний существенно затрудняют оказание соответствующей помощи больным с воспалением среднего уха, особенно хроническим.

Микробиологическая диагностика средних отитов основана на бактериологическом исследовании содержимого среднего уха, полученного при парацентезе или тимпанопункции. Исследования, проведенные в России, США, Европе и Японии, показали, что самым распространенным возбудителем ОСО является S. pneumoniae, на втором месте – нетипируемые штаммы H. influenzae, на третьем месте – M. catarrhalis. Менее чем 10% ОСО вызываются другими микроорганизмами, например, стрептококками группы А и S. aureus. Неясно значение вирусов, которые при некоторых исследованиях выделяют как единственный возбудитель в 6% случаев. В последнее время появились первые сообщения о выделении Chlamydiapneumoniae. Этиология ОСО не может быть установлена по клинической картине, однако следует отметить, что пневмококковый ОСО обычно протекает тяжелее, чаще приводит к развитию осложнений и не склонен к саморазрешению.

Острый средний отит является заболеванием с достаточно четко выраженной стадийностью течения. Большинство авторов выделяют 3 стадии (фазы): катаральную, гнойную и репаративную. Антибиотики при остром среднем отите необходимо назначать в случаях, когда принимаемые меры (анемизация слизистой оболочки полости носа, носоглотки; согревающий компресс на область сосцевидного отростка; анальгетики и пр.) не купируют процесса – продолжается боль в ухе, снижается слух, держится повышенная температура тела, ухудшается общее состояние больного. Обычно острый средний катаральный отит при благоприятном течении заканчивается к 4–5-му дню. После возникновения перфорации или создания ее искусственным путем

(тимпанопункция, парацентез) появляется возможность выявить флору и определить ее чувствительность к антибиотикам. Но и до прободения барабанной перепонки иногда приходится назначать антибиотики широкого спектра действия с учетом наиболее часто встречающейся флоры при остром среднем отите:

• Амоксициллин по 1 капсуле 3 раза в день с обильным питьем через 2 ч после еды, курс 7–10 дней.

• Ампициллина тригидрат внутрь по 1 таблетке или капсуле (взрослым 250–1000 мг, детям 125–500 мг) 4 раза в день в течение 5 дней.

• Феноксиметилпенициллин внутрь по 3 таблетки в день, детям до 14 лет 50–60 тыс. ЕД на 1 кг массы тела в день.

• Спирамицин 6–9 млн МЕ, т.е. 2–3 таблетки.

• Азитромицин внутрь за 1 ч до еды 1 раз в день по 500 мг в течение 3 дней. Детям по 1 таблетке 125 мг 1 раз в день.

• Цефазолин в инъекциях внутримышечно в растворе прокаина. Флакон содержит 0,25–0,5 или 1 г порошка для разведения. В течение 7 дней по 1–4 раза в сутки.

• Ципрофлоксацин по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней.

Хронический средний отит

Лечение больных хроническим гнойным средним отитом обязательно подразумевает применение различных антибиотиков, так как при хроническом воспалении среднего уха может быть выделена полифлора или даже меняющаяся в ходе длительного лечения флора. Особые трудности врач встречает при наличии в гнойном отделяемом протея, синегнойной палочки. В этих случаях лечение может длиться месяцами и даже годами. При хроническом отите применение антибиотиков перорально или парентерально показано только в случаях обострения процесса в среднем ухе или в послеоперационной полости, если пациенту была выполнена санирующая операция на ухе. В основном антибиотики при хроническом среднем отите приходится применять в виде капель, промывных жидкостей, мазей. Необходимо не только ликвидировать выявленную флору, но и добиться репарации нарушенной воспалением слизистой оболочки, что бывает связано с необходимостью иммунокоррекции. Доказано, что наряду с противовоспалительной терапией необходимо проведение дезинтоксикационной терапии, поскольку уровень средних молекулярных пептидов плазмы крови коррелирует со степенью выраженности интоксикации.

Из арсенала антибиотиков, применяемых при хроническом гнойном среднем отите, его обострениях, можно использовать препараты из списка, приведенного выше. Добавлением к нему может быть перечень антибиотиков, которые оказывают влияние на протей, синегнойную и кишечную палочки:

• Ципрофлоксацин внутрь 125–500 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

• Хлорамфеникол (спиртовой раствор: в 100 мл содержится 0,25 левомицетина) для закапывания в ухо при выявленном протее, кишечной палочке, сальмонелле, бактериях, устойчивых к пенициллину, стрептомицину.

• Нетилмицин используется для инъекций при процессе в ухе, поддерживаемом грамотрицательными микроорганизмами. Применяется по 4 мг в день равными порциями 2 раза в сутки.

Выводы

Таким образом, арсенал антибиотиков, которые оказывают весьма эффективное действие при лечении больных острым средним гнойным отитом, достаточен, и к концу недели после начала лечения наступает почти полная ремиссия – прекращается боль в ухе, отсутствуют выделения из слухового прохода. Однако критерием полного выздоровления считается восстановление слуха, для чего следует использовать широкий спектр мер, не связанных с борьбой с воспалением в ухе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Froom J, Culpepper L, Grob P et al. // Br Med J 1990; 300: 582–6

2 Klein JO // Pediatr Infect Dis 1993;12:973–975

3 Pichichero ME, Pichichero CL // Pediatr Infect Dis J 1995; 14: 178-83

4 Каманин Е.И., Егорова О.А. Острый средний отит у детей: клиническое значение и антибактериальная терапия // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2000; 2 (2): – С. 57-62

5 Каманин Е.И., Стецюк О.У. В кн.: Л.С. Страчунский (ред.) Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – М.: 2002. – С. 211-9

6 Пальчун В.Т., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. и др. // Вестн. оторинол. – 1997; 6: 7-11

7 Тарасов Д.И., Федорова У.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988

8 Янов Ю.К., Рязанцев С.В. // Consilium medicum. – 2005. – Том 7, №4. – С. 323

9 ММА имени И.М. Сеченова http://www.rmj.ru/articles_1646.htm

10 http://lorclinics.ru/332-antibiotiki-pri-otite.html

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Б.С. ӘЛІМОВ

№17 қалалық емханасы. Алматы қ.

ОТИТТІ ЕМДЕУДЕГІ ҰТЫМДЫ АНТИБИОТИКТІК ТЕРАПИЯ

Барабар жүйелі бактерияға қарсы терапия тағайындау, әдетте, науқастың хал-жағдайының жылдам (24-48 сағ.) жақсаруына, дене температурасының қалыпқа түсуіне, жалпы ми симптоматикасының жойылуына және т.с.с. әкеледі (әйтпесе, әдетте бактерияға қарсы препаратты ауыстыру қажет болады). Есту қабілетінің төмендеуі және құлақтың бітіп қалу сезімі, басқа клиникалық белгілердің толық жойылғаннан кейін де, 2 апта бойы сақталуы мүмкін және ол өздігінен бактерияға қарсы препаратты қабылдауды жалғастыруды қажет етпейді.

S U M M A R Y

B.S. ALIMOV

City polyclinic No.17, Almaty c.

RATIONAL ANTIBIOTIC THERAPY IN THE TREATMENT OF OTITIS

The prescription of an adequate systemic antibacterial therapy, usually leads to the rapid (24-48 hours) improvement of the patient's feeling, the normalization of body temperature, the disappearance of cerebral symptoms, etc. (if not, the change of the antibacterial drug is usually required). Hearing impairment and feeling of stuffiness in ear can remain up to 2 weeks after the complete disappearance of other clinical symptoms and do not in themselves require further antibacterial therapy.

УДК 616.216.-002.154

Х.Ж. ИСИРГЕПОВА
Городская клиническая поликлиника №12, г. Алматы

ХАРАКТЕР И ДИНАМИКА ВЫДЕЛЕНИЙ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

В данной статье автор затрагивает проблему хронического и острого гайморита, где придает важное значение характеру и динамике выделений из пазух носа. Было проведено исследование 144 больных острыми и 57 больных хроническими гайморитами, где тщательно изучали общий и аллергологический анамнез, а также проводились клинико-инструментальные обследования больных.

Наибольшее количество выделений из пазух отмечается при гнойных и катаральных, наименьшее – при полипозных и кистозных гайморитах.

Ключевые слова: *гнойный экссудат, хронический гнойный гайморит, кистозный гайморит, лечебные пункции пазухи.*

Одним из достоверных признаков воспаления гайморовой пазухи являются выделения из носа, которые встречаются у 61-85% больных. Изучая характер выделений, получили разные данные о наличии гнойных, слизистых, серозных, сукровичных и других видов выделений при различных формах гайморитов. Однако в литературе мало сведений о продолжительности выделений в зависимости от форм этого заболевания. Изучались количество выделений по данным анамнеза, при риноскопии и пункции, а также характер, динамика и длительность выделения при разных формах острого и хронического гайморита.

Нами обследовано 144 больных острыми и 57 больных хроническими гайморитами. У каждого больного тщательно изучали общий и аллергологический анамнез, а также проводились клинико-инструментальные обследования больных (риноскопия, рентгенологическое исследование околоносовых пазух и их диагностическая пункция, бактериологическое исследование гнойного выделения из пазухи). Пункции пазух носа производили по возможности в первые дни заболевания. При проведении местной терапии (т.е. вводимые в полости носа) гормональными препаратами, протеолитическими ферментами, диоксидином отмечалось более ускоренный процесс выздоравливания больных.

При наличии гнойного экссудата, выявленного в результате проведенной пункции пазух, проводили повторные лечебные пункции пазух или устанавливали катетер в пазухи для ежедневного промывания с целью эвакуации патологического секрета из околоносовых пазух.

У 9 больных с острым катаральным гайморитом отмечались водянистые желтоватые выделения из пазух, прекративших лечение через 3-4 дня. У 19 больных через 2-3 дня выделения из пазух были со слизью, через 5-6 дней прекращались.

При острых гнойных гайморитах в первые дни выделения из пазух жидкие и гнойные, через 8 дней выделения постепенно прекращались. Но при хронических гнойных гайморитах было отмечено, что длительность заболевания более длительная от нескольких месяцев до нескольких лет.

У 24 больных гнойные жидкие выделения из пазух имели место преимущественно во время обострения процесса и обычно с продолжительностью около 2-х недель. А у 11 больных отмечались постоянные непрекращающиеся гнойные выделения из пазух, несмотря на проводимую терапию.

Было отмечено, что больные с хроническим аллергическим гайморитом предъявляли жалобы на приступообразные светлые водянистые выделения из пазухи, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, по нескольку раз в день в период от 2-3 дней до 1-1,5 недели. У данных больных заболевание имело рецидивирующее течение и особенно в холодное время года.

У больных с хроническим полипозным гайморитом отмечались выделения из пазухи при обострении и заканчивались через 1,5 недели. Было отмечено, что у данных больных с гнойными выделениями из пазухи и после лечебной пункции по-прежнему определялся гнойный секрет. Таким образом, лечебные пункции пазухи с введением лекарственных препаратов приводили к временному улучшению.

При кистозных гайморитах кистозные образования выявлялись случайно во время или после окончания воспалительного процесса в пазухе.

Антибактериальная терапия у больных с гнойным гайморитом проводилась с амоксициллин/клавуланатом (Аугментин) в дозе 875/125 мг х 2 раза в день в течение 7 дней.

Выбор был сделан на основании руководств, содержащих стандарты выбора антибиотика, которые основаны на многочисленных контролируемых исследованиях. Обычно такие исследования демонстрируют примерно одинаковую клиническую эффективность различных антибиотиков, хотя сравниваемые препараты существенно различаются по уровню активности в отношении наиболее типичных возбудителей заболевания. Данные литературы по антибиотикотерапии хронического бактериального гайморита свидетельствуют, что антибиотики были более эффективны, чем плацебо, кроме того, значительно снижают риск наступления рецидивов и тяжелых осложнений заболевания, что немаловажно. Оптимальным путем назначения антибиотика, безусловно, является выбор препарата по результатам проведенного бактериологического исследования с оценкой чувствительности микроорганизма к химиопрепаратам. Однако, в рутинной практике этот подход малоприменим из-за длительности его осуществления, поэтому врачи чаще назначают антибиотик эмпирически.

При среднетяжелом течении заболевания препаратами выбора являются пероральные b-лактамные антибиотики из группы пенициллинов и цефалоспорины II–III поколений, фторхинолоны: амоксициллин/клавуланат, цефуроксим–аксетил, цефаклор, левофлоксацин, спарфлоксацин. Благодаря высокой эффективности и низкой токсичности пенициллины и цефалоспорины занимают одно из первых мест по частоте клинического использования среди всех антибиотиков.

В частности, амоксициллин/клавуланат (Аугментин), по данным многочисленных исследований, демонстрирует высокий процент эрадикации возбудителя и хорошую переносимость как у взрослых, так и у детей.

Оба компонента препарата хорошо всасываются после приема внутрь вне зависимости от приема пищи. Препарат характеризуется хорошим объемом распределения в жидкостях и тканях организма, проникая в том числе в секрет придаточных пазух носа.

Одной из проблем, ограничивающей использование форм амоксициллина/клавуланата, является высокая частота нежелательной реакции в виде антибиотикоассоциированной диареи. Так, по имеющимся данным, при соотношении амоксициллина и клавуланата 4:1 диарея встречается в педиатрической практике в 18–20% случаев применения, а у взрослых – в 12–16% [1]. Основной причиной диарейного синдрома является непосредственное стимулирующее влияние клавулановой кислоты и ее метаболитов на перистальтику кишечника, т.е. усиление моторики кишечника. Гиперкинетическая диарея у большинства пациентов появляется во время лечения, а не спустя несколько дней после прекращения приема антибиотика, как обычно бывает на фоне изменения состава и количества нормальной кишечной микрофлоры во время терапии другими антибиотиками. Важно понимать, что, если диарея развивается в первые несколько дней приема антибиотика, причиной ее вряд ли могут быть изменения микрофлоры, поскольку они не успеют развиться [1].

Поэтому всем пациентам назначалась форма Аугментина по 1 г с дозами амоксициллина 875 и клавуланата 125 мг. Аугментин с соотношением 7:1 назначается 2 раза в день (с соотношением 3:1 назначаются 3 раза в день) и имеет лучшую переносимость в связи с практическим отсутствием гиперкинетической диареи.

На фоне лечения Аугментином достигнуто клиническое выздоровление у всех пациентов. Наблюдались 2 случая диареи, которые начались на 3 и 4 дни и быстро прекратились после завершения полного курса приема антибиотика.

Выводы

При воспалении гайморовых пазух наиболее часто выделения появляются при диагностических пункциях пазух (85%), реже при риноскопии (56%). В начале заболевания данные выделения из пазух обычно жидкие, затем с примесью слизи, а к концу заболевания приобретают слизистый характер. Выделения из пазух продолжаются от нескольких минут до нескольких часов при аллергическом, от нескольких дней до 1,5-2 недель при острых и до многих месяцев при хронических гайморитах.

Наибольшее количество выделений из пазух отмечается при гнойных и катаральных, наименьшее – при полипозных и кистозных гайморитах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Костюкевич О.И. Антибиотикоассоциированная диарея: мифы и реальность // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 7

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Х.Ж. ЕСІРКЕПОВА

№12 қалалық клиникалық емхана, Алматы қ.

ГАЙМОР ҚУЫСЫНЫҢ ҚАБЫНУЫ КЕЗІНДЕГІ САРЫ СУДЫҢ СИПАТЫ МЕН ДИНАМИКАСЫ

Гаймор қуысының қабынуының шынайы белгілердің біріне мұрыннан сары судың бөлінуі жатады, ол науқастардың 61-85% кездеседі. Гайморитің әр түрлі формаларындағы ірінді, сілекейлі, ұйымалы және басқа түрлі сары сулардың бөлінуі туралы әдебиет көп, бірақ осы аурудың формасына байланысты сары сулардың ұзақтығы туралы мәліметтер аз.

Зерттеудің мақсаты – анамнез деректері бойынша, риноскопия және пункция кезінде, сары судың көлемін, сипатын, динамикасын және асқынған және созылмалы гайморитің әр түрлі формалары кезіндегі сары судың бөлінуінің ұзақтығын зерттеу.

Гайморитің асқынған түрімен ауыратын 144 науқас және созылмалы түрімен ауыратын 57 науқас зерттелген.

Гаймор қуысының асқынуы кезінде сары су қуыстың диагностикалық пункциясы кезінде жиірек (85%), риноскопия кезінде (56%) сирегірек бөлінеді. Аурудың басында қуыстан бөлінетін сары сулар әдетте сұйық, артынан сілекеймен араласып, ал аурудың соңында сілекейлі сипатқа ие болады. Қуыстардан бөлінетін сары сулар алергиялық гайморит кезінде бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін, асқынған және созылмалы гайморит кезінде бірнеше күннен 1,5-5 аптаға дейін, кейде бірнеше айға дейін созылады.

Қуыстардан бөлінетін сары судың ең көп бөлінуі ірінді және катарлдық гайморитте, ал ең аз бөлінуі – полипоздық және кистоздық гайморитте белгіленіледі.

Ірінді гайморит бар науқастардағы бактерияға қарсы терапия 7 күн ішінде күніне 2 мезгіл 875/125 мг мөлшердегі амоксициллин/клавуланатпен (Аугментин) жүргізілді. Көптеген зерттеулердің деректері бойынша, Амоксициллин/клавуланат (Аугментин) қоздырғыш эрадикациясының жоғарғы пайызы мен үлкендерде де, балаларда да жақсы қабылданушылықты көрсетеді.

S U M M A R Y

H. Zh. ISIRGEPOVA

Municipal clinical out-patient hospital №12, Almaty c.

THE NATURE AND THE TIME COURSE OF SECRETIONS IN PATIENTS WITH MAXILLARY SINUSITIS

Nasal secretion is one of the reliable signs of maxillary sinusitis seen in 61-85% of patients. The considerable amount of literature data describes purulent, mucous, serous and other types of secretions in different forms of maxillary sinusitis but there are few data on duration of those secretions across different forms of the disease.

The study objective was to evaluate the quantity of the secretion using medical history, hinoscopy and puncture data and also the nature, the time course and the duration of the secretion in different forms of acute and chronic maxillary sinusitis.

144 patients with acute form of maxillary sinusitis and 57 patients with chronic form of maxillary sinusitis were investigated.

In maxillary sinusitis secretions are commonly found during sinus exploratory puncture (85%) and with lower incidence during rhinoscopy (56%). In the beginning of the disease the secretion is usually watery, then watery mixed with mucous and the secretions become mucous to the end of the disease. Sinus secretion lasts from several minutes to several hours in patients with allergic rhinitis and from several days to 1,5 or 2 weeks in patients with acute maxillary sinusitis and to a lot of months in patients with chronic maxillary sinusitis.

The greatest quantity of sinus secretion is seen in patients with purulent and catarrhal maxillary sinusitis and the lowest quantity is seen in patients with polypous and cystous maxillary sinusitis.

Patients with purulent maxillary sinusitis received antibiotic treatment doses of amoxicilline/clavulanic acid (Augmentin) 875/125 mg twice daily (BID) during 7 days. According to numerous studies data amoxicilline/clavulanic acid (Augmentin) demonstrates a high rate of a pathogenic agent and a good tolerance both in adults and pediatric patients.

CIS/CAM/0040/13

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

УДК 616.633.937-08-053.31

О.Б. ВАГИНА
Родильный дом, г. Рудный

КОНЪЮГИРОВАННЫЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

В статье представлено клиническое наблюдение 25 новорожденных с синдромом неонатального холестаза. Проанализированы этиология, клиника, результаты лабораторного обследования заболевания и катамнез детей с неонатальным холестазом. Освещены вопросы дифференциальной диагностики синдрома.

Ключевые слова: *новорожденные, неонатальный холестаз, клиническое наблюдение.*

Желтуха – симптом, который очень часто встречается у новорожденных детей. Перед неонатологами и педиатрами ежедневно возникают проблемы диагностики и лечения неонатальных гипербилирубинемий (ГБ). Очень серьезными у новорожденных бывают последствия не только непрямой ГБ, но и синдрома неонатального холестаза (НХ), который сопровождается повышением прямой фракции билирубина и приводит в тяжелых случаях к циррозу печени, печеночной недостаточности и смерти ребенка в раннем возрасте [1, 2]. В связи с этим вопросы дифференциальной диагностики причин конъюгированной ГБ и адекватное лечение, включая своевременную коррекцию аномалий желчных путей, имеют большое практическое значение. Повышение билирубина в сыворотке новорожденных с долей прямой фракции 20 и более процентов и наличие желчных пигментов в моче всегда являются патологическим явлением, даже если общий уровень билирубина не превышает 80 мкмоль/л. Такое положение определяют как синдром гепатита новорожденных [3]. Клинически приходится дифференцировать между следующими причинами прямой ГБ: гепатоцеллюлярные заболевания при нормальных желчных протоках, включающие в себя: токсическое поражение, инфекционное поражение, метаболические поражения; чрезмерная нагрузка билирубином; обструкция оттока желчи [4, 5].

Цель исследования – проанализировать этиологию и клинические проявления конъюгированной ГБ, катамнез новорожденных с НХ.

Материал и методы

Ретроспективно изучались истории болезней 25 младенцев с синдромом НХ, возраст которых составлял от 1 до 27 суток. Заболевание во всех случаях начиналось в раннем неонатальном периоде. Гестационный возраст детей при рождении составлял от 25 до 39 недель, масса тела – 1150-3400 г. Гепатоцеллюлярные заболевания (гепатит) диагностированы у 20 детей. Синдром сгущения желчи на фоне переносимой гемолитической болезни новорожденных (ГБН) – у 1 ребенка. Обструкция желчных путей выявлена у 4 детей, в т.ч. в 1 случае имели место явления гепатита и атрезии желчных путей.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа установлено, что этиологические факторы, вызвавшие развитие гепатита у новорожденных, были разнообразны. Среди инфекционных возбудителей, характерных для перинатального периода, выявлены цитомегаловирус (7 новорожденных), токсоплазма (1 ребенок), вирус Herpes simplex (у 2 детей), вирус Эпштейна-Барра (1), Luis у матерей 2 детей, а также Esherihia coli, стафилококк у новорожденных с сепсисом. Среди неинфекционных причин развития гепатита были галактоземия, гемангиома печени, киста холедоха (по 1 случаю), токсическое поражение печени после перенесенной ГБН с заменным переливанием крови (2 случая). Максимальный уровень общего билирубина достигал 670 мкмоль/л, а прямой фракции 438 мкмоль/л. Максимальный уровень активности АлАТ 140 МЕ/л, АсАТ – 147 МЕ/л. Основной клинический диагноз подтверждался клиническими, биохимическими, иммунологическими и инструментальными исследованиями.

Новорожденным, помимо лечения НХ, проводилась специфическая терапия основного процесса, приведшего к прямой ГБ. Трем детям с билиарной обструкцией произведена хирургическая коррекция, 1 ребенок 17-дневного возраста не подвергался хирургическому вмешательству в связи с внутрипеченочной локализацией обтурации. Летальный исход был у четверых детей: 2 – с гепатитом, обусловленным врожденным цитомегаловирусом, 1 ребенок – с тяжелым септическим процессом, вызванным Esherihia coli, и 1 – с неоперированной внутрипеченочной атрезией.

Из катамнестического анамнеза известно, что 16 детей находятся в удовлетворительном состоянии. Один ребенок с атрезией, прооперированный поздно в связи с несвоевременной диагностикой процесса, умер в отдаленном послеоперационном периоде (цирроз печени). Четверо детей в катамнезе не проявляли значительных проблем, но не были детально обследованы.

Как следует из приведенных данных, причин конъюгированной ГБ много и они требуют различного терапевтического подхода. Что касается облитерирующего процесса, существуют данные, свидетельствующие о том, что он начинается в нормально сформированных желчных ходах и приводит в дальнейшем к их обструкции. Внепеченочные и внутрипеченочные желчные ходы могут быть проходимыми после рождения и в первые недели жизни, облитерированными становятся позже. Чем дольше присутствует атрезия желчных ходов, тем больше вероятность того, что внутрипеченочные желчные ходы облитерируются и приведут к необратимым изменениям [2, 3, 4].

Фактор своевременного обследования и своевременного патогенетически обоснованного лечения синдрома НХ имеет решающее значение для благоприятного прогноза [1, 2]. Следовательно, актуальными являются соблюдение рекомендаций по наблюдению детей с синдромом неонатального гепатита (холестаза) в модификации A.P. Mowat. Ребенок с ГБ должен быть под пристальным наблюдением участкового педиатра до исчезновения желтухи, чтобы своевременно диагностировать патологическую ГБ и не упустить сроки для успешного хирургического вмешательства. Всем новорожденным с желтухой после 14-го дня жизни необходимо определять общий билирубин и его фракции в сыворотке и желчные пигменты в моче. При повышенном содержании прямой фракции ребенка необходимо госпитализировать для срочного обследования. При наличии обесцвеченного стула ребенок должен быть направлен в стационар для исключения или лечения билиарной атрезии.

Таким образом, учитывая тот факт, что терапевтиче-

ская тактика напрямую зависит от этиологии процесса, вопросы раннего выявления, дифференциальной диагностики причин конъюгированной ГБ и адекватное лечение, включая своевременную коррекцию аномалий желчных путей, имеют большое прогностическое значение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Неонатология: Российское национальное руководство. Под ред. Шабалов Н.П. и др. – М.: МЕДпресс, 2007. – 420 с.

2 Волянюк Е.В., Кузнецова А.В. Тактика педиатра при неонатальной желтухе // Практическая медицина. – 2009. – № 39. – С. 13-15

3 Аверьянова И.И., Мехрякова И.А. Основные причины неонатальной гипербилирубинемии у доношенных новорожденных // Пермский медицинский журнал. – 2007. – Т. 24. – № 04. – С. 13-16

4 Bromiker R, Bin-Nun A, Schimmel MS, Hammerman C, Kaplan M. Neonatal hyperbilirubinemia in the low-intermediate-risk category on the bilirubin nomogram // Pediatrics. 2012 Sep;130(3):e470-5

5 Brumbaugh D, Mack C. Conjugated hyperbilirubinemia in children // Pediatr Rev. 2012 Jul;33(7):291-302

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

О.Б. ВАГИНА

Босану үйі, Рудный қ.

ӘСЕР ЕТІЛГЕН ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯЛАР БАС ЖАҢА ТУҒАНДАРДЫҢ

Мақсат – этиологиялық факторлар, клиникалық әсер етулерді талдасын және жаңа құрсақта холестазбен туған гипербилирубинемиялар, катамнезі әсер етілген күйінденің терапевтиялық тактиканы. Материал және әдістер: жасы тәулікті 1мен 27мен аралығындағы құраған 25 бөбектер аурудың тарихтар зерттеді. Зерттеу нәтижелер: терапевтиялық тактика әсер етілген гипербилирубинемияның дифференциалды диагностика причины процестің этиологиясы, ерте анықтау, сұрақтары тікелей бағынышты болады және адекватты ем, аномалиялардың дер кезінде түзетуін қоса өт бекітуірек, үлкен прогностиялық мағына ие болады.

S U M M A R Y

O.B. VAGINA

Maternity home, Rudnyi c.

CONJUGATING HYPERBILIRUBINEMIAS AT NEWB ORNS

The purpose – to analyses etiological factors, clinical implications and therapeutic tactics at the conjugated hyperbilirubinemia, and also a catamnesis of newborns with a neonatal cholestasis. Materials and methods: stories of illnesses of 25 babies which age made from 1 to 27 days were studied. Results of research: therapeutic tactics directly depends on a process etiology, questions of early identification, differential diagnostics of the reasons of the conjugated hyperbilirubinemia and adequate treatment, including well-timed correction of anomalies of cholic ways, have great prognostic value.

УДК 616.15-008.815:615.273.52

О.Н. ДУДНИК

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ФАКТОР ВИЛЛЕБРАНДА, ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА У ДЕТЕЙ

Болезнь фон Виллебранда – это общая геморрагическая патология. Распространенность среди населения 1-2% в популяции. Цель исследования: определить наиболее эффективное лекарство для лечения болезни фон Виллебранда у детей.

Лечение пациентам с БВ назначается после установления диагноза и при наличии геморрагических проявлений. Основным принципом лечения является проведение адекватной заместительной гемостатической терапии факторами свертывания крови VIII, содержащими VWF, позволяющей восполнить дефицит фактора в плазме и повысить адгезивно/агрегационные свойства тромбоцитов до необходимого уровня. Среди всех препаратов с высоким содержанием фактора VW следует отметить препарат Вилате (Octapharma).

Во всех случаях лечения препаратом Вилате наблюдается положительная динамика при кожно-гемаррогическом синдроме, при носовых кровотечениях, а также при других проявлениях болезни фон Виллебранда, что позволяет рекомендовать препарат Вилате как препарат выбора для лечения по требованию и профилактического лечения больных, страдающих болезнью фон Виллебранда. Длительность и дозирование устанавливаются с учетом лабораторных и клинических данных.

Ключевые слова: *болезнь Виллебранда, дети, фактор свертывания крови VIII, фактор Виллебранда.*

Болезнь Виллебранда (БВ) – геморрагическое заболевание, являющееся следствием качественных или количественных нарушений фактора Виллебранда (vWF) [1]. Причиной наследственной БВ является мутация гена фактора Виллебранда [2]. Синтез vWF происходит в эндотелии сосудистой стенки (75-85%) и в мегакариоцитах (15-25%) [3].

К настоящему времени показано, что наследственная БВ является наиболее распространенным геморрагическим заболеванием. Распространенность заболевания в популяции составляет 1-2% [4]. В Казахстане зарегистрировано 45 детей с БВ. Болезнью Виллебранда болеют лица как мужского, так и женского пола.

Болезнь Виллебранда наследуется по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу [5]. Выделяют 3 основных типа БВ: 1 тип – частичный количественный дефицит vWF (около 63% больных), 2 тип – различные качественные дефекты vWF (32%), 3 тип – полный количественный дефект vWF, встречающийся примерно в 5% случаев, и самый тяжелый по

течению [6]. Знание типов БВ важно для определения лечебной тактики.

Основными клиническими проявлениями БВ является повышенная кровоточивость при травмах или патологических процессах [2]. При БВ страдает функция остановки кровотечения, поэтому характерны первичные кровотечения, начинающиеся сразу после травмы. Наиболее характерным и специфичным симптомом БВ являются кровотечения из слизистых полости носа, рта, внутренних органов. Симптомы кровоточивости варьируют от умеренно выраженных до крайне тяжелых и протекают по микроциркуляторному типу. При БВ геморрагический синдром проявляется не всегда, и периоды повышенной кровоточивости чередуются с периодами практически полного отсутствия кровотечений [5].

Подозрение на БВ и необходимость ее диагностики возникают при длительном кровотечении любой локализации [3]. Основополагающим для диагностики БВ является наличие в анамнезе геморрагическоих проявлений с преобладанием кровотечений из слизистых, положительный семейный анамнез, наличие кровоточивости у лиц обоего поля [6]. В основе диагностики БВ лежит определение уровня vWF, прокоагулянтной активности фактора свертывания крови VIII, агрегации тромбоцитов, индуцированной ристоцетином.

Лечение при БВ назначается после установления диагноза, при наличии геморрагических проявлений [4]. При выборе методов лечения следует учитывать тип БВ. Так, при 1 типе БВ препаратом выбора является десмопрессин. При 3 типе БВ – это препараты, содержащие фактор свертывания крови VIII и vWF [5, 6].

При невозможности определить тип болезни Виллебранда препаратами выбора являются препараты фактора свертывания крови VIII, содержащие vWF и позволяющие восполнить дефицит этого фактора в плазме, а также повысить адгезивно-агрегационные функции тромбоцитов (препарат Вилате). В лечении БВ также используются концентраты фактора свертывания крови VIII (Октанат и др.) [4, 5], Оба этих препарата зарегистрированы на территории Республики Казахстан.

Среди препаратов следует особо выделить Вилате, разработанный специально для лечения БВ. Отличительной особенностью этого препарата является высокое содержание vWF по отношению к фактору свертывания крови VIII (0,9:1). Показанием для назначения Вилате являются лечение и профилактика кровотечений при БВ, гемофилии А. Доза препарата зависит от характера кровоточивости и в среднем составляет 20-25 МЕ/кг при профилактическом применении и от 20 до 70МЕ/кг при лечении кровотечений, а также при хирургических вмешательствах.

Цель нашего исследования – определение наиболее эффективного препарата для лечения БВ у детей.

Материал и методы

За период с августа 2010 по август 2012 гг. в отделении гематоонкологии Национального научного центра материнства и детства г. Астаны с диагнозом: Болезнь Виллебранда наблюдались пятеро детей, четверо из которых были девочки, один – мальчик. Возраст пациентов – от 7 до13 лет.

Для диагностики БВ использовались скрининговые тесты: время кровотечения, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время (ТВ), фибриноген, определялась агрегация тромбоцитов с АДФ, коллагеном, ристоцетином, определялся уровень vWF, факторов свертывания крови VIII, IX.

В лечении трех пациентов в амбулаторных условиях использовались препараты фактора свертывания крови VIII: в одном случае – плазменный препарат Октанат (Октафарма), в двух случаях – рекомбинантные препараты.

Для заместительной терапии у всех пациентов использовался препарат Вилате (Октафарма). Средняя доза препарата составила 22 МЕ/кг/сут (от 18 до 25 МЕ/кг/сут). Препарат вводился внутривенно струйно 1-2 раза в сутки в зависимости от тяжести клинических проявлений.

Результаты и обсуждение

Положительный семейный анамнез наблюдался в трех случаях из пяти. Клинические признаки заболевания в двух случаях проявились в возрасте до 3-х лет, у 3-х пациентов – в возрасте 4-7 лет.

У всех больных наблюдались обильные длительные носовые кровотечения. У 4-х пациентов (80%) отмечался умеренный кожный геморрагический синдром, проявлявшийся микроциркуляторным типом кровоточивости. В двух случаях (девочки подросткового возраста) наблюдались продолжительные обильные маточные кровотечения.

По данным коагулограммы удлинение АЧТВ наблюдалось в четырех случаях, при этом показатели ТВ, ПВ, МНО, фибриногена были в пределах нормы. Уровни факторов свертывания крови VIII, IX были в пределах нормы (50-150%) в 4-х случаях, в одном случае уровень фактора свертывания крови VIII был снижен до 36%. Агрегация тромбоцитов с АДФ, коллагеном была в пределах нормы в 100% случаев. У 3-х пациентов (60%) отмечалось умеренное удлинение агрегации тромбоцитов с ристоцетином. Уровень фактора Виллебранда был снижен во всех случаях: у 3-х больных он составил от 2 до 4,8%, в двух случаях – от 8 до 15%. Тип БВ не определялся.

Следует отметить низкую эффективность рекомбинантного препарата фактора свертывания крови VIII в лечении БВ в сравнении с плазменными препаратами этого фактора. Это связано с отсутствием vWF в рекомбинантном препарате.

На фоне применения препарата Вилате отмечалось купирование кожного геморрагического синдрома, носовых кровотечений, уменьшение обильности и продолжительности маточных кровотечений. Следует отметить хорошую переносимость препарата.

Всем пациентам было рекомендовано продолжить профилактическое лечение препаратом Вилате в амбулаторных условиях в дозе 20-25 МЕ/кг 2-3 раза в неделю. Минимальная рекомендованная продолжительность профилактики – 6 месяцев.

Выводы

1. Болезнь Виллебранда – наиболее распространённое геморрагическое заболевание. Распространенность в популяции 1-2%.

2. Наиболее частыми клиническими проявлениями БВ являются носовые кровотечения, кожный геморрагический синдром микроциркуляторного типа, а у девочек подросткового возраста – маточные кровотечения.

3. В основе современного лечения БВ лежит назначение адекватной заместительной терапии препаратами фактора свертывания крови VIII, содержащими vWF. Предпочтение следует отдавать препаратам с высоким содержанием vWF, в частности препарату Вилате (Октафарма).

4. Во всех случаях лечения препаратом Вилате наблюдалась положительная динамика в виде купирования кожного геморрагического синдрома, носовых кровотечений. Это позволяет рекомендовать Вилате в качестве препарата первого выбора для лечения и профилактики кровотечений у пациентов с БВ. Доза и длительность применения определяются клиническим и лабораторным ответом на терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Баркаган З.С., Момот А.П. Основы диагностики нарушений гемостаза. – М.: Ньюдиамед АО, 1999. – С. 66-73

2 Долгов В.В., Свирин П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. – М. – Тверь:ООО «Триада», 2005

3 Гематология/онкология детского возраста /Под ред. А.Г. Румянцева, Е.В. Самочатовой. – М.: Медпрактика, 2004. – С. 352-360

4 Копылов К.Г., Лихачева Е.А., Плющ О.П. и др. Клиническая эффективность и фармакокинетика фактора свертывания крови VIII (Wilate) у больных с болезнью Виллебранда //Проблемы гематологии. – 2006. – №2. – С.13-16

5 Кудрявцева Л.М., Плющ О.П. Лихачева Е.А., Зозуля Н.И. Алгоритмы гемостатической терапии болезни Виллебранда //Гематология и трансфузиология. – 2008. – Т. 53, № 6. – С. 42-45

6 Тарасова И.С. Современные возможности лечения болезни Виллебранда //Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2012. – Т. 11, №3. – С. 16-24

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

О.Н. ДУДНИК

Ана мен бала Ұлттық Ғылыми орталығы, Астана қ.

VIII ҚАНЫНЫҢ ТҮРУШІЛІГІНІҢ ФАКТОРЫНЫҢ КОНЦЕНТРАТЫНЫҢ ҚОЛДАНЫСЫ ПРИ ВИЛЛЕБРАНДТЫҢ АУРУЫНЫҢ БАС БАЛА-ШАҒАЛАРДЫҢ

Зерттеудің мақсаты –фон Виллебранд ауруымен ауыратын балаларды емдеуге арналған ең тиімді дәріні анықтау.

Материалдар және әдістер

«Виллебранд ауруы» диагнозы бар бес баланы бақыланды. ВА диагностикалау үшін скринингтік тестер пайдаланылды. Пациенттерді емдеу үшін VIII қанның қоюлануы факторының препараттары: плазмалық препарат Октанат (Октафарма), сондай-ақ рекомбинанттық препараттар пайдаланылды. Сондай-ақ Вилате (Октафарма) препараты пайдаланылды.

Нәтижелері және талқылау

ВА емдеуде, бұл фактордағы плазмалық препараттарға қарағанда, VIII қанның қоюлануы факторының рекомбинанттық препараттарының тиімділігінің төмендігін атап өту керек. Бұл рекомбинанттық препараттарда vWF жоқтығына байланысты.

Вилате препаратын қолдану кезінде геморрагиялық синдромның бәсеңдеуі байқалды. Препараттың жақсы көндігу қабілеттілігін атап өткен жөн. Пациенттерге амбулаториялық жағдайда аптасына 2-3 рет 20-25 МЕ/кг мөлшерінде Вилате препаратымен алдын алатын емдеу жүргізу ұсынылды. Алдын алатын емдеудің ең аз ұсынылған ұзақтығы – 6 ай.

Қорытынды

ВА қазіргі заманғы емдеудің негізінде құрамында vWF бар, VIII қанның қоюлануы факторының барабар орынын басатын терапиясын тағайындау жатыр. Құрамында vWF жоғары препараттарға, атап айтқанда Вилате (Октафарма) препаратына басымдылық берілуі керек.

S U M M A R Y

O.N. DUDNIK

National Scientific Center of Maternity and Childhood, Astana c.

THE USE OF CLOTTING FACTOR VIII CONCENTRATE WITH VON WILLEBRAND DISEASE IN CHILDREN

The aim of our study is determination the most effective drug for the treatment of von Willebrand disease in children. Von Willebrand disease is a common hemorrhagic disease. Prevalence in the population is 1-2%. At the heart of the modern treatment of von Willebrand disease is the appointment of adequate replacement therapy with coagulation factor VIII, containing vWF. Preference should be given to drugs with high level of vWF, particularly Wilate (Octapharma). In all cases, treatment with Wilate gives the positive trends in the form of relief of cutaneous hemorrhagic syndrome, nasal bleeding, which allows recommending Wilate as the drug of first choice for the treatment and prevention of bleeding. Duration of treatment is determined by the clinical and laboratory response to treatment.

УДК 616.314

М.Т. ДУЙСЕМБАЕВА

Детская стоматологическая поликлиника, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ОКТЕНИДОЛ И ОКТЕНИСЕПТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

В данной статье описаны методики применения препаратов Октенидол и Октенисепт при лечении патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также свойства этих препаратов, которые широко применяются в общей хирургии.

Ключевые слова: *пародонт, слизистая оболочка, гигиена полости рта.*

Лечение детей с патологией пародонта и заболеваниями слизистой оболочки полости рта остается достаточно актуальным. Сложность и трудность ее решения обусловлены эпидемиологическими особенностями микроорганизмов [1, 3].

В связи с этим чрезвычайная важная роль в профилактике и лечении принадлежит эффективным, оказывающим пролонгированное действие антисептикам.

Главное отличие и преимущество препаратов, производимых фирмой “ Шюльке и Майр” от других зарубежных и отечественных антисептиков, обусловлены основным действующим веществом – октенидина дигидрохлоридом, которое оказывает выраженное и довольно длительное антимикробное действие, обладает бактерицидным, фунгицидным и вирулецидным действием, а также эффективным в отношении мультирезистентного

стафилококка и анаэробной микрофлоры антисептиком [1, 2].

Октенидин реагирует со структурами стенок клеток и клеточных мембран микроорганизмов, нарушает их функцию и тем самым приводит к разрушению и гибели патогенов. На основе октенидина были созданы препараты октенидол и октенисепт.

На базе детской стоматологической поликлиники на кафедре стоматологии ИПО проведено лечение стоматологических заболеваний с патологией пародонта и заболеваниями слизистой оболочки полости рта, всего 55 человек, из них 42 – женского пола и 13 – мужского в возрасте от 1 года до 18 лет (табл. 1). Из них 15 человек были контрольной группой.

Таблица 1 – **Лечение больных с патологией пародонта и слизистой оболочки полости рта**

Группы болезней	Число больных	Пол		Возраст
		М	Ж	от – до
1. Группа контрольная: Острый катаральный гингивит, заболевания слизистых оболочек	15	5	10	16 – 18 лет
2. Острый катаральный гингивит	20	15	5	16 – 18 лет
3. Острый генерализованный пародонтит (легкая степень)	5	3	2	6 лет
4. Заболевания слизистых оболочек	15	5	10	1 год – 12 лет
Всего	55	28	27	

Лечение проводилось у двух групп больных:

1. У 15 человек применяли традиционные методы лечения (больные с патологией пародонта – 10 и с заболеваниями слизистой оболочки полости рта – 5).

2. У 40 человек применяли препараты октенидол и октенисепт: с патологией пародонта (острый генерализованный пародонтит легкой степени тяжести и острый катаральный гингивит) – 25 и заболеваниями слизистой оболочки полости рта (пациенты с травматическими повреждениями слизистой оболочки полости рта – 10 и пациенты после френулотомии – 5, всего – 15).

У всех больных перед началом лечения были проведены субъективные и объективные стоматологические обследования. Для оценки состояния воспаления пародонта рассчитывался показатель РМА. У всех пациентов с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта определялось с помощью раствора Шиллера – Писарева состояние гигиены полости рта по Грину – Вермиллиону (ОН1). По окончании лечения повторно определялись РМА (гингивальный индекс) и показатель гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону (ОН1).

После индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта пациентам в контрольной группе назначали солкосерил, метилурацил как аппликации на 5-10 минут и полоскание отваром ромашки.

При данном традиционном методе лечения у 15 больных улучшение состояния пародонта и эпителизации при заболеваниях слизистой оболочки полости рта наступало на 7-8 день лечения.

Остальные пациенты получали октенидол и октенисепт.

Применение препарата октенидол и октенисепт

При патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта перед лечением удалялись мягкие зубные отложения, устранялись все факторы, оказывающие раздражающее действие на пародонт и слизистую оболочку полости рта. После обработки полости рта теплой водой участки с патологическими изменениями изолировались ватными валиками, делали аппликации на очаг воспаления препаратами октенидол и октенисепт на 3-5 минут в разведении 1:4, или орошали с помощью распылителя один раз в день. Процедуры выполнялись ежедневно в течение 7-10 дней. В тех случаях, когда улучшение не наступало, на второй день октенидол и октенисепт применяли два раза в день. После процедуры больные не пили и не ели 30 минут.

Результаты лечения

Пациенты на 2-3-й день отмечали улучшение состояния слизистой оболочки полости рта при применении препаратов октенидол и октенисепт. У некоторых пациентов на второй день исчезало воспаление.

В таблице 2 даны результаты лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки. Из 40 больных полное

Таблица 2 – **Результаты лечения больных**

Диагноз	Число пациентов	Результаты лечения		Применение
		выздоровление	улучшение/ незначительное улучшение	
Острый катаральный гингивит	20	7	10/3	1-2 раза в день в течение 7-12 дней
Острый генерализованный пародонтит (легкая степень)	5	–	5	1-2 раза в день в течение 7-12 дней
Заболевания слизистой оболочки полости рта (травмы)	15	5	10	1-2 раза в день в течение 7-10 дней
Всего	40	12	25/3	

Таблица 3 – **Показатели РМА и ОНІ**

Диагноз	Число пациентов	Показатель РМА		Показатель гигиены (ОНІ)	
		перед лечением	после лечения	перед лечением	после лечения
Острый катаральный гингивит	20	16,7%	0	1,46	0
Острый генерализованный пародонтит (легкая степень)	5	25,3%	1,2%	1,8	0
Заболевания слизистой оболочки полости рта (травмы)	15	18,4%	0	1,3	0,04

излечение было достигнуто в семи случаях. Улучшение состояния наступило у 24 пациентов, незначительное улучшение у 9 больных.

Выздоровление наблюдалось при остром катаральном гингивите, легких травматических повреждениях слизистой оболочки полости рта и при френулотомии. Во второй группе из 40 пациентов улучшение состояния было в 12 случаях.

В таблице 3 представлены средние значения показателя РМА и показателя состояния гигиены полости рта по Грину–Вермиллиону. Средние показатели РМА после лечения уменьшились во всех обследованных группах, улучшилась гигиена полости рта.

Рекомендуем применять препараты октенидол и октенисепт с лечебной целью в стоматологической практике.

Выводы

1. Применение препаратов октенидол и октенисепт эффектно для лечения стоматологических заболеваний.
2. Применение препаратов октенидол и октенисепт ускоряет процесс заживления.
3. Препараты октенидол и октенисепт обладают противовоспалительным и обезболивающим действием.
4. Октенидол и октенисепт не вызывают появления побочных симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дедеян В.Р. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с помощью биополимерных лекарственных форм пролонгированного действия. – М.: Издательство Медицина, 1997. – С.145

2 Ушаков Р.В., Царев В.Н., Чувилкин В.И. Современные принципы применения антибактериальных препаратов для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. – Стоматология для всех, №4. – М.: Издательство Медицина, 1999. – С. 31-37

3 Царев В.Н., Ушаков Р.В., Плахтий Л.Я., Чухаджан Г.А. Применение адгезивных пленок «Диплен-Дента» в комплексном лечении пародонтита. – М.: Издательство Медицина, 2002. – С. 89

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Т. ДҮЙСЕМБАЕВА

Балалар стоматологиялық емханасы, Алматы қ.

ПАРОДОНТТЫ ЖӘНЕ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНЫҢ ПАТОЛОГИЯСЫН ЕМДЕУДЕ ОКТЕНИДОЛ ЖӘНЕ ОКТЕНИСЕПТ ПРЕПАРАТТАРЫН ҚОЛДАНУ

Октенидол және октенисепт препараттарын қолдану, стомотологиялық ауруларды емдеу үшін тиімді. Октенидол және октенисепт препараттарының қабынуға қарсы және ауруды басатын әсерлері бар. Октенидол және октенисепт жағымсыз әсерлер тудырмайды.

S U M M A R Y

M.T. DUYSEMBAYEVA

Children's dental polyclinic, Almaty c.

APPLICATION OF THE MEDICINES OKTENIDOL AND OKTENISEPT IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL AND ORAL MUCOSAL DISEASES

The application of the medicines Oktenidol and Oktenisept is effective in the treatment of dental diseases. The application of the medicines Oktenidol and Oktenisept accelerates the healing process. The medicines Oktenidol and Oktenisept have anti-inflammatory and analgesic effects. Oktenidol and Oktenisept do not cause adverse symptoms.

УДК 616.12-008.331.1:616.136.7-002

Б.К. ИДРИСОВ

Городская поликлиника №3, г. Алматы

ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Вазоренальная гипертензия – это заболевание, при котором повышение артериального давления обусловлено поражением почечных артерий.

В данной статье представлен краткий обзор основных принципов лечения и диагностики вазоренальной гипертензии.

Ключевые слова: *вазоренальная гипертензия, атеросклероз, неспецифический аортоартериит, фиброзно-мышечная дисплазия, патогенез, анамнез, рентгенэндоваскулярные методы.*

Вазоренальная гипертензия – это заболевание, при котором повышение артериального давления обусловлено поражением почечных артерий.

Этиология. Поражения почечных артерий могут быть как врожденными, так и приобретенными. Среди врожденных аномалий почечных артерий наблюдаются: фибризно-мышечная дисплазия, аневризма, гипоплазия и атрезия почечной артерии, ангиомы, артериовенозная фистула, аномалии развития аорты. Приобретенные поражения: атеросклеротический стеноз, стеноз почечной артерии или вены при нефроптозе, тромбоз или эмболия почечной артерии, панартериит, аневризма почечной артерии, сдавление почечной артерии извне. Имеют значение множественные и добавочные почечные артерии, так как почка разделена на 5 артериальных сегментов и между ними нет анастомозов [1].

Распределение больных вазоренальной гипертензией по этиологии заболевания: атеросклероз, неспецифический аортоартериит, фиброзно-мышечная дисплазия. При атеросклеротическом поражении почечной артерии (62-70%), как правило, атеросклеротическая бляшка локализуется в устье и 1 сегменте артерии. Вторая по частоте причина поражения почечных артерий – фиброзная дисплазия или фибромускулярная гиперплазия (25-30%). Среди этиологических причин развития фиброзно-мышечной дисплазии называют нарушение иннервации мышечного слоя. Для аортита характерны поражения в первую очередь адвентиции, выраженный перипроцесс и воспалительная инфильтрация медии и интимы с нарушением эластичного каркаса.

Следует подчеркнуть, что неспецифический аорто-артериит и фиброзно-мышечная дисплазия – это два принципиально различных процесса, которые поражают почечные артерии и приводят к развитию вазоренальной гипертензии. Если при фиброзно-мышечной дисплазии избыточное развитие соединительной ткани связано с продукцией ее гладкомышечными клетками в ответ на дефицит эластики, то при артериите наблюдается заместительный склероз как исход воспаления [2].

Патогенез. Существуют две теории возникновения вазоренальной гипертензии:

Первая теория – ренопрессорная. В настоящее время можно считать доказанным, что основным в возникновении гипертензии при сужении почечных артерий является снижение пульсионного и перфузионного давления. В этих условиях происходит усиленная секреция ренина, который образуется в юкстагломерулярном аппарате почек. Затем включается система ренин – ангиотензин – альдостерон, которой принадлежит решающая роль в развитии болезни.

Вторая теория – депрессорно-ренопривная, заключается в том, что в возникновении гипертензии имеет место снижение выработки почкой депрессорных и вазодилататорных субстанций (простагландинов, кининов). Недостаточная выработка почкой депрессорного вещества приводит к возникновению гипертензии, так как отсутствует физиологический регулятор артериального давления [3].

Симптоматика. Заболевание может появиться в любом возрасте. У мужчин вазоренальная гипертензия чаще возникает после 50 лет, у женщин – до 30 лет. Характерных для вазоренальной гипертензии клинических симптомов нет. Часто отсутствуют жалобы на момент выявления. Заболевание характеризуется внезапным началом, когда появляется тяжелая артериальная гипертензия, либо имевшаяся ранее гипертензия резко утяжеляется и становится нечувствительной к терапии. Клиника заболевания укладывается в картину гипертонической болезни.

Возраст больных может быть различным. При фиброзно-мышечной дисплазии чаще это больные второго-третьего десятилетия жизни, при атеросклерозе – четвертого-пятого. Среди больных с атеросклеротическим поражением чаще встречаются мужчины, аортит и фиброзная дисплазия чаще наблюдаются у женщин.

Жалобы больных можно разделить на 3 группы:

1. Обусловленные наличием самой гипертензии;
2. Обусловленные повышенной нагрузкой на сердце;
3. Связанные с поражением почек.

Среди больных с вазоренальной гипертензией наблюдали «бессимптомное» течение у 12% больных. Выделен следующий перечень клинических признаков, на основании которых можно было заподозрить гипертензию вазоренального генеза:

1. Стойкая высокая гипертензия, не чувствительная к консервативной терапии.
2. Высокие цифры диастолического давления.
3. Редкое возникновение кризов.
4. Развитие гипертензии после острой боли в пояснице, травмы почки или операции на ней.
5. Отклонения от нормальных показателей данных функциональной урографии, рено- и сцинтиграфии.
6. Систолитический шум над аортой и почечными артериями.

Диагностика. Диагностический процесс при вазоренальной гипертензии состоит из 3 этапов:

Первый этап. На основании совокупности клинических, анамнестических, физикальных данных заподозрить вазоренальный характер артериальной гипертензии или вазоренальный компонент в генезе сочетанной артериальной гипертензии.

Анамнез. Как уже указывалось выше, для вазоренальной гипертензия нет достаточных специфичных признаков, однако более характерно отсутствие наследственного анамнеза артериальной гипертензии, начало заболевания в детском возрасте и в возрастные периоды 17-30 и старше 45 лет.

Клиника

1. Стабильно высокие цифры систолического, и особенно диастолического (выше 100 мм рт.ст.) артериального давления;
2. Быстрое прогрессирование артериальной гипертензии, резистентность к стандартной гипотензивной терапии;
3. Озлокачествление течения эссенциальной артериальной гипертензии;
4. Снижение эффективности ранее эффективной гипотензивной терапии;
5. Быстрое развитие поражения органов-мишеней: гипертрофии левого желудочка с его перегрузкой, эпизодами острой левожелудочковой недостаточности; гипертоническая ангиопатия сетчатки; гипертоническая энцефалопатия и мозговые осложнения артериальной гипертензии; протеинурия, микрогематурия, появление признаков хронической почечной недостаточности у лиц с артериальной гипертензией.

Второй этап – при наличии указанных признаков в любом их сочетании необходимо выполнение скрининговых инструментальных методов. Для выявления стенозирующих поражений почечных артерий наиболее информативны ультразвуковое исследование почек с ультразвуковой допплерографией (УЗДГ) почечных артерий, радиоизотопная ренография (РРГ), радиоизотопная сцинтиграфия почек. Диагностически значимым критерием для всех указанных методов является любая:

1. Асимметрия размеров почек по данным УЗИ, сцинтиграфии. Значимым считают уменьшение длинника левой почки по отношению к правой на 0,7 см, правой – на 1,5 см по отношению к левой.
2. Асимметрия толщины и эхогенности коркового слоя по данным УЗИ.
3. Асимметрия кровотока в почечных артериях по данным УЗДГ.
4. Асимметрия ренографических кривых, особенно по амплитуде, T1/2 секреции.
5. Асимметрия интенсивности нефросцинтиграмм.

Внутривенная экскреторная урография обнаруживает разницу в размерах почек и характеризует функцию каждой из них.

Третий этап – при выявлении диагностических критериев вазоренальной гипертензии на 2-м этапе, а в случаях злокачественной быстропрогрессирующей артериальной гипертензии без наследственного анамнеза – вне зависимости от результатов скрининговых исследований – показано выполнение брюшной аортографии с почечным сегментом.

Этот метод на сегодняшний день является «золотым стандартом» в диагностике вазоренальной гипертензии и характеризуется диагностической точностью 98-99%. Методом выбора является аортография по Селдингеру. При поражении почечной артерии атеросклерозом на аортограмме видно сужение артерии, которое начинается обычно сразу же от устья или на протяжении первых 2 см. В случаях поражения почечной артерии на почве неспецифического аортоартериита в первую очередь отмечается одновременное изменение брюшной аорты и ее ветвей, в частности часто поражаются висцеральные

ветви. При наличии фиброзно-мышечной дисплазии чаще сужена средняя часть почечной артерии, а вся артерия имеет четкообразный вид («нитка бус») [4, 5].

Для лечения вазоренальной гипертензии в настоящее время существуют 2 основных подхода:

• рентгенэндоваскулярная пластика;

• открытая хирургическая реконструкция.

Доказано, что медикаментозная терапия как самостоятельный метод лечения вазоренальной гипертензии неэффективна, поэтому проводится в качестве до- и послеоперационного лечения, а также в случае невозможности реваскуляризации по какой-либо причине.

Рентгенэндоваскулярные методы. Для рентгенэндоваскулярного лечения стенозирующего поражения почечных артерий применяются эндоваскулярная баллонная дилатация и стентирование почечных артерий. Большинство стенозов почечных артерий (до 70%) может быть излечено рентгенэндоваскулярными методами.

Показания к эндоваскулярной баллонной дилатации почечных артерий: фибромускулярные стенозы почечных артерий, в том числе с распространением патологического процесса на ветви II-III порядка, атеросклеротические стенозы I-III сегментов почечных артерий, кроме устьевых, критических и кальцинированных стенозов.

Показания к стентированию почечных артерий: устьевые, критические и кальцинированные атеросклеротические стенозы, неудачные или осложненные эндоваскулярные баллонные дилатации (ригидные стенозы, диссекция интимы), рестенозы после эндоваскулярной баллонной дилатации [6].

Противопоказания к эндоваскулярной хирургии почечных артерий:

1. Абсолютные (показано хирургическое вмешательство) – окклюзия или критический стеноз почечной артерии с уменьшением почки в размерах, фибромускулярные стенозы с выраженным избытком длины почечной артерии; техническая невозможность эндоваскулярного устранения стеноза;

2. Относительные (предпочтительно хирургическое вмешательство) – устьевые стенозы за счет «нависания» атеросклеротической бляшки из аорты, поражение 2 и более стволов при множественных почечных артериях.

Хирургические методы. Выбор оперативного вмешательства производится с учетом локализации, распространенности и этиологии окклюзионных поражений почечных артерий. При атеросклеротическом поражении предпочтение отдается трансаортальной эндартерэктомии из почечной артерии. При поражении почечных артерий фибромускулярной дисплазией или артериитом в проксимальной их трети операцией выбора является резекция сегмента сосуда с реплантацией его в аорту по типу «конец – в бок», при локализации поражения в средней или дистальной трети почечной артерии – резекция сосуда с анастомозом «конец – в конец». При распространенном поражении почечной артерии выполняют аутовенозное или аутоартериальное протезирование. При распространенном поражении артерии одной почки, когда в патологический процесс вовлечены и ее ветви, а также при атрофии или резком снижении функции одной из почек производят нефрэктомию. Ближайшие и отдаленные результаты свидетельствуют о нормализации артериального давления у 70–85% больных, что позволяет говорить об эффективности хирургического лечения вазоренальной гипертонии [7].

Противопоказаниями к реконструктивным операциям при окклюзионных поражениях почечных артерий служат относительно свежие (до полугода) нарушения мозгового или коронарного кровообращения, выраженная декомпенсация сердечно-сосудистой системы и тяжелая почечная недостаточность, а также распространенное на большом протяжении двустороннее поражение почечных сосудов, при котором восстановительную операцию технически невозможно выполнить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Сорокин Е.В., Карпов Ю.А. Реноваскулярная артериальная гипертония: диагностика и лечение // РМЖ, Кардиология. – 2000 – Т. 1, №1. – С. 19-22

2 Вихерт А.М., Жданов В.С., Стернби Н.Г., Волков В.А. и др. Эволюция атеросклероза коронарных артерий в пяти городах Европы за последние 20-25 лет // Кардиология. – 1995. – №4. – С. 4-6

3 Бенджамин М.Е., Дин Р.Х. Современные методы реконструкции почечных артерий //Ангиология и сосудистая хирургия. 1996. – №1. – С. 73-87

4 Диагностика и лечение хирургических форм симптоматических артериальных гипертензий. Под ред. проф. Крылова В.П. – Минск, 2000. – 220 с.

5 Петровский Б.В., Гавриленко А.В., Косенков А.Н. 35-летний опыт реконструктивных операций при хирургическом лечении больных вазоренальной гипертензией // Хирургия. – 1997.- №7. – С. 4–9

6 Cornelis J van Rooden, J. Hajo van Bockel, Guy G. De Backer, et all. Longterm outcome of surgical revascularization in ischemic nephropathy: normalization of average decline in renal function // Journal of vascular surgery. – June, 1999. – V. 29. – N.6. – P. 8-11

7 James M. Wong, Kimbeley J. Hansen, Timothy C. Oskin, et all. Surgery after failed percutaneous renal artery angioplasty // Journal of vascular surgery. – September 1999. – V.30. – N.3. – P. 12-17

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Б.К. ЫДЫРЫСОВ

№3 қалалық емхана, Алматы қ.

ВАЗОРЕНАДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Вазореналдық гипертензияның (ВРГ) клиникалық мағынасы, осы аурудың кең таралуына, сондай-ақ оның болжамға деген теріс ықпалына байланысты. Өкінішке орай, ВРГ анықтауға жеткілікті түрде көңіл бөлінбейді, бірақ дұрыс жинақталған анамнез және мұқият жүргізілген физикалық зерттеу, пациентте гипертензияның тап осы түрінің болуына күдіктенуге мүмкіндік береді. Клиникалық тексеру, бүйрек артерияларының зақымдануын толық дәлдікпен анықтауға мүмкіндік беретін диагностикалаудың қауіпсіз неинвазивтік әдістерімен толықтырылуы мүмкін. Осы ауруды емдеудегі жағдай қиынырақ. Қазіргі кезде дәлелді медицинаның критерийлеріне сәйкес келетін, бүйрек артерияларының реваскуляризациясының тиімділігін зерттеу жасалған жоқ.

S U M M A R Y

B. K. IDRISOV

City Polyclinic No3, Almaty c.

VASORENAL HYPERTENSION

The clinical significance of vasorenal hypertension (VRH) is associated with the high incidence of the disease and its evident negative impact on the prognosis. Unfortunately, the attention paid to the identification of VRH is insufficient, although a properly collected case history and careful physical examination conducted enable to suspect the presence of this form of hypertension in a patient. The clinical examination can be easily supplemented with safe non-invasive diagnostic methods that can detect the damage of renal arteries with high accuracy. The situation with the treatment of this disease is much more complicated. Currently, there are no studies on the effectiveness of renal artery revascularization, which meet the criteria of evidence-based medicine.

УДК 616.24/25-073.43.

С.Е. КЕНЕБАЕВ
Городская инфекционная больница, г. Астана

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ И УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Исследование диагностических возможностей лучевых методов обследования грудной клетки немногочисленны и разрозненны. Сравнение разных методов лучевой диагностики помогает правильно построить диагностический алгоритм и использовать имеющуюся аппаратуру более целесообразно и эффективно.

Ключевые слова: *диагностика плеврального выпота, эхография, сонография, рентгенологическое и ультразвуковое исследование.*

Цель настоящего исследования – сопоставление данных рентгенологического метода и эхографии в диагностике плеврального выпота.

Материал и методы

Проведены комплексное рентгенологическое и ультразвуковое исследования 35 больных с жидкостью в плевральной полости: как осложнение рака легких – 10, транссудат – 2, экссудативный плеврит – 10, осумкованный плеврит – 10, эмпиема плевры – 3. Возраст больных варьировал от 5 лет до 71 года.

Рентгенологическое исследование включало многоосевую рентгеноскопию, обзорную рентгенографию, боковую рентгенографию, томографию. По данным рентгенографии определяли зону сканирования для эхографии.

Эхоскопия грудной клетки выполнялась без специальной подготовки больных в вертикальном положении (стоя или сидя), а также в горизонтальном (лежа на спине), в ряде случаев информативность исследования повышалась при сканировании пациентов лежа на боку на стороне поражения. Для исследования реберно-диафрагмальных синусов и диафрагмы применялся субкостальный доступ с использованием в качестве акустического окна печени и селезенки. Если в положении стоя перкуторно и рентгенологически границы экссудата определялись выше V ребра, то дополнительно УЗИ грудной клетки осуществлялось из межреберий путем последовательного перемещения датчика в направлении от паравертебральных отделов к латеральным и далее – к парастернальным.

Результаты и обсуждения

При количестве экссудата 100 мл рентгенологические и ультразвуковые данные, как правило, совпадали. У 16 из 35 больных в положении стоя перкуторно и рентгенологически границы экссудата не достигали III-IV ребра, эхографическое изображение вертикального сечения нижних отделов пораженной плевральной полости выглядело в виде анэхогенного пространства клиновидной (V-образной) формы с острым углом, направленным вниз в сторону реберно-диафрагмального синуса (рис. 1).

У больных с выпотом более 2 литров (4) эхографически определялось значительных размеров акустически прозрачное пространство, типичное для жидкостного содержимого, где ультразвуковые импульсы практически без ослабления достигали и контрастировали противоположную внутреннюю поверхность грудной клетки. На эхотомограмме дополнительно определялись коллабированное легкое, утолщение костальной плевры и однородная структура жидкости (рис. 2).

При тотальных плевритах ультразвуковое исследование дает дополнительную информацию о тени опухоли, скрываемой за тенью жидкости, без привлечения дополнительных рентгенологических обследований

Диагностика плеврального выпота с помощью рентгенологического метода осуществлялась на основе

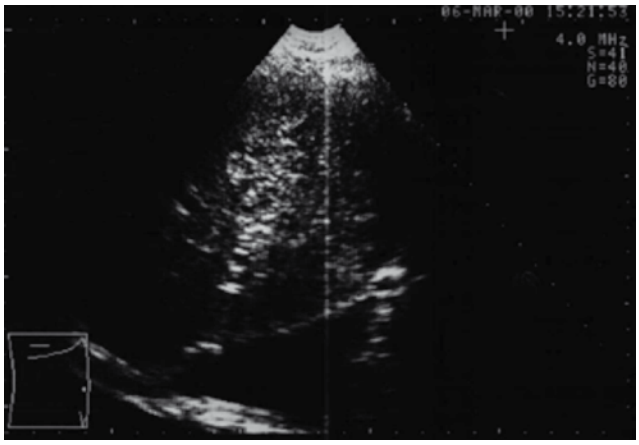

Рисунок 1 – Вариант эхографического изображения плеврального выпота

Рисунок 2 – На эхотомограмме определяется коллабированное легкое, утолщение костальной плевры и однородная структура жидкости

локализации, формы, смещении тени при изменении положения больного. Жидкость в плевральной полости на рентгенографии имела высокую степень интенсивности. Визуализировать структуру жидкости рентгенологическим методом не представляется возможным, в то время как ультразвуковой метод позволил увидеть структуру жидкости, разграничить простые экссудативные плевриты и гнойные.

Отличительные признаки на эхотомограмме имел осумкованный плеврит (10). Эхонегативная зона приобретала более неоднородную структуру, а интенсивность эхосигнала становилась неравномерной. Это обусловлено организацией выпота и выпадением нитей фибрина

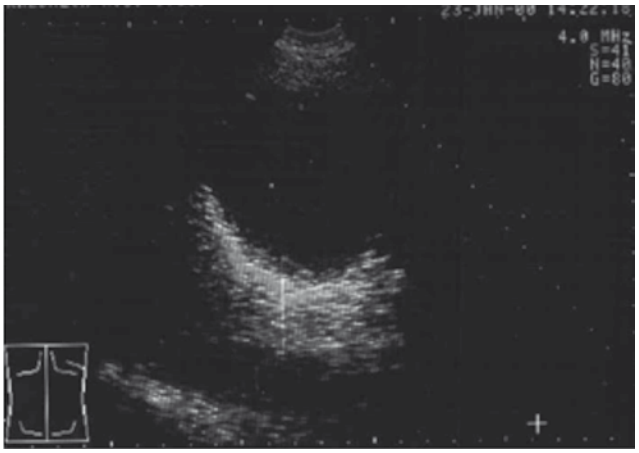

Рисунок 3 – Вариант эхографического изображения осумкованного плеврита

[1, 3]. Осумкованный плеврит имел округлую форму, с утолщением плевры по периферии, что выражалось в усилении эхо-сигнала (рис. 3).

Выпотные плевриты нередко осложняются эмпиемой плевры. Мы наблюдали 3 случая эмпиемы плевры с давностью процесса до 1,5 года. Данная стадия заболевания характеризуется накоплением плевральной жидкости с большим количеством полиморфно-ядерных лейкоцитов, бактерий, детрита [1]. Эхограмма эмпиемы плевры имела свою характерную картину. Плевральная полость, содержащая жидкость, представлена анэхогенным пространством с неоднородной внутренней эхоструктурой с участками повышенной эхогенности. Стенки эмпиемной полости утолщены, высокой степени интенсивности.

Как известно, интерпретация эхографических снимков строится на субъективной оценке восприятия черно-белых изображений. Глаз обычного человека различает до шестнадцати оттенков серого, а глаз специально тренированного человека – до тридцати [2]. Поэтому мы для объективизации видимого изображения строили гистограмму для каждой полученной эхограммы. При прохождении через жидкость ультразвуковой луч отражается на границе сред с разными акустическими сопротивлениями и образует различные по интенсивности эхосигналы, силу которых отражают цифры на цифровой матрице, которые в последующем трансформируются в матрицу видимых элементов изображения – пикселов, где каждому пикселу присваивается один из оттенков серой шкалы, формирующих акустическое изображение жидкости. Серую шкалу разделили на три зоны:

1. Гипоэхогенная зона (интервал от 1 до 79);
2. Изоэхогенную зона (интервал от 80 до 175);
3. Гиперэхогенная зона (интервал от 176 до 255).

Гистограмма плеврального выпота при раке легкого имела диапазон от 0 до 160-175, то есть находилась в гипоэхогенной и изоэхогенной зонах, с максимальным значением количества пикселов в гипоэхогенной зоне. Это объясняется тем, что в плевральной жидкости при цитологическом исследовании определялось повышенное содержание белка (выше 3 г/л), у 7 из 10 пациентов отмечалось выпадением нитей фибрина, осадок имел кровянистый вид. Таким образом, различный клеточный состав плевральной жидкости приводит к повышению неоднородности акустической среды и усиливает рассеивание и отражение ультразвуковой волны

При осумкованном плеврите и эмпиеме плевры гистограммы имели почти одинаковые кривые. Диапазон распределения пикселов расширился до интервала 240-255, с захватом гиперэхогенной зоны, с максимальным значением пикселов в гипоэхогенной зоне. Идентичные кривые при осумкованном плеврите и эмпиеме плевры мы объясняем одинаковым клеточным составом плевральной жидкости.

Гистограмма транссудата имела кривую, отличную от других патологических процессов плевральной полости. Весь диапазон распределения количества пикселов находился в гипоэхогенной зоне, с максимальным значением пикселов в интервале от 16 до 31. Это объясняется более однородной структурой жидкости, которая равномерно поглощала ультразвуковой луч, практически не рассеивая его.

Выводы

Сонография в значительной мере дополняет и расширяет возможности рентгенологического метода исследования. При обследовании больного начинать исследование необходимо с рентгенологического, так как именно этот метод позволяет уточнить локализацию процесса. Эхография позволяет визуализировать изменения структуры плевральных листков, содержимого плевральных полостей, количественно оценить объем плеврального выпота. Применение гистометрии в диагностике плеврального выпота объективизирует интерпретацию эхографии, помогает различить транссудативные и экссудативные плевральные жидкости, а также различить начальные стадии осумкования жидкости. Диагностика улучшается при проведении комплексного рентгенологического и ультразвукового методов исследования одним и тем же специалистом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лайт Р.У. Болезни плевры. – М.: Медицина, 1986. – 375 с.

2 Применение ультразвука в медицине: физические основы. Пер. с англ. / Под ред. К Хилла. – М.: Мир, 1989. – 568 с.

3 Репик В.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний легких и плевры // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. – М.: Видар, 1997. – Т.3. – С. 242-270

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.Е. КЕНЕБАЕВ

Қалалық жұқпа ауруларының ауруханасы, Астана қ.

ӨКПЕ ҚАБЫҒЫ СҰЙЫҚТЫҒЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ

Көкірек қуысын сәулелік әдістермен тексерудің диагностикалық мүмкіндіктерін зерттеу аз және олар бірлестірілмеген. Эхография өкпе қабығының құрылымының өзгеруін сырттай байқауға, плевралдық қуыстарды, плевралдық сұйықтықтың сандық көлемін бағалауға мүмкіндік жасайды. Бір маманның кешенді рентгенологиялық және ультрадыбыстық әдістермен зерттеу жүргізген кезде диагностикалау жақсарады.

S U M M A R Y

S.Y. KENEBAYEV

City Hospital of Infectious Diseases, Astana c.

RADIOLOGICAL AND ULTRASONIC EXAMINATIONS IN THE DIAGNOSTICS OF PLEURAL EFFUSION

The investigations of diagnostic possibilities of radiological methods of the examination of the chest are few and disembodied. Echography allows to visualize the changes in the structure of pleural sheets, the content of the pleural cavities, to quantify the amount of pleural effusion. The diagnostics improves in the complex radiological and ultrasonic examinations conducted by the same professional.

УДК 616.5-002:615.454.1-085

Ж.А. СЫЗДЫКОВА
Медицинская компания «Сункар», г. Алматы

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

В статье представлены результаты ведения больных с атопическим дерматитом с применением топических средств – мометазон, пимекролимус. Терапию получали 40 человек, наблюдение проводилось в течение 5 месяцев. Проведенное лечение показывает высокую эффективность препаратов, а также их хорошую переносимость у лиц с атопическим дерматитом.

Ключевые слова: *атопический дерматит, мометазон и пимекролимус.*

Атопический дерматит (АД) – это мультифакториальное кожное заболевание, характеризующееся зудящими папулезными, везикулезными высыпаниями, развивающееся у пациентов с наследственной гиперчувствительностью. В основе заболевания лежит передаваемая по наследству гиперчувствительность Ig E-типа к различным аэро-, пищевым, лекарственным и другим аллергенам (цитрусы, ананасы, бананы, пищевые белковые аллергены, содержащиеся в таких продуктах, как рыба, молоко, птица, икра, злаковые аллергены риса, пшеницы, кукурузы, аллергены некоторых ягод, фруктов, таких как земляника, черная смородина, малина, виноград, персики, абрикосы, а также домашние пылевые клещи, плесень, пыльца растений, перхоть человека и домашних животных) [1].

Очень часто данная патология выявляется у ближайших родственников больных с атопическим дерматитом (родители, сестры, братья и т.д). К факторам, обостряющим течение заболевания, помимо собственных аллергенов относятся гормональные дисфункции, стрессы, повышенное потоотделение, влажный климат [4].

Диагностика атопического дерматита основывается на данных анамнеза (начало болезни с рождения, непереносимость конкретного аллергена, наличие атопических заболеваний у родственников), характерной клинической картине (интенсивный зуд, белый дермографизм, кожные высыпания – эритематозно-везикулезные, папулезные); эозинофилии в ОАК, высокого содержания в сыворотке Ig класса E [2].

Последние годы наблюдается увеличение частоты заболеваний атопического дерматита, о чем, в частности, свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, проверенных в США, Европе и Японии [3].

В данном исследовании участвовали 40 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст пациентов составил 23 года. Среди них: в стадии лихенификации – 95% (38 человек); с явлениями экссудации – 5% (2 человека).

Ограниченная форма – 70% (28 человек), с распространенным кожным процессом – 30% (12 человек).

При сборе анамнеза выяснены следующие данные:

Средняя длительность заболевания 5-7 лет

Причины обострения: стресс – 60% (24 человека), погрешность в диете – 30% (12 человек), другое 10% (4 человека).

Сопутствующие аллергические состояния 12% (5 человек).

Отягощенная наследственность (явления атопии, полиаллергии) у 20% (8 человек).

При обследовании в анализах у пациентов были выявлены следующие результаты:

ОАК

• Показатели в пределах нормы – 21 человек (52%).

• С признаками эозинофилии – 8 человек (20%)

Другие нарушения (анемия, повышение СОЭ и т.д.) – 11 человек (27%).

Копрограмма

Показатели в пределах нормы – 32 человека (80%).

Явления дисбактериоза (обнаружение дрожжей и т.д.) – 7 человек (17%).

Обнаружение Enter. Vermicularis (энтеробиоз) – 1 человек (2%).

ИФА на гельминты

Положительный результат на лямблиоз Ig G (ранее не леченный) – 3 человека (7%).

УЗИ брюшной полости

– диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, явления хронического холецистита, панкреатита, застой желчи – 32 человека (80%).

Кровь на сахар

– показатель в пределах нормы – 100% (40 человек).

Печеночные пробы

АЛАТ, АСАТ, общий билирубин, тимоловая проба, ГГТП, альфа-амилаза крови – отклонения от нормы 2 человека (5%).

Больным было проведено комплексное лечение:

• Гипоаллергенная диета

• Сорбенты (смекта, адсорбикс)

• Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, фенистил, лоратал)

• Гипосенсибилизирующая терапия (10% р-р натрия тиосульфата внутрь, в/венно)

• Препараты для нормализации желудочно-кишечной флоры (линекс, ферталь, хилак форте).

Местно: смягчающие средства (бепантен, крахмальные ванны); мометазон, пимекролимус.

Из местной терапии получали: в острый период заболевания мометазон 1-2 раза в день; в среднем 3-5 дней, затем пимекролимус до 2-3 недель. На фоне проводимого лечения у 95% (38 человек) отмечался стойкий положительный эффект у 5% (2 человека), кожные элементы сохранялись. Резюмируя вышеуказанные данные, приходим к выводу, что мометазон и пимекролимус являются безопасными эффективными препаратами при лечении атопического дерматита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Самцов А.В., Барбинова В.В. Кожные и венерические болезни. 2002. – С. 223-227

2 Скрипкин Ю.В., Мордовцева В.Н. Кожные и венерические болезни. 1999, том 2. – С. 399-401

3 Хэбиф Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение. 2006. – С.98-103

4 Емельянов В.В. Ингибиторы кальциневрина в терапии атопического дерматита. Журнал «Вопросы дерматологии венерологии». № 1-2, 2010. – С. 38

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.А. СЫЗДЫКОВА
«Сункар» медициналық компаниясы, Алматы қ.

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТЫҢ ТОПИЯЛЫҚ ЕМІ

Алматы қаласының Сұнкар емдеу-диагностикалық

орталығында қараша 2011- момыр 2012 жылдар аралығында дәрігер дерматолог қабылдауында 40 адам, оның ішінде 18 жастан 45 жас аралығында атопиялық дерматит диагнозы қойылды. Оларға жиынтықты еммен бірге өшу кезеңінде мометозон жақпа майы 4-5 күн қолданды, әрі қарай емі басқа топиялық жақта маймен жалғастырылды – пимекролимус.

Емдеу қотындысы бойынша көптеген науқастардын 95% оң нәтиже байқалды – ошақтар орта есеппен 4-5 тәулікте кете бастады; 38% – де тұрақты ремисия байқалды, 2 – адамды 5% кейбір жерлерінде терілік элементтер сақталды.

Мометазон, пимекролимусты науқастар жақсы қабылдады, жағымсыз әсерлері болған жоқ. Сонымен, жүргізілген зерттеу барысында мометазон мен пимекролимус препараттарымен балаларда атопиялық дерматитті емдеу оң нәтиже береді және осы нозологияда жақсы альтернативті ем бола алады.

S U M M A R Y

Z.A. SYZDYKOVA

«Sunkar» medical company, Almaty c.

TOPICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

40 people at the age from 18 till 45 years in the reception of dermatologist were figured out with atopic dermatitis diagnose in a base of “Sunkar” Medical-Diagnostic Center (main building), Almaty during the period of November 2011- May 2012.

There was conduct of complex treatment of most patients including local use of mometasone with short 4-5 day course in a period of exacerbation with the further move to another topical remedy – pimekrolimus.In the result of completed treatment most of patients’ condition was with a positive dynamics of process. The seats was regressed with approximate for 4-5 days. 95% of patients or 38 people observed lasting recession. 5% or 2 persons were with local skin elements detected

Mometasone and pimekrolimus was endured well and without any side effects.

Hereby, completed research had been shown that combination of mometasone and pimekrolimus in a topic therapy of adult Atopic Dermatitis shows positive effect and it is a good alternative in the treatment of this nosology.

УДК 616.53-002.25

А.Ж. СЕЙКЕТОВ

Алматинский областной кожно-венерологической диспансер

АКНЕ (УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ)

Лечение ретиноидами акне стало новым поворотным моментом. Ретиноиды (группа витамина А) – самое эффективное и современное средство лечения акне. Ретиноиды снижают образование кожного сала и предотвращают образование угрей.

Ключевые слова: *кожное сало, избыток андрогенов, папулы, пустулы, камедоны, ретиноиды, наружное и пероральное применение.*

Угри (акне) – это хроническое воспалительное заболевание сальных желез. Сальные железы вырабатывают кожное сало, покрывающее всю поверхность кожи (кроме ладоней и подошв). Кожное сало является защитой кожи, в том числе от грибов, вирусов и бактерий, делает ее эластичной, препятствует пересушке.

Закупорка протоков сальных желез, в результате повышенной выработки кожного сала и отмерших роговых чешуек кожи, создает условия для размножения бактерий, появлению угрей. Угри чаще появляются в местах повышенного количества сальных желез, таковыми являются лицо, грудь, спина, плечи.

Причины развития угревой болезни многочисленны.

Экзогенные причины: В основе появления угревой сыпи лежит нарушение функции сальных желез – гиперсекреция кожного сала. Это происходит под влиянием ряда внутренних и внешних причин, создающих благоприятную почву для развития акне.

1. Тестостерон и акне. Одна из самых распространенных причин угревой сыпи в подростковом периоде – гормональная перестройка организма. Активный выброс стероидных гормонов, в особенности андрогенов – мужских половых гормонов, и у девушек, и у юношей вызывает усиленную секрецию сальных желез.

2. Предменструальные акне. Уровень стероидных гормонов у женщин колеблется в течение менструального цикла и повышается в его заключительную фазу.

3. Гиперкератоз как причина появления акне. Утолщение поверхностного рогового слоя кожи – гиперкератоз может развиваться под влиянием ряда факторов: гормонального фона, дефицита витамина А.

4. Заболевания желудочно-кишечного тракта как причина акне. У более чем 50% людей акне возникает на фоне гастрита, дисбактериоза, копростаза.

5. Индивидуальная микрофлора кожи как причина появления акне. В коже здорового человека присутствуют кокки, грибы, клещи и т. д. При нормальных условиях они не доставляют никаких проблем, однако нарушение равновесия в организме (гиперандрогения) приводит к их размножению и развитию воспалительных процессов.

6. Стресс как причина акне. Непосредственно сам стресс не вызывает образования угрей, однако его влияние на гормональный и иммунный статус организма способствует появлению акне.

7. Нарушения иммунной системы. Ослабление иммунитета ведет к снижению сопротивляемости организма и различным неблагоприятным воздействиям.

Эндогенные причины акне:

1. Косметика и акне: комедогенные косметические средства как причины возникновения угрей. «Провокатором» возникновения акне может служить и так называемая комедогенная косметика, т. е. закупоривающая поры и способствующая появлению прыщей: кремы, пудра, лосьоны, румяна и т. д.

2. Жара и влажный климат. Обострять течение акне или вызывать его появление могут высокая влажность и жаркий климат. Высыпания чаще локализуются на груди, шее, спине – тех зонах, которые наиболее раздражаются потом.

3. Солнце и ультрафиолет. Ультрафиолет в умеренных дозах подсушивает и дезинфицирует прыщи, а солнечный загар выравнивает цвет кожи, маскируя, тем самым,

угревые элементы. Однако, переизбыток ультрафиолета оказывает совершенно противоположный эффект.

4. Контактирование с токсическими веществами. Профессиональная деятельность людей, связанных контактом с бытовой и производственной химией, вызывающей появление акне через развитие гиперкератоза кожи.

5. Выдавливание прыщей – причина новых прыщей. Выдавливание угрей обсеменяет невоспаленные элементы, приводя к их инфицированию и нагноению.

6. Медикаментозное акне. В лечении многих заболеваний внутренних органов на сегодняшний день применяются стероидные гормоны, вызывающие появление медикаментозного акне.

7. Чрезмерная чистоплотность. Излишняя чистоплотность, умывание высушивают кожу лица, понижают ее защитные свойства и обостряют проявления акне [4, 5].

Клиника. Наблюдается разнообразие элементов сыпи: это папулы, пустулы, комедоны. Локализуются на коже лица, верхней половине груди и спины, где располагаются наиболее крупные сальные железы. В основании угревых элементов возникает воспалительный процесс, расплавляющий местные ткани с образованием гноя. Пустула, вскрываясь, освобождается от содержимого, засыхая, образует корки, по снятии которых остаются синюшно-розовые рубцы. Глубокие акне болезненны. Клиническая картина многообразна, с непрерывным многолетним течением процесса.

В зависимости от тяжести течения выделяют 3 степени процесса:

1 степень. Легкая форма проявления акне характеризуется наличием на коже закрытых и открытых комедонов без признаков воспаления, единичными папулами. Лечение акне на этой стадии не представляет сложностей.

2 степень. Средняя форма проявления акне характеризуется появлением уже более глубоких угрей – папул и пустул, при которой угри обычно поражают большую часть лица, но также могут появиться и на теле – на груди, спине, плечах. На данной стадии могут возникать покраснения, отеки, бугристость. Элементы акне на коже представлены большим количеством закрытых и открытых комедонов, прыщами (10-20 папул) с признаками воспаления. Прогноз излечения на этой стадии длительный (6-8 недель), но благоприятный.

3 степень. Тяжелая форма проявления акне, при которой отмечаются те же признаки, что и на второй стадии, но количество воспалительных элементов на коже возрастает до 20-40 штук. Характеризуется большим числом папул, пустул, узлов (более 40 элементов). Требует серьезного специализированного лечения. Данная стадия акне почти никогда не проходит бесследно – после того, как удалось избавиться от воспаления, необходимо приложить не меньше усилий, чтобы устранить также и постакне – «рытвины», шрамы, рубцы, пигментные пятна и другие следы, оставшиеся от угревой сыпи [6, 7].

Все вышеизложенное определяет актуальность проблемы лечения акне на современном этапе, поиск путей решения данной проблемы.

В настоящее время одной из эффективных групп препаратов в лечении акне являются ретиноиды. По своей значимости открытие ретиноидов можно сравнить с введением в терапию дерматозов кортикостероидов, иммуносупрессивных и иммунокорригирующих средств, цитостатиков. В последние годы дерматологи все чаще стали использовать в лечении больных с акне не только топические, но и системные ретиноиды. Это связано с накопившимся опытом их применения в клинической практике, а также с появившейся уверенностью специалистов в высокой безопасности системных ретиноидов при длительном применении у лиц с тяжелыми формами акне. Ретиноиды (группа витамина А) – самое эффективное и современное средство лечения акне. Ретиноиды снижают образование кожного сала и предотвращают образование угрей. Местные ретиноиды – основное средство для лечения лёгкой формы акне. Эти препараты препятствуют появлению новых, а также помогают удалению уже существующих комедонов (маленьких бугорочков с белой жидкостью). Кроме того, местные ретиноиды оказывают антибактериальный и противовоспалительный эффекты, повышают чувствительность кожи к ультрафиолету, поэтому во время лечения ими акне нельзя загорать. При наружном и системном применении ретиноиды оказывают антикомедонгенное, себостатическое, противовоспалительное, керато- и иммуномодулирующее действие, активируют процессы регенерации в коже, стимулируют синтез коллагена, увеличивают продукцию мукополисахаридов и гликозаминогликанов. В настоящее время широко применяется препарат Дерива (действующее вещество – местный ретиноид Адапален)» при лечении акне [8].

Цель настоящего исследования – изучение эффективности препарата гель Дерива в лечении акне.

Материал и методы

Нами было произведено наблюдение за 30 пациентами с акне, использовавшими с целью лечения препарат Дерива. Средний возраст обследуемых составил 29,1±4,5 года. При анализе анамнестических данных выявлено, что в 50% случаев лечение по поводу акне проводилось неоднократно другими различными препаратами, что давало лишь кратковременный результат. При исследовании у всех пациентов был диагностировано акне. Наблюдение проводилось в течении всего проводимого лечения.

В зависимости от степени поражения, так как для каждой формы акне рекомендуются специальные комбинации препаратов, нами была предложена следующая схема лечения акне:

Лечение легкой (1-й) степени акне. Чаще всего для лечения лёгкой формы акне рекомендуют гель Дерива, который наносят на предварительно очищенную и сухую кожу тонким слоем, равномерно, не втирая, 1 раз в день на пораженные участки кожи (беречь глаза и губы). Терапевтический эффект развивается после 4-8 недель терапии. Проведение повторных курсов по рекомендации врача. Применение адапалена во время беременности и период лактации не рекомендуется.

Лечение средней (2-й) степени акне. При лечении данной формы используется также препарат Дерива, который применяют наружно, тонким слоем. Также в данном случае, применяют антибиотики для приема внутрь: доксициклин, клиндамицин, тетрациклин.

При безэффективном лечении у женщин в некоторых случаях назначают гормональные препараты, чтобы добиться эффекта стабилизации гормонального статуса. Назначают препараты, обладающие антиандрогенным эффектом. Но перед началом их использования нужно получить консультацию гинеколога-эндокринолога, определить уровень тестостерона.

Лечение тяжелой (3-й) степени акне. Лечение тяжелой формы угревой болезни очень длительное и может длиться до 1 года и более. Применяют в лечении гель Дерива (адаптален) наружно, прием внутрь антибиотиков, прием перорально ретиноидов.

Данная схема очень удобна и проста в применении. Наше наблюдение за пациентами показало, что уже в течение 8 – 12 недель от начала лечения отмечается исчезновение субъективных жалоб. К окончанию курса лечения происходит купирование симптомов, уменьшаются образования микрокомедона, что препятствует развитию акне, способствует сохранению неповрежденной кожи.

Таким образом, препарат Дерива является эффективным средством в лечении пациентов с акне, так как использование современных системных и топических ретиноидов в виде монотерапии или в составе лечебного комплекса у больных с хроническими дерматозами, в частности с акне, способствует достижению выраженного клинического эффекта, разрешению элементов сыпи и реабилитации кожи. Располагая широким выбором средств для лечения и ухода за кожей, врач может направленно воздействовать на различные механизмы развития дерматозов. При этом важным являются регулярная коррекция назначенного лечения и диспансерное наблюдение за пациентом даже после достижения клинической ремиссии. Необходимо помнить о том, что, кроме местного и внутреннего лечения, необходимо повышение иммунитета (лечебная физкультура, 8-часовой сон, избегать стрессов, полноценное питание).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород : Изд-во НГМА, 2005. – 160 с.

2 Дарвей Э., Чу Т. Акне. – М.: Медпрессинформ, 2005. – 30 с.

3 Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Руководство для врачей, интернов и студентов. – Х.: Факт, 2007. – 792 с.

4 Молочков В.А., Семенова Т.Б., Молочков А.В., Корнева Л.В. Акне: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие: М., 2006. – 18 с.

5 Соснина Е.А., Чистякова И.А. Особенности клинических проявлений и терапия больных пустулезным псориазом // Леч. врач. – 2011. – № 10. – С. 18–24

6 Berbis P. Systemicretinoids (acitretin, isotretinoin) // Ann. Dermatol. Venereol. – 2007. – Vol. 134, № 12. – P. 935–941

7 Layton A. The use of isotretinoin in acne // Dermatoendocrinol. – 2009. – Vol. 1, № 3. – P. 162–169

8 Волкова Е.Н., Осипова Н.К., Григорьева А.А, Платонов В.В. Прогрессивные технологии ведения больных с угревой болезнью // Клин. дерм. и венер. – 2010. – № 1. – С. 74–78

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.Ж. СЕЙКЕТОВ
«Тері-венерологиялық диспансері» қалалық қазналық-коммуналдық мекемесі, Алматы қ.

АКНЕ (БЕЗЕУЛІК АУРУ)

Қазіргі уақытта, дерматологиялық тәжірибеде, акне ауруның өсуі жоғарлауда, өз алдында көптеген себептермен жасөспірімдер және егде жастар арасында таралу спектрі жоғары.

Соңғы жылдары дерматологтар акне ауруын емдеуде топиялық пен қатар жүйелік ретиноидтар колдана бастады. Мақала бойынша акне аурынын эффективті емдеу әдістері ретінде Дерива (жергілікті әсер ететін ретиноид зат – Адапален) препаратын колдану ұсынылган.

S U M M A R Y

A.Zh. SEIKETOV
City Public Utility Enterprise Dermatovenerologic Dispansary, Almaty c.

ACNE (SOLUTIONS TO THE PROBLEM)

Currently in dermatological practice there is an increase of such diseases as acne, which has many causes and a wide range of distribution among adolescents and representatives of more mature age. In recent years, dermatologists have been increasingly used not only topical retinoid in the treatment of acne but also systemic retinoid. This article presents the results of application of the drug Deriva (active ingredient – local retinoid Adapalene) in the treatment of acne, as one of the effective treatment method.

УДК 616.5-002-085:615.454.1

М.М. БАЙМУРАТОВА
Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОМАТА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Проведена оценка эффективности и безопасности лечения топическим стероидом Момат (мометазона фуроат крем 0,1%) у больных с атопическим дерматитом. Под наблюдением находилось 34 больных с атопическим дерматитом. В результате местного использования Момата отмечены хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов. Эффект наступал на 7-12 день, положительная динамика отмечена уже на 3-4 сутки.

Ключевые слова: *атопический дерматит, Момат крем, переносимость, положительная динамика.*

Атопический дерматит – это хроническое, рецидивирующее, мультифакториальное заболевание, характеризующееся возрастной эволюцией кожных проявлений, экссудативными и лихнеоидными высыпаниями, связанное с наследственной предрасположенностью к аллергии под воздействием экзогенных факторов.

Основным патогенетическим звеном его развития является Ig E – опосредованный механизм, индуцируемый аллергенспецифическими Th2-лимфоцитами и гиперчувствительность к специфическим и неспецифическим раздражителям.

Воздействие атопического генотипа приводит к запуску имммунных механизмов, обуславливающих развитие атопического дерматита. Также возможны приобретенные нарушения иммунного ответа вследствие неадекватного влияния на организм ребенка различных стрессовых ситуаций.

Атопический дерматит является одной из самых распространенных форм аллергических заболеваний. Заболеваемость колеблется по данным разных авторов от 6,0 до 15,0 на 1000 населения.

В большинстве случаев проявления атопического дерматита приходятся на ранний детский возраст, причем у 60-70% детей отмечают на первом году жизни. Чаще болеют женщины (65%), реже мужчины (35%). Заболеваемость атопическим дерматитом у жителей больших городов чаще, чем у жителей сельской местности. Отмечен рост заболеваемости атопическим дерматитом во всем мире, что связано с загрязнением окружающей сре-

ды, аллергизирующим действием некоторых продуктов питания, укорочением сроков грудного вскармливания, вакцинацией и др.

При атопическом дерматите в результате аллергического воспаления возникают повреждения рогового слоя эпидермиса и его гидро-липидной пленки, увеличиваются трансэпидермальные потери воды, уменьшается содержание свободных и связанных липидов кожи, что приводит к дефициту разветвленных и полиненасыщенных жирных кислот, сопровождается выраженной сухостью кожи, патологическим шелушением, нарушениями десквамации эпителия, утолщением рогового слоя эпидермиса и зудом.

Терапия больных атопическим дерматитом представляет значительные трудности из-за склонности к хроническому рецидивирующему течению, к торпидности проводимой терапии, требующей значительных расходов по лечению.

Терапия должна быть строго индивидуальной с учетом клинической формы, стадии и периода болезни, сопутствующих заболеваний и осложнений, поэтому терапевтические подходы при каждой из форм заболевания имеют свои особенности и заключаются в применении системной и наружной фармакотерапии.

Цели наружной терапии АД:

– купирование воспалительной реакции в коже;

– устранение или ослабление зуда;

– уменьшение сухости кожи и защита от неблагоприятных факторов внешней среды;

– длительное поддержание полученного терапевтического эффекта.

Среди средств наружной медикаментозной терапии особая роль принадлежит препаратам, которые в качестве активной субстанции содержат глюкокортикостероидные гормоны. Механизм лечебного действия местных глюкокортикостероидов основан на трех направлениях: противовоспалительное, сосудосуживающее, подавление пролиферации.

Противовоспалительный эффект местных глюкортикостероидов основан на подавлении альтерации, экссудации и пролиферации, что приводит к регрессу гиперемии, инфильтрации, отека и зуда.

Местные глюкокортикостероиды оказывают большое действие на гомеостаз иммунной системы.

Одновременно применение местных глюкокортикостероидов препятствует проникновению моноцитов, нейтрофилов и эозинофилов в очаг поражения и блокирует их участие в пролиферативной фазе воспаления, снижает чувствительность нервных окончаний к гистамину.

Препаратом выбора для лечения АД может быть Момат. Момат (мометазона фуроат крем 1%) – высококачественный местный кортикостероид 3 поколения, обладающий противовоспалительным, антиэкссудативным, противозудным и сосудосуживающим свойствами, позволяющий повышать эффективность, безопасность, переносимость, доступность при лечении. Препарат индуцирует синтез белков, ингибирующих фосолипазу А2 и липокортины. Эти белки контролируют биосинтез простагландинов и лейкотриенов путем торможения высвобождения их общего предшественника – арахидоновой кислоты. Момат подавляет скопление и дальнейшую миграцию клеток в область повреждения.

В результате проведенного комплексного лечения с использованием Момата субъективные ощущения больных в виде зуда, жжения разрешились на 3-4 сутки, разрешение отека и инфильрации на 5-6 сутки, клиническое выздоровление наступило у 25 больных, клиническое улучшение у 9 больных.

В результате местного использования Момата отмечены хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов. Отмечены достижения более быстрого регресса клинических проявлений и исчезновение субъективных ощущений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Федоров С.М., Кубанова А.А., Адо В.А., Селисский Г.Д., Макроносов М.А. Генетика и атопический дерматит // Вестник дерматологии и венерологии. – 1996. – №4. – С. 33-37

2 Гомберг М.А., Соловьев А.М., Аковбян В.А. Атопический дерматит //Русский медицинский журнал. – №20. – С.1326-1335

3 Сергеев Ю.В. Атопический дерматит //Медицина для всех. – 2002. – С. 183

4 Короткий Н.Г., Шарова Н.М., Тихомиров А.А. Новые возможности терапии атопического дерматита у детей в зависимости от его клинико-патогенетических вариантов // Росс. журнал кож.вен.бол. – 2000. – №6. – С. 35-38

5 Оразымбетова Ж.А., Толыбекова А.А. Возможности наружной терапиии аллергических заболеваний кожи // Пособие для врачей. – С. 11

6 Есенгараева З.Б., Сайлауова К.С. Современные ведения больных с атопическим дерматитом // Пособие для врачей. – С. 9-10

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.М. БАЙМҰРАТОВА

Облыстық дермато-венерологиялық диспансері, Шымкент қ.

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ МОМАТТЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастарда топикалық стероид Моматтың (мометазона фуроат крем 0,1%) пайдалылығына және қауіпсіздігіне баға берілді. Бакылауда атопиялық дерматитпен ауыратын 34 науқас болды. Моматты жергілікті қолдануда оның жағымсыз әсерінің жоқтығы және емделушілердің жақсы көтере алатыны анықталды. Оң нәтиже 3-4 күннен соң, ал айығу 7-12 күннен соң байқалды.

S U M M A R Y

M. M. BAYMURATOVA

Regional Dermatovenerologic Dispansary, Shymkent c.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE MEDICINE MOMAT IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

The estimation of efficiency and safety of treatment topic steroid Momat (mometazone furoat cream 0.1%) at patient with atopic dermatit is carried out. Under supervision there were 34 patients with atopic dermatit. As a result of local use Momat are marced good endure and absence of by-effects. The effect came on 7-12 day positive dynamics is marced for 3-4 day.

УДК 616-084

М.Б. РАХИМБАЕВА
Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

По данным ВОЗ, заболеваемость и смертность только в 10% зависят от усилий медиков, 40% – от наследственности и экологии, остальные 50% – от самого больного. Поэтому главной задачей в улучшении здоровья населения является формирование здорового образа жизни, нового отношения человека к своему здоровью. Профилактические программы являются основным элементом достижения здоровья и здорового образа жизни.

Ключевые слова: *здоровый образ жизни, факторы риска, профилактика.*

Во всем мире давно признано, что профилактика более прогрессивна по сравнению с лечением. Именно в этом главное направление в медицине, особенно если имеем дело с неинфекционными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, онкологическими, сахарным диабетом, остеопорозом. Практически ни одно из этих заболеваний вылечить до конца не удается, даже при самых рациональных, современных методах лечения без первичной профилактики, цель которой – уменьшение числа заболеваний. В противном случае количество больных и, соответственно, затраты на здравоохранение, будут постоянно расти.

Страны, благополучные в экономическом и социальном плане, сделали соответствующие выводы и реализуют их на практике. Первые исследования по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в США были начаты в 1948 г., у нас же только в начале 70-х, то есть уже на старте, мы отстали лет на 20.

Многие страны, например, Финляндия, уже доказали, что способны за счет изменения образа жизни снизить показатели заболеваемости и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях на 50%! Оптимальный вариант профилактики состоит именно в стратегии массовой профилактики. Основа ее – не допустить появления факторов риска, негативно влияющих на здоровье. В ее реализации огромная роль отводится средствам массовой информации: формируется благоприятное общественное мнение, среда, в которой медикам гораздо легче проводить конкретные профилактические мероприятия. Если сформируется общественное мнение, что курить – это очень плохо, то антикурительные кампании врачей будут плодотворны. Решение задачи массовой профилактики под силу лишь государству с его финансовой мощью.

Существует связь между факторами риска и заболевания не только сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт, инсульт), но и онкологическими заболеваниями различной локации, сахарным диабетом. Ведь факторы риска во многом общие – курение, ожирение, гиподинамия. Что же входит в программу борьбы, скажем, с гипертонической болезнью? Многие до сих пор считают, что основной причиной артериальной гипертензии являются стрессы. Не умаляя неблагоприятной роли стресса, рассмотрим иные причины. К ним, помимо наследственных генетических факторов, относят образ жизни и питание матерей. Наши главные враги – неумеренное потребление натрия (пищевой соли), переедание, низкая физическая активность. Также к факторам развития гипертонической болезни относят курение и алкоголь. Это беспокоит не только наших врачей, но и медиков других стран. Другая проблема – нехватка пищи. Раньше об этой проблеме не принято было говорить из-за нехватки пищи, теперь из-за нехватки денег. Число людей, страдающих ожирением, очень велико. Едят много, но не то, что принято считать здоровой пищей. За счет чего следует покрывать потребность в белке? Рыба, нежирное отварное мясо, мясо птицы, бобовые – фасоль, горох, соя. Появились хорошие кукурузное и оливковое масла, маргарины. А сливочного масла достаточно 5 граммов в день. Кстати о холестерине. Уровень его в крови (ммоль/л): до 5,2 – норма; 5,2 – 6,5 – легкая гиперхолестеринемия (воздействуют немедикаментозными мероприятиями); 6,5 – 7,8 – умеренно (лечат сочетанием немедикаментозных средств с лекарственной терапией, особенно при сочетанных факторах риска); свыше 7,8 – немедленная медикаментозная терапия.

В данной ситуации придерживаться профилактики лучше, чем обращаться позже за лечением. Лучшей же профилактикой будет являться диета. Холестерин попадает в организм с продуктами питания: его много в животных жирах, печени, мозгах, различных паштетах, яйцах. У него есть особенность – без жира он почти не всасывается! Поэтому, если человек ест яйца или печень, они должны быть приготовлены без жира! Это очень важная деталь. Как обойтись без жира, ведь он дает в 2 раза больше калорий, чем белки и углеводы? В этом случае очень интересен пример средиземноморской диеты. Среди живущих там людей очень мало больных атеросклерозом. Их продукт – макароны, но их едят не со шкварками и жиром, а с томатами, продуктами моря – мидиями, моллюсками и употребляют только растительное масло. Часто в меню бобы, фасоль, горох и соя. Что можно включить в наш рацион? Дешевые крупы, у которых сохранилась поверхностная часть: геркулес (не «экстра»), овсянка, перловка, гречка, серый рис.

Кроме круп и хлеба грубого помола лучше всего выводят холестерин фрукты, которые дают желе, – яблоки и сливы. Фруктовое желе, содержащее пектин и псиллим, связывает в кишечнике холестерин и желчные кислоты и выводит их из организма. В день нужно съедать минимум 2 яблока!

Есть еще один наш враг – гиподинамия. Как с ней бороться? Всеми доступными средствами. Не можешь ходить в спортзал – работай на садовом участке, займись ремонтом квартиры, играй в подвижные игры с ребенком, гуляй с собакой, то есть веди активный образ жизни.

Но если дело все же дошло до лечения, то тут необходимо предостеречь сердечников. Суточный ритм артериального давления очень индивидуален. Если больной, у которого давление ночью самопроизвольно снижается, принимает эффективный гипотензивный препарат, действующий в течение суток, то давление у него может упасть во время сна слишком низко, в результате, если у пациента ишемическая болезнь сердца, возможен приступ стенокардии и даже инфаркт миокарда. Такой больной может умереть во время сна. Подбор гипотензивной терапии обязательно должен проводиться врачом.

ТҰЖЫРЫМ

М.Б. РАХЫМБАЕВА

ҚР Президент Істері Басқармасының Орталық клиникалық ауруханасы

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ – АЛҒАШҚЫ САҚТАНДЫРУ

Ерекше түйіндеме ретінде, ДДҰ деректері қызмет етеді, ол бойынша ауыру және өлім тек 10% ғана дәрігерлердің күш-жігерлеріне байланысты, ал 40% – тұқым қуалаушылыққа және экологияға байланысты, қалған 50% – науқастың өзіне байланысты. Мысал келтіре кетелік. Жапонияда 30 жыл бұрын асқазанның ойықты жарасы ауруының, асқазан-ішек онкологиясының деңгейі жоғары болған. Дәрігерлер дер кезінде дабыл қағып, оның шешімін тапты. Олар 25 жастан асқан әр адамның жылына екі рет, көктемде және күзде, асқазанның биоктатын тексеру жолымен, гастрофиброскопиядан өтуіне міндеттеді. Мәселе шешілді: асқазан обырының бастапқы түрі толығымен анықтала басталды, Жапония халқының ойық жара ауруымен ауруы, әлем бойынша ең төмен болып саналады. Міне, сақтандыру тәсілі, осындай әсер береді.

SUMMARY

M.B. RAHIMBAYEVA

Central Clinical Hospital of the Medical Center of the Presidential Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan

HEALTHY LIFESTYLE IS A PRIMARY PREVENTION

The WHO data, according to which the morbidity and mortality only in 10% depend on the efforts of physicians, 40% – on heredity and environment, the rest 50% – on the patient, can serve as a unique summary. Here is an example. There was a very high incidence of gastric ulcer and duodenal ulcer, cancer of the gastrointestinal tract in Japan 30 years ago. Doctors sounded the alarm and found a way out. They obliged each person of 25 years and over to undergo a gastrofibroscopy with the examination of gastric bioptic material twice a year, in spring and in fall. The problem was solved: the initial forms of gastric cancer were fully identified; the incidence of peptic ulcer in Japan became the lowest one in the world. That is what makes a preventive approach.

ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 37.037.1:612.017.1:613.95:613.956

Ж.А. КАЛМАКОВА

Кызылординский государственный университет им. Коркыт Ата

УСТАНОВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ И СОСТОЯНИЕМ ИММУНИТЕТА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Имеется определенная зависимость между физическим развитием и состоянием иммунитета у детей; чем значительнее нарушения в физическом развитии, тем более выражены и достоверны неблагоприятные изменения в иммунограммах.

Ключевые слова: *физическое развитие, иммунитет, иммунный статус, заболеваемость, состояние здоровья.*

Физическое развитие является одним из важнейших показателей здоровья растущего организма. В ряде исследований указывается на определенную связь заболеваемости, функционального состояние систем со скоростью индивидуального развития, его гармоничностью, соматотипом.

Известно, что устойчивость организма к заболеваниям, его защитно-приспособительные механизмы в значительной степени связаны с его резистентностью, поэтому выявление связи физического развития с иммунологической реактивностью детей и подростков представляется важным для науки и практики.

Для достижения намеченной цели нами изучены физическое развитие, состояние здоровья и иммунитет детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет, проживающих в различных районах Кызылординской области, за 2010-2011 гг. Исследования физического развития проводили общепринятыми методиками у 127 детей и подростков, оценку – по комплексной методике, предложенной лабораторией гигиены детей и подростков и включающей определение уровня биологического развития и гармоничности морфофункционального статуса. При анализе заболеваемости использовали данные углубленных медицинских осмотров и заключение врачей – педиатра, невропатолога, гинеколога, принимающих участие в обследовании.

Оценку иммунного статуса проводили у 106 детей. Она включала определение абсолютного содержания в периферической крови лейкоцитов, абсолютного и относительного содержания лимфоцитов, Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, относительного содержания теофиллинрезистентных (Т-хелперы) и теофиллинчувствительных (Т-супрессоры) лимфоцитов, а также их соотношение (Тх/Тс), абсолютного и процентного содержания 0-клеток.

Как показали результаты исследования, 60-70% детей имели соответствующее возрасту развитие, исключение составили дети от 7 до 11 лет (начальный школьный возраст), где их количество по данному показателю определялось около 50%. Среди школьников количество детей, опережающих и отстающих в физиологическом развитии, было примерно одинаковое. Среди детей младшего школьного возраста количество детей с отставанием в развитии от календарного возраста было больше, чем с опережением (39,8 и 31,8%, соответственно).

Гармонично развитых детей было около 60%, исключение составили девочки от 15 до 17 лет, среди них таких было только 44%. Если в большинстве возрастно-половых групп распределение среди детей, дисгармоничных по морфофункциональному развитию, с дефицитом и избытком массы тела было примерно одинаковое,

то у мальчиков 7-11 лет преобладали дети с дефицитом (27,4%), а у 15-17-летних юношей – с избытком массы тела (26,2%).

При анализе состояния здоровья детей выявлено, что число патологических изменений было наибольшим у девочек-старшеклассниц (15-17 лет) и наименьшим у девочек от 7 -11 лет (табл. 1)

Таблица 1 – **Распространенность выявленных заболеваний по возрастно-половым группам (%)**

Исследуемые группы по полу	Исследуемые группы по возрастным группам		
	7-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
Мальчики	61,6	58,9	59,6
Девочки	51,7	57,7	63,3
Средний показатель	56,6	58,3	61,4

Ранжирование заболеваний и отклонений в состоянии здоровья по системам, наиболее уязвимым в детском и подростковом возрасте, показало, что заболевания органов дыхания занимают первое место во всех возрастно-половых группах. У девочек в группе 15-17 лет после заболеваний органов дыхания занимают отклонения в функции мочеполовой системы, а у юношей заболевания костно-мышечной системы.

Комплексная оценка состояния здоровья обследуемых позволила распределить их по группам здоровья (табл. 2).

Таблица 2 – **Распределение (в%) детей и подростков по группам здоровья**

Группы здоровья	Возрастно-половые группы					
	7-11 лет		12-14 лет		15-17 лет	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
I	21,2	21,2	37,7	30,0	18,4	23,1
II	63,7	59,4	43,4	44,4	51,4	41,3
III	15,1	19,4	18,9	25,6	28,9	35,6
IV	-	-	-	-	1,3	-

Как видно из таблицы 2, с возрастом число детей, отнесенных к I группе здоровья, уменьшается, исключение составляют юноши 15-17-летнего возраста, которым после диспансеризации перед постановкой на учет в военкомат проведена санация очагов хронической инфекции и другие оздоровительные мероприятия. Среди девушек того же возраста увеличение III группы связано с выявлением гинекологической патологии.

При анализе установлено статистически значимое увеличение с возрастом число детей с нарушением иммунного статуса: к 12 годам – 1,5 раза, к 15 годам – 2,5 раза по сравнению с изменением в группе 7-11 лет. Достоверных различий между мальчиками и девочками по частоте нарушений не выявлено. Наименьшая частота нарушений была в группе 7-11 лет.

Анализ иммунограмм показал, что у обследованных всех возрастно-половых групп имелось снижение среднего значения относительного содержания лимфоцитов в основном за счет Т-лимфоцитов. Выявленные отклонения по другим показателям иммунограмм: снижение процентного содержания Т-хелперов и Т-супрессоров, значительное увеличение В-клеток, причем с возрастом увеличивалось число показателей со статистически достоверным отклонением от нормы; нарушения состояния иммунной системы становились более разнонаправленными. Число детей, имеющих нарушения в иммунограмме, также возрастало. Сравнительный анализ данных иммунограмм по полу в разных возрастно-половых группах показал: хотя и имелись статистически достоверные различия по некоторым показателям, но они носили разнонаправленный характер без четких тенденции для определенного пола.

Выводы

1. Среди обследованных групп преобладали дети с соответствующим возрасту и гармоничным развитием. Во всех группах с дефицитом и избытком массы тела было примерно одинаковое, то у мальчиков 7-11 лет преобладали дети с дефицитом (27,4%), а у 15-17-летних юношей – с избытком массы тела (26,2).

2. С возрастом отмечались увеличение числа детей с патологией и уменьшение детей, отнесенных к I группе здоровья. У девушек после заболеваний органов дыхания второе ранговое место среди зарегистрированных заболеваний занимала патология мочеполовой системы, у юношей – костно-мышечной.

3. Изменение иммунного статуса имели около половины обследуемых, причем с возрастом число таких детей увеличивалось. Разница между мальчиками и девочками по частоте нарушений не выявлено. При анализе иммунограмм выявлено увеличение с возрастом числа показателей, имеющих отклонения от нормы.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.А. ҚАЛМАҚОВА

Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті

БАЛАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ИММУНИТЕТІ МЕН ДЕНЕ БІТІМІНІҢ ДАМУЫ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫСТЫ НЕГІЗДЕУ

Біздің жүргізген сараптамалар нәтижесі балалалар мен жасөспірімдердің иммунитеті мен дене бітімінің дамуы арасындағы байланыстың бар екенін анықтап, олардың физикалық денсаулық жағдайларына қатысты ауытқушылықтар неғұрлым айқын болған сайын соншалықты балалардың иммунограммалық сынамалар қортындысындағы жайсыз өзгерістердің жиі кездесетіндігін көрсетті.

S U M M A R Y

Zh.A. KALMAKOVA

Korkut Ata Kyzylorda state university

ESTABLISHING THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL DEVELOPMENT AND THE IMMUNE STATUS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

There is a relationship between physical development and the state of immunity in children, the greater the violation of physical development, the more pronounced and reliable adverse changes in the immunological.

ӘОЖ 616(574.54):311.14:314.4

Ж.А. ҚАЛМАҚОВА
Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНЫҢ ӘР ТҮРЛІ АУДАНДАРЫНДАҒЫ ХАЛЫҚТЫҢ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРҒА ҚАТЫСТЫ КӨРСЕТКІШТЕРІН САЛЫСТЫРУ

Қызылорда облысы бойынша жұқпалы емес аурулардың халық арасында таралу бағыттары (тенденция) 10 мәрте қайта қаралған АДК бойынша сарапталып, олардың арасындағы ең жиілерінің әр ауданға сай қарқындылық деңгейі анықталды.

Негізгі сөздер: *жұқпалы емес аурулар, қала тұрғындары, аурудың өсу қарқыны.*

Бұл жұмыста Қызылорда облысының Арал және Жаңақорған аудандарында тұрып жатқан қала халықтары арасында тіркелінген жұқпалы емес ауруларға талдау жасалынып, оларды өз ара салыстыру барысында анықталған ауытшылықтар мен заңдылықтарға талдау жасалынған. Мақсат еткен эпидемиологиялық – статистикалық талдауларды орындау үшін, осы аудан халықтары тіркелінген №10 емханасының статистикалық-ақпараттық материалдары пайдаланылды. Жинақталған материалдарды өңдеу В.Ю. Урбах [1] келтірген әдістермен жүргізілді.

Арал және Жаңақорған аудан тұрғындарының жалпы сырқаттылық көрсеткіштері 100% телініп, ары қарайғы жүргізілген талдаулар барысында әр нозологияға қатысты пайыздық деңгейлер тұрғылықты мекендеріне байланысты есептелініп шығарылды (1 кесте). Кестеде көрсетілгендей қатерлі әсәк ауруларының пайыздық мөлшері Арал ауданы тұрғындары арасында Қызылорда қаласы орташа жылждық көрсеткішімен және Жаңақорған ауданы көрсеткіштерімен салыстырғанда 0,9% және 1,1% мөлшерге артық болғандығы берілген.

Кесте 1 – **Зерттеу аудандары мен Қызылорда қаласында тіркелінген ауру кластарының пайыздық үлесі 2010-2011 жж.**

Аурулар класы МКБ-10	Қысқаша аталуы	Қызылорда қаласы	Жаңақорған ауданы	Арал ауданы
II	Қатерлі ісіктер	1,4	1,2	2,3
III	Қан және қан түзілу жүйесі	13,3	12,0	11,2
IV	Эндокриндік жүйе А	4,5	3,5	6,5
V	Психика бұзылыстары	1,8	-	2,0
VI	Жүйке жүйесі А	6,5	6,5	9,7
VII	Көз және оның өсінділері А	7,0	7,8	12,2
VIII	Құлақ, көмей, мұрын А	10,7	5,0	9,2
IX	Қан айналу жүйесі А	11,3	8,5	9,0
X	Тыныс алу ағзалары А	16,0	16,0	16,0
XI	Ас қорыту ағзалары А	15,0	14,0	12,7
XII	Тері А	8,0	7,0	13,3
XIII	Сүйек–ет жүйесі А	4,8	5,2	5,5
XIV	Несеп–жыныс жүйесі А	12,2	11,3	14,7
XV	Жүктілік, босану асқыныстары	9,8	-	3,7
XVII	Туа біткен аномалия, кемістіктер	2,7	1,8	2,2
XIX	Жарақаттану мен уланулар	9,7	8,8	4,2
Түсініктеме: А – аурулар				

Қан және қан түзілу жүйесі аурулары керісінше Қызылорда қаласы көрсеткішімен салыстырғанда Арал ауданында 1,0% мөлшерге, ал Жаңақорған ауданы тұрғындарында 2,1% кем болғандығын анықтадық. Эндокриндік және жүйке жүйесі ауруларының Жаңақорған ауданы тұрғындарында Қызылорда қаласы ортақ көрсеткіштік деңгейімен салыстырғанда 2,0 және 3,2% мөлшерге, ал Арал ауданы көрсеткіштерімен салыстырғанда 3,0 және 3,2% артық болғандығы тіркелінген.

Ал тыныс алу жүйесі аурулары грипп және ЖРА қоса есептегенде барлық зерттеу топтарында біркелкі деңгейде анықталса (16%), ал ас қорыту жүйесіне қатысты гастрит, дуоденит, панкреатит сияқты аурулардың пайыздық деңгейінінің жалпы Қызылорда қаласы тұрғындары арасында басымдылықта болғандығы анықталып, Жаңақорған ауданы көрсеткіштерімен салыстырғанда 2,3% мөлшерге, Арал ауданы көрсеткіштерімен салыстырғанда 1,0% жиірек тіркелгендігін анықтадық.

Аурулардың таралу деңгейін сараптау барысында, жекелеген ауру кластарының алатын рангілік орынын зерделеудің маңыз ерекше екендігін есепке ала отырып, жүргізілген салыстырулар нәтижесі алғашқы, немесе ең жиі кездесетін ауру кластарына тыныс алу жүйесі, ас қорыту жүйесі, қан және қан түзілу жүйесі, қан айналу жүйесі ауруларымен және жараққаттану, улану көрсеткіштерінің жоғары болатындығын көрсетті (кесте 2).

Кесте 2 – **Жиі тіркелінген ауру кластарының рангілік құрылымы**

Рангілер (орын)	Қызылорда қаласы	Жаңақорған ауданы	Арал ауданы
1	X	X	X
2	XI	XI	XIV
3	III	III	XII
4	XIV	XIV	XI
5	XIX	IX	VII

Жоғарғы кестеде көрсетілгендей, барлық салыстыру топтарындағы алғашқы рангілік орынды тыныс алу жүйелері иемденіп, ары қарайғы орындардағы ауру кластарының орналасуындағы айырмашылықтардың болғандығын байқаймыз.

Жалпы, Қызылорда қаласы тұрғындары арасындағы екінші рангілік орындағы көп таралған ауру класы ас қорыту жүйесіне қатысты болып, ода кейінгі орындарды қан және қан түзілу жүйесі, несеп-жыныс жүйесі ауларының және жарақаттану, улану көрсеткіштерінің иемденгендігі анықталды. Ал Жаңақорған ауданы тұрғындары арасындағы ауру кластарының таралуы да Қызылорда қаласы көрсеткіштерімен ұқсастықта болып, тыныс жолдары жүйесі

ауруларынан кейінгі орынды ас қорыту жүйесі, қан және қан түзілу жүйесі және несеп-жыныс жүйесі аулары иемденсе, ал олардан кейінгі орынды қан айналу жүйесі ауруларының алатындығын байқадық.

Ал Арал ауданы тұрғындарында тіркелінген ауру кластары арасындағы тыныс жолдары ауруларынан кейінгі орындарды; несеп-жыныс жүйесі, тері және тері асты талшықтары, қан және қан түзілу жүйесі, көз және көз талшықтары ауруларының алтындығы тіркелінген. Ал басқа топтардағы белсенділікте болған қан айналу жүйесі және жарақаттану, улану көрсеткіштері салыстырмалы тұрғыда төмен болды.

Қрытындылай келгенде, салыстыруға алынып отырған Жаңақорған ауданы тұрғындарында тіркелінген ауру кластарының үлестік деңгейі мен жүйе аралық таралуы Қызылорда қаласының көрсеткіштерімен деңгейлес болып, Арал ауданы тұрғындарының аурушаңдық деңгейлерінің анағұрлым жоғары және белгіленген ауру кластарының тарлуы деңгейі мен құрылымдық ерекшеліктерінің де өзгеше болғандығы анықталды. Бұл ауру кластарына қатысты белгіленген ерекшеліктер мен ауытқушылық деңгейлеріне ықпал ететін сыртқы және ішкі факторлар жиынтығы кешенді де ғылыми тұрғыдағы сауатты зерттеулерді қажет ететіндігі сөзсіз [2,3].

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Урбах Ю.В. Биометрические методы. – М., 1964

2 Шекбаева К.Б., Абилов К.А., Досқожаев К.М. Взаимосвязь охраны окружающей среды и здоровья сельского населения. / Здоровье и болезнь. – Алматы, 2007. – №5. – С. 23-25

3 Беляков В.Д., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. – М, 1989, – С. 140

Р Е З Ю М Е

Ж.А. КАЛМАКОВА

Кызылординский государственный университет им. Коркыт Ата

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиолого-статистическими методами проанализирована распространенность среди населения неинфекционных заболеваний по классам МКБ-10 за 2008-2011 годы.

Определены тенденции развития наиболее массовых заболеваний по отдельным районам Кызылординской области с вычислением среднегодовых темпов прироста.

S U M M A R Y

Zh.A. KALMAKOVA

Korkut Ata Kyzylorda state university

COMPARISON OF THE FACTORS POPULATIONS LIVING IN DIFFERENT REGION KYZYLORDINSKOY AREA

Epidemiologo-statistical methods are analysed распространенность amongst populations неинфекционных diseases on class MKB-10 for 2008- 2011.

The Certain trends of the development of the most mass diseases on separate region Kyzylordinskoy area with calculation fair-annual growth rate.

УДК 574:502:347.63

Ж.А. КАЛМАКОВА

Кызылординский государственный университет им. Коркыт Ата

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В результате проведенных исследований установлена причинно-следственная связь между реальной химической нагрузкой приоритетными ксенобиотиками и уровнем основных клинических форм заболеваемости среди детей, проживающих в регионе Приаралья.

Ключевые слова: *дети, заболевания, факторы риска, патология.*

Загрязнения различными экологически неблагополучными факторами воздуха, воды, почвы, неблагоприятные санитарные условия, биологические факторы, ультразвуковое излучение – все это приводит к ухудшению состояния экосистем и является существенным экологическим фактором риска для здоровья детей, а во многих случаях и для здоровья их матерей.

Поэтому проблема здоровья детей, проживающих в различных экологически неблагополучных регионах, является одной из актуальных в педиатрии.

Это объясняется не только увеличением числа детей с хронической сочетанной патологией, но и необходимостью разносторонней оценки уровня и степени гармоничности физического развития, функционального состояния основных органов и систем, количественного и качественного распределения малых аномалий развития, цитогенетических показателей для разработки оптимальных методов терапии и генетического прогноза здоровья. Значение диагностики и обоснования прогноза последствий воздействия внешних причин у детей, проживающих в регионах экологических катастроф, определяется не только необходимостью проведения диспансерного наблюдения, но и выделения детей в группы риска по развитию хронической сочетанной патологии.

В основу научно-исследовательской работы положены результаты углубленного клинического обследования 994 детей в возрасте от 7 до 15 лет, госпитализированных в Республиканскую детскую клиническую больницу «Аксай» с 1997 по 2007 гг. Все обследованные дети были условно разделены на три группы.

Первую группу составили 774 ребенка, проживающие с рождения в регионе Приаралья. Регион Аральского моря

с учетом воздействия экологически неблагоприятных факторов разделен на три зоны:

I – зона экологической катастрофы (Казалинский район);

II – кризисная (Жалагашский район);

III – зона относительного благополучия (Шиелийский район).

Вторую группу составили 120 детей, постоянно проживающих в Абайском районе Восточно-Казахстанской области, относящемся к зоне максимального радиационного риска (территории, прилегающие к Семипалатинскому ядерному полигону).

Третью группу – группу сравнения составили 150 человек, проживающие в Жамбылском районе Алматинской области.

У 100% обследованных детей было выявлено поражение различных органов и систем. Основной патологией у большинства обследованных детей из трех экологически неблагополучных регионов были заболевания органов пищеварения (89,0 – 92,0%). Патология верхних дыхательных путей в виде хронических очагов инфекции носоглотки во всех обследованных группах составляет 76,7-80,6% и регистрируется в 1,6-1,7 раза достоверно чаще ($p< 0,001$), чем у детей группы сравнения. Заболевания мочеполовой системы были выявлены более чем у половины детей Жалагаша (52,9%) и Казалинска (57,5%) и практически у 1/3 обследованных детей Шиели (34,3%) и в 2,1 – 3,6 раза достоверно чаще ($p< 0,001$) регистрировались у детей Аральского региона, по сравнению с аналогичным показателем детей группы сравнения.

Патология центральной нервной системы занимает четвертое место в структуре заболеваний среди детей Аральского региона (42,5 – 55,7%) и в 1,9-2,5 раза достоверно ($p<0,01$) чаще встречается по сравнению с аналогичным показателем детей группы сравнения.

Заболевания, выявленные у детей, имели следующие особенности: хроническое, торпидное течение, одновременное поражение нескольких систем и органов, неяркую клиническую картину симптомов и синдромов. Проведенное углубленное клинико-функциональное, лабораторное и инструментальное обследование детей позволило установить среднее количество сочетанных пораженных систем и заболеваний у обследованных детей. Установлено, что в патологический процесс вовлекались примерно четыре системы организма одного ребенка Аральского региона (Шиели – 4,1; Жалагаш – 4,3; Казалинск – 4,0), по сравнению с аналогичным показателем детей группы сравнения – 2,7. Среднее количество сочетанных патологий на одного ребенка у детей Приаралья составило 9 и более (Шиели – 9,3; Жалагаш – 9,6; Казалинск – 9,4), тогда как аналогичный показатель у детей группы сравнения был 7,9. Наибольший процент детей Шиели (20,9%) имели 8 сочетанных хронических патологий. Среди детей Шиели 55,3% имели сочетание от 9 до 16 хронических патологий.

Данные анамнеза детей позволили с помощью методов доказательной медицины определить факторы риска развития хронических заболеваний МВС у детей Приаралья. Абсолютным фактором риска является постоянное проживание в регионе с загрязнением окружающей среды (100%). Относительными факторами риска развития хронических заболеваний у детей могут рассматриваться признаки, наиболее часто выявляемые при опросе и обследовании детей из ЭНР – перенесенные ребенком вирусные инфекции (ветряная оспа, корь, краснуха), вирусный гепатит, острые кишечные инфекции, травмы, ожоги, операции, отравления (96,1±1,9%). К группе риска развития хронических соматических заболеваний также необходимо отнести наличие у ребенка отягощенного акушерского анамнеза матери (70,8±4,4%).

В результате научного комплексного обследования детей Приаралья установлены клинические и биохимические критерии современного течения хронического тубулоинтерстициального поражения почек, сопровождающегося развитием функционально-компенсированной стадии, регистрируемой в клиниках чаще как «хронический пиелонефрит».

Ядерно-физические методы диагностики содержания микро- и макроэлементов в биологических жидкостях организма детей установили нарушения баланса микроэлементов в крови 103 детей основной группы больных ХТИПП, снижение уровня макроэлементов фосфора, магния, железа и эссенциальных элементов меди, цинка, йода, в 2-3 раза от нормального показателя; повышение уровня хрома, селена, свинца, никеля, марганца, цинка, ванадия, относящихся к условно биогенным микроэлементам первого и второго класса опасности, т. е. определено наличие микроэкологического равновесия в организме детей, с рождения проживающих в Приаралье.

У детей двух сравниваемых групп имеет место различный качественный состав крови. Отличительной особенностью детей основной группы является существование на фоне дефицита жизненно важных микро- и макроэлементов (железо, цинк, медь, йод), участвующих в тканевом дыхании, хронической интоксикации, обусловленной кумулированием в крови повышенных концентраций различных химических токсических веществ, наиболее опасными из которых являются хром, стронций, кадмий, ванадий, ртуть. В отличие от детей Приаралья у детей п. Алатау преобладает дефицит кальция, железа, марганца и цинка. Но не наблюдается повышение уровня веществ – никеля, хрома, стронция, бария и урана, которые в высоких концентрациях оказывают токсическое действие на организм ребенка. Таким образом, впервые установлен «элементарный портрет» ребенка с хронической патологией МВС, проживающего в регионе Приаралья.

Учитывая тот факт, что качественный и количественный состав мочи является менее статичным по сравнению с кровью, сравнительный анализ данных по содержанию микроэлементов в моче детей основной и группы сравнения установил, что у детей основной группы с заболеваниями МВС в моче выявляются повышенные содержания макроэлементов и биогенных микроэлементов (аккумулирующих).

Так, уровень молибдена (Mo) повышен в 3,7 раза при норме 0,14; показатели кальция (Ca) увеличены в 1,4 раза при норме до 250; уровень меди (Cu) повышен в 3,7 раза при норме до 75; по величине хрома (Cr) в моче у детей Приаралья отмечается превышение ПДК в 3 раза и т.д. ХОП (ДДТ, ДДЕ, ГХБ) в моче детей Приаралья определяются в ряде проб в значениях – 2 нг/мг (в норме должны не определяться).

В моче у детей с хроническими заболеваниями МВС, проживающих в регионе экологического неблагополучия, обнаружены повышенные концентрации химических токсических веществ, практически аналогичные химическому составу крови, что указывает на возможное токсическое воздействие на организм в целом и наличие контакта химических токсических соединений с мочевыми путями детей Приаралья.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлена причинно-следственная связь между реальной химической нагрузкой приоритетными ксенобиотиками и уровнем основных клинических форм заболеваемости среди детей, проживающих в регионе Приаралья.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.А. ҚАЛМАҚОВА

Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ТҰРҒЫДАН ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТАРДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ЫҚПАЛЫ

Жүргізілген ғылыми зерттеулердің қорытындысы Арал өңірдегі қоршаған ортада кездесетін ксенобиотиктар және балалар денсаулығын сараптау барысында анықталған әртүрлі клиникалық тұрғыдағы аурушаңдық көрсеткіштері арасындағы тығыз байланыстың бар екенін анықтап берді.

S U M M A R Y

Zh.A. KALMAKOVA

Korkut Ata Kyzylorda state university

INFLUENCE OF THE EXTERNAL AMBIENCE IN ZONE OF THE ECOLOGICAL CATASTROPHE ON SHAPING OF HEALTH OF THE BABY POPULATION

As a result called on studies is installed causal relationship between real chemical load priority ксенобиотиками and level of the main clinical forms to diseases amongst детей, living in region Priaraliya.

УДК 617.751.6-08

Г.А. ИМАШЕВА

Городская больница, г. Капшагай

АМБЛИОПИЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛЕОПТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В данной работе отражается актуальность проблемы амблиопии у детей и эффективности плеоптического лечения, так как амблиопия является одной из частых и серьезных проблем низкого зрения у детей.

Ключевые слова: *дети, амблиопия, плеоптическое лечение, острота зрения.*

Амблиопия – это обратимое функциональное снижение остроты зрения ниже уровня возрастной нормы, возникшее в результате нарушения передачи и восприятия адекватного изображения. Амблиопией страдает 5% общей популяции.

К первичным видам амблиопии относятся:

1. Рефракционная амблиопия, которая возникает у детей в результате своевременно не корригированных очками аметропий, препятствующих развитию детского зрения.

2. В основе дисбинокулярной амблиопии лежит нарушение бинокулярного зрения, возникшее в результате косоглазия и несвоевременного назначения или ненадлежащего выполнения окклюзионного режима.

3. При истерической амблиопии причиной снижения остроты зрения являются нарушения деятельности центральной нервной системы.

К вторичным видам амблиопии относятся:

1. Обскурационная амблиопия, возникающая в результате патологии органа зрения, препятствующей попаданию изображения на сетчатку. Наиболее частыми причинами являются катаракта и птоз верхнего века.

2. В качестве причины неврогенной амблиопии могут быть рассмотрены любые заболевания зрительного нерва (невриты, застойные диски и т. д.).

3. При макулопатической амблиопии сниженное зрение отмечается после перенесенного заболевания центральной и парацентральной зоны сетчатки.

4. Нистагмическая амблиопия возникает на фоне нистагма, чаще всего маятникообразного или смешанной формы.

5. При комбинированной амблиопии имеет место совокупность вышеперечисленных причин.

Амблиопия по степени снижения остроты зрения:

1. Слабой степени 0,4-0,8
2. Средней степени 0,2-0,3
3. Высокой степени 0,05-0,1
4. Очень высокой степени 0,04- и ниже.

Диагностика амблиопии

Следует отметить, что не каждое снижение остроты зрения следует рассматривать как амблиопию, особенно это относится к пациентам детского возраста [1].

Следующие методы обследования помогут установить правильный диагноз :

1. Визометрия.
2. Рефрактометрия.
3. Определение состояния глазодвигательной системы.
4. Определение фиксации.
5. Инструментальные методы исследования органа зрения, включая электрофизиологические.

Лечение

Лечение амблиопии возможно как консервативными, так и оперативными методами. Консервативные методы лечения включают проведение оптической коррекции, окклюзии, плеоптики [2].

1. Оптическая коррекция. При наличии у пациента амблиопии, сопровождающей аметропию, постоянная очковая или контактная коррекция является обязательным условием.

2. Окклюзия. Плеоптическая окклюзия является вторым обязательным условием успешного лечения амблиопии.

3. Плеоптика – выключение ведущего глаза из акта зрения. Приступить к проведению плеоптического лечения можно только после устранения этиологической причины. Выбор тактики и методов плеоптического лечения зависит от вида фиксации.

Центральная фиксация. Возможно комплексное плеоптическое лечение с использованием всего арсенала методик (засветы, компьютерные программы, лазеростимуляция, электростимуляция, магнитостимуляция, тренировки аккомодации).

При нецентральных видах фиксации важно в первую очередь перевести их в центральную. Нецентральные внутримакулярные виды фиксации – основным видом лечения является переориентирование на макулотестере.

Нецентральные внемакулярные виды фиксации – проводится монокулярное пространственное переориентирование после выполнения засветов на безрефлексном офтальмоскопе.

После исправления фиксации плеоптические мероприятия проводятся по стандартной схеме. К хирургическим методам лечения амблиопии обращаются при анизометропических состояниях, невозможности пользоваться контактной коррекцией. В послеоперационном периоде также показаны стандартные плеоптические мероприятия.

В дальнейшем, даже после успешного лечения амблиопии, все пациенты находятся под диспансерным наблюдение офтальмолога.

Цель работы – изучение частоты, структуры амблиопии у детей, эффективности плеоптического лечения [3].

Материал и методы

Анализу подвергнуто 186 детей с амблиопией, находящихся на диспансерном учете, из них 82 (44,1%) девочки и 104 (55,9%) мальчика.

По возрастным периодам: до 1 года – 4 (2%)

1-3 года – 17 (9%)

4-6 лет – 32 (17%)

7-10 лет – 61 (33%)

11-14 лет – 72 (39%).

Т.е. большинство составили дети школьного возраста. Изучение рефракции показало, что основными видами аметропии были гиперметропия (59,3%), гиперметропия с астигматизмом (36,2%), смешанный астигматизм (2,9%), миопический астигматизм (1,6%).

Среди детей с обскурационной амблиопией в 69,4% наблюдалась катаракта, в 24,5% – афакия, в 3,4% – артифакия, в 2,7% – блефароптоз, патология роговицы.

У детей с дисбинокулярной амблиопией наблюдалось косоглазие содружественное постоянное в 90,3% случаях, в 9,7% – непостоянное.

Эффективность плеоптического лечения изучена у 70 детей 3 – 14 лет с амблиопией различного генеза, прошедших лечение в КОЗД (кабинете охраны зрения детей). Из них с рефракционной амблиопией 25 детей (36%), с обскурационной 17 (24%), с дисбинокулярной 19 (27%), с анизометропической 9 (13%).

Амблиопия слабой степени наблюдалась у 30 детей (43%), средней степени у 20 детей (28%), высокой степени у 14 (20%) и очень высокой степени у 6 (9%).

Результаты плеоптического лечения

Средняя острота зрения без коррекции повысилась на 0,04, с коррекцией на 0,14. В целом повышение остроты зрения на 0,01 – 0,2 наблюдалось в 60,1% случаев, у остальных детей острота зрения осталась прежней. В результате традиционного лечения средняя острота зрения у детей с амблиопией слабой степени повысилась на 0,2, средней степени на 0,15, высокой степени на 0,1, очень высокой степени на 0,03. Соответственно изменилась структура амблиопии по степеням. Так удельный вес амблиопии очень высокой степени уменьшился в 1,8 раза (с 9 до 5%), высокой степени в 1,4 раза (с 20 до 14%), средней степени в 1,9 раза (с 28 до 15%), а слабой степени, наоборот, увеличился в 1,5 раза (с 43 до 66%).

Выводы

Таким образом, на основе анализа частоты, структуры амблиопии у детей и эффективности плеоптического лечения установлено, что во всех возрастных группах преобладали мальчики, особенно в возрастной период 11-14 лет. В структуре амблиопии преобладала обскурационная. У большинства детей амблиопия выявлена в довольно поздние сроки, после 6 лет. Преобладали дети с амблиопией средней, высокой, очень высокой степенями. У большинства детей наблюдалось косоглазие содружественное, постоянное сходящееся, альтернирующее неаккомодационное. Основным видом аметропии являлась гиперметропия. После традиционного лечения повышение остроты зрения наблюдалось в 60,1% случаев. Средняя острота зрения без коррекции повысилась на 0,04, с коррекцией – на 0,14.

Итак, анализ подтвердил актуальность выбранной темы и диктует необходимость поиска новых подходов к лечению амблиопии с использованием современных технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аубакирова А.Ж.Врожденные заболевания глаз и детей в Казахстане. – Алматы,1998. – 175 с.

2 Хенкин В.А. Лечение косоглазия у детей, 1986. – 51 с.

3 Қазақстан офтальмологиялық журналы. – 2006. – №2. – 9 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.А. ИМАШЕВА

Қалалық аурухана, Қапшағай қ.

АМБЛИОПИЯ. ПЛЕОПТИКАЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

БКҚК (балалар көздерін қорғау кабинеті) ем алған, әр түрлі генездегі амблиопиясы бар 186 баланың деректерін талдау, аблиопияның үлестік салмағының өсу үдерісінің байқалғанын көрсетті. Бірінші орында обскурациялық амблиопия, екінші орында дисбинокулярлық амблиопия, үшінші орында рефракциялық амблиопия тұр. Амблиопиямен ауыратын науқастар арасында ұл балалар басымдылыққа ие. Плеоптиялық емделуден кейін балалардың көпшілігінің көз жанарының көру өткірлігі артады, бұл болса плеоптиялық емдеудің тиімділігін көрсетеді.

S U M M A R Y

G. A. IMASHEVA

City hospital, Kapshagay c.

AMBLIOPIYA. RESULTS OF PLEOPTIC TREATMENT

The analysis of data on 186 children with amblyopia of different genesis, treated at the children's eyesight protection office (CEPO) showed that there was a trend to an increase in the proportion of amblyopia. Amblyopia of obscure origin takes the first place, strabismic amblyopia – the second one and refractive amblyopia – the third one. Boys prevail among the patients with amblyopia. After the pleoptic treatment, the improvement of visual acuity was observed in most children, which means the effectiveness of the pleoptic treatment.

УДК 616.379-008.64-056.7:614.215

Н.Ю. МА, А.Е. ЕРКЕБАЕВА
Санаторий «АК-БУЛАК», АО Корпорации «КАЗМЫС», Талгарский район, п. Чимбулак

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «АК-БУЛАК» АО КОРПОРАЦИИ «КАЗМЫС»

Диабетическая полинейропатия (ДП) является частым осложнением сахарного диабета (СД). В данной статье указаны симптомы (жалобы, осмотр) раннего распознавания и дифференцирование различных форм ДП, что несомненно важно знать практическим врачам.

Ключевые слова: *диабетическая полинейропатия (ДП), сахарный диабет (СД), моторно-сенсорная, висцеральная формы.*

Диабетическая полинейропатия (ДП) – поражение нервной системы вследствие сахарного диабета (СД), является одним из наиболее частых осложнений СД, при котором в патологический процесс вовлекаются различные отделы нервной системы (головной и спинной мозг, периферические, соматические и вегетативные нервы) [1].

Патогенез ДП многофакторный, в его основе лежат как сосудистые, так и метаболические нарушения, которые приводят к демиелинизации и дегенерации нервных волокон. Сосудистый компонент характеризуется эндотелиальной дисфункцией и, как следствие, микроангиопатия, при которой повышается проницаемость сосудистой стенки, появляется отек, гипоксия нерва; кроме того, нарушается гемостаз в виде увеличения вязкости крови за счет усиления агрегации, адгезии [3].

Часто ДП протекает бессимптомно, однако предрасполагает к микротравматизации и формированию язв ног вследствие чувствительных расстройств. Тяжелые сосудисто-метаболические нарушения, как дебют СД, ДП, приводят к инвалидизации больных, ухудшению их качества жизни.

Цель данной статьи – информирование о различии жалоб, объективных данных при осмотре и обследовании различных форм диабетической нейропатии, о реабилитационной терапии ДП в данном санатории, показать степень эффективности проведенных лечебных мероприятий.

Причины диабетической полинейропатии (ДП): проявления ДП зависят от длительности сахарного диабета (СД), возраста, наличия сопутствующих заболеваний, как артериальная гипертония (АГ), ожирение, наличия вредных привычек, в частности курения, наследственной предрасположенности.

Лица, приезжающие в санаторий с целью оздоровления, были с верифицированными диагнозами. Среди отдыхающих санатория «АК-Булак» с неврологическими заболеваниями 15% составляют пациенты с СД, ДП. За период с 2011 по 2012 гг. с патологией сахарного диабета отдыхали 178 человек, из них с диабетической нейропатией 93 человека. В возрастной категории преобладал возраст 55-65 лет, чаще у женщин. Помимо СД у них отмечались сопутствующие артериальная гипертония, ожирение, хронический пиелонефрит.

Клинически были выделены 2 формы диабетической нейропатии, а именно моторно-сенсорная и висцеральная. Жалобы при этих формах несколько отличаются, что видно из таблицы 1.

Поражение больших волокон сопровождается нарушением тактильной, вибрационной чувствительности; малых – болевой, температурной чувствительности. Двигательные расстройства появляются на более поздних стадиях заболевания. При этом жалобы, характерные для ДП, отмечаются только у 1/2 больных, а у остальных ДП носит бессимптомный характер [2].

При осмотре тоже есть отличия этих форм друг от друга (табл. 2).

Диагноз ДП ставится на основании анамнеза, клиники, обследования, при исключении других причин поражений нервной системы (недостаточности витамина B_{12}, анемии, гипотиреоза, отравлений солями тяжелых металлов, уремии).

Реабилитационное санаторное лечение включало следующие мероприятия:

Диетотерапию №9, фитотерапию для снижения сахара в крови и нормализации изменений в ЖКТ; шубат; гидропроцедуры (циркулярный душ, подводный душ-массаж, душ Шарко, фитованны, скипидарные ванны), усиливающие кровообращение; грязевые, глиняные и парафино-озокеритные аппликации на дистальные отделы конечностей с целью улучшения микроциркуляции; массаж классический, точечный, Шиацу; ЛФК с акцентом на ослабленные мышцы для повышения их тонуса и тургора; физиопроцедуры (электрофонофорез, УЗТ с гидрокортизоном, магнезией, бромом, ДДТ, магнитотерапия, геска, биоптрон, витафон), ИРТ (корпоральная, аурикулярная, краниопунктура, электромиостимуляция гипотрофичных мышц, прижигание основных энергетических точек), психотерапия, улучшающая адаптацию пациента к окружающим его условиям жизни.

По поводу иглорефлексотерапии (ИРТ) хочется добавить, что сочетание классической корпоральной пунктуры с краниальной ускоряет процесс восстановления

Таблица 1 – **Сравнительная характеристика жалоб**

Жалобы	Моторная нейропатия	Висцеральная нейропатия
Парестезии (жжение, покалывание, чувство ползания мурашек, онемение)	+++	++
Головокружение	+	+++
Затруднение ходьбы	+++	+
Смены положения тела	+++	++
Судороги в ногах	+++	+
Наличие каллюса (омозолелости) стоп	+++	-
Расстройство стула	+	+++
Расстройства мочеиспускания, потенции	+	+++
Снижение чувствительности	+++	+
Боли в покое, по ночам	+++	++
Жажда, сухость во рту	+	+++

в 2-3 раза и по степени эффективности, и по срокам улучшения.

Несомненно, комплексный и вдумчивый подход к каждому индивидууму, виду и форме заболевания является гарантом положительной динамики восстановительной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Болезни нервной системы (руководство для врачей), Поражение нервной системы при поражении поджелудочной железы. – «Медицина», Москва, 1982. – Т. 2. – С. 256

2 Маньковский Б.Н. Лечение болевых форм диабетической нейропатии, Киев, Украина, 2010. – С. 4

3 Вейн А.М., Табеева Г.Р. Заболевания вегетативной нервной системы (руководство для врачей). Вегетативные нарушения в конечностях. – Москва: «Медицина», 1991. – С. 230

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Ю. МА, А.Е. ЕРКЕБАЕВА
«АҚ-БҰЛАҚ» санаторийі,
«ҚАЗМЫС» Корпорациясы АҚ,
Талғар ауданы, Шымбұлақ кенті

ДИАБЕТТІК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ. «ҚАЗМЫС» КОРПОРАЦИЯСЫ» АҚ «АҚ БҰЛАҚ» САНАТОРИЙІ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ САУЫҚТАНДЫРУ

Қант диабетінің (ҚД) жиі асқынуы, диабеттік полинейропатия (ДП) болып табылады. Бұл жұмыста осы асқынуды ерте диагностикалаудың белгілері келтірілген, ал оларды білу, бұл аурудың ерте кезеңінде дәрігердің жұмысына көмектеседі, ал пациенттерді өз-өзіне мұқият болуға үйретеді.

S U M M A R Y

N.Y. MA, A.Y. YERKEBAYEVA
Sanatorium "Ak-Bulak",
JSC of KAZMYS Corporation,
Talgar district, Chimbulak v.

DIABETIC POLYNEUROPATHY. REHABILITATION IN THE CONDITIONS OF SANATORIUM "AK-BULAK" OF JSC OF KAZMYS CORPORATION

Таблица 2 – **Сравнительная характеристика осмотра**

Осмотр	Моторно-сенсорная нейропатия	Висцеральная нейропатия
Затруднена походка	+++	++
Сухость кожных покровов	++ +	+++
Деформация плюсневых суставов	+++	+
Затруднение смены положения тела	+++	++
Гипотрофия мышц бедра, голени, стоп	+++	+
Наличие каллюса (омозолелости) стоп	+++	-
Пульсация на стопах сохранена	+++	+++
Расстройства мочеиспускания, потенции	+	+++
Снижение чувствительности	Тактильной, вибрационной	Болевой, температурной
Снижение, отсутствие коленных, ахилловых рефлексов	+++	+
Расстройства чувствительности по типу «носков», «перчаток»	+++	+
Поражение ног, рук	+++	+
Поражение внутренних органов	+	+++

Diabetic polyneuropathy (DP) is a common complication of diabetes mellitus (DM). In this work we present the symptoms of early diagnosis of this complication, the knowing of which will help doctors in the work during early stages of this disease, and will teach patients to be more attentive to themselves.

УДК 616.85-08:614.215-057.21

Н.Ю. МА, А.Е. ЕРКЕБАЕВА
Санаторий «АК-БУЛАК», АО Корпорации «КАЗМЫС», Талгарский район, п. Чимбулак

ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ У ШАХТЕРОВ. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ «АК-БУЛАК» АО КОРПОРАЦИИ «КАЗМЫС»

Вегетативно-сенсорная полинейропатия (ВСП) относится к профессиональным заболеваниям в результате воздействия вибрации, шума, резких перепадов температуры.

Данная статья указывает на вредоносное влияние перечисленных факторов на нервную систему человека и реабилитацию лиц (шахтеров) с данной патологией в санаторно-курортных условиях.

Ключевые слова: *ВСП (вегетативно-сенсорная полинейропатия), ВСТС (вегетативно-сосудисто-трофический синдром), бальнеотерапия, ИРТ (иглорефлексотерапия).*

Данная патология относится к профессиональным заболеваниям, обусловленным воздействием на организм неблагоприятных факторов производственной среды, а именно интенсивными шумами, вибрациями, высокими и низкими температурами внешней среды.

Цель данной статьи – указание вредоносных факторов внешней среды, а именно вибрации и температурных колебаний чрезмерной силы, на здоровье человека, возникновение поражения нервной системы, в частности вегетативно-сосудистой полинейропатии (ВСП) у шахтеров, трудовая деятельность которых связана с вышеуказанными вредностями, эффективность реабилитации лиц с данной патологией в санаторно-курортных условиях.

Вибрация при длительном влиянии на организм приводит к избыточному напряжению симпатикоадреналовой системы, нарушению метаболизма катехоламинов не только на церебральном уровне, но и на уровне рецепторного аппарата. Локальная вибрация вызывает нарушения иннервации периферических сосудов, изменения их адренергической реактивности, вегетативно-сосудистой, вегетативно-трофической дисрегуляции на периферическом и церебральном уровнях [2].

Воздействие высоких и низких температур достаточно длительное время приводит к нарушениям терморегуляции, процессов теплообразования и теплоотдачи.

Высокая температура усиливает теплоотдачу, расширяет кровеносные сосуды, ускоряет кровоток, усиливает потоотделение, что регулируется на церебральном уровне. Однако при патологии эта фаза носит избыточный и чрезмерно интенсивный характер. Значительная потеря жидкости с потом приводит к нарушению водно-солевого обмена, сгущению крови, расстройствам регуляции со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем [1].

Влияние низкой температуры приводит к понижению теплоотдачи, а теплообразование повышается. В норме для компенсации теплоотдачи активизируется эрготропная система: спазм сосудов, повышение обмена веществ за счет усиления секреторной работы щитовидной железы, гипофиза, надпочечников, усиливается работа пиломоторных мышц – «гусиная кожа», непроизвольное дрожание. При длительном или чрезмерном воздействии низких температур происходит декомпенсация описанных механизмов, возникает избыточный вазоспазм за счет нарушения надсегментарных и сегментарных механизмов вегетативной регуляции [1].

Вегетативно-сосудисто-трофический синдром (ВСТС) служит проявлением смешанной сенсомоторно-вегетативной полинейропатии. Обнаруживается преимущественно на руках и ногах, причем в дистальных отделах обычно ярче, чем в проксимальных. Патогенетический принцип лечения заключается в освобождении нервных стволов от компрессии, восстановление нейрососудистой и нейротрофической иннервации [2].

Отдыхающие приезжали в санаторий с уже установленными диагнозами.

За период с 2010 по 2012 гг. в санатории приняли восстановительное лечение всего 4012 человек, из них с ВСП конечностей – 1083 пациента (27%), преимущественно мужчины. После проведенного лечения им проводилось контрольное дообследование (ЭКГ, УЗДГ, ЭЭГ) с целью подтверждения улучшения самочувствия не только субъективно, но и объективно (клинически, инструментально).

В санатории сформирован целый комплекс эффективных форм оздоровления. Среди них: блокады мышечных уплотнений, чрескожная стимуляция нервов, мануальная терапия, вытяжение, массаж, гидропроцедуры, грязевые аппликации, различные виды массажа, ЛФК, медикаментозная терапия, ИРТ, гирудотерапия, психотерапия.

Физиотерапия включает применение электрофореза с иодидом калия, магнезией, эуфиллином, прозерином, карипаином; фонофореза, ультразвука с гидрокортизоном, ДДТ, токи Дарсонваля, биоптрон, геска, витафон с целью устранения миофиброзных узлов, напряжения мышц.

Бальнеотерапия: грязевые, глиняные, парафиноозокеритные обертывания; водные процедуры, включая различные виды душа (циркулярный, Шарко, подводный гидромассаж), фитованны с различными травами, скипидарные для расслабления суставно-мышечного аппарата.

Массаж, различные его виды: классический ручной, точечный, Шиацу, механический, Ceragem.

Мануальная терапия, как в чистом виде, так и в сочетании с блокадами, массажем, улучшает подвижность позвоночно-двигательных, суставно-связочных сегментов.

Лечебная физкультура, как индивидуальная, так и групповая, повышает физический, эмоциональный тонус.

Иглорефлексотерапия: классическая корпоральная, аурикулярная, краниопунктура, Су-Джок, использование магнитных присосок Насі, вакуум-терапии, Шубоши, чрескожная миостимуляция.

Среди шахтеров ИРТ приняло от вибрационной болезни 162 человек (15%), мужчины в возрасте 32-56 лет; от ВСП конечностей вертеброгенного генеза – 674 человек (62%), в возрасте 27 – 60 лет, тоже преимущественно мужчины. Преимущественное заболевание у мужчин объясняется и сложными профессиональными вредностями, как физическое напряжение в условиях холода, повышенной влажности, вибрации, шума, так и в наличии вредных привычек, в частности курение. Применение блокад паравертебральных, периартикулярных, в местах наибольшей болезненности и напряженности мышц с кровопусканием и без него, как правило, приводило к быстрому снятию болевого синдрома, увеличению объема движений в мышцах, суставах. Чрескожная стимуляция гипотрофичных мышц аппаратным методом, краниопунктурой повышало тонус ослабленных мышц с увеличением мышечной силы в них.

Прием *фитонастоев* в различных комбинациях, шубата, кумыса, *спелеолечения*, кедровой кабины, озонотерапии, ингаляций, шунгита оказывало общеукрепляющее действие на весь организм в целом.

После проведенного лечения при дополнительном дообследовании методами ЭКГ, ЭхоЭС, ЭЭГ, УЗДГ сосудов конечностей, головы и шеи отмечалось улучшение кровотока в бассейне вертебро-базилярных, позвоночных артерий, нормализации тонуса сосудистых стенок, исчезновение экстравазальной зависимости и межполушарных асимметрий, нормализация и уравнивание артериального давления на обеих руках.

Такой комплексный, этиопатогенетический подход приводит к гарантированному улучшению общего состояния здоровья шахтеров, значительному регрессу неврологической симптоматики, а именно: уменьшению выраженности парестезий в кистях и стопах, улучшение сна за счет уменьшения выраженности и урежения судорог в мышцах ног, уменьшению мышечно-суставных болей, нормализации артериального, внутричерепного давления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мельничук П.В. Болезни нервной системы (рук-во для врачей). Поражения нервной системы при воздействии физических факторов. – «Медицина», Москва, 1982. Том 2. – С. 292

2 Колосов О.А. Заболевания вегетативной нервной системы (руководство для врачей). Вегетативные нарушения при профессиональных заболеваниях. – «Медицина», Москва, 1992. – С. 549

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Ю. МА, А.Е. ЕРКЕБАЕВА

«АҚ-БҰЛАҚ» санаторийі, «ҚАЗМЫС» Корпорациясы АҚ, Талғар ауданы, Шымбұлақ кенті

ШАХТЕРЛЕР АРАСЫНДАҒЫ ВЕГЕТАТИВТІК- ТАМЫР ПОЛИНЕЙРОПАТИЯСЫ. «ҚАЗМЫС» КОРПОРАЦИЯСЫ» АҚ «АҚ БҰЛАҚ» САНАТОРИЙІ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ САУЫҚТАНДЫРУ

Осы мақала шахтерлер арасында жиі кездесетін кәсіби аурулардың бірі -вегетатитік- сенсорлы полинейропатии (ВСП), оның пайда болу себептері және осы патлогия кезіндегі жүйке жүйесінің зақымдануы туралы.

«Ақ бұлақ» санаторий-профилакторий жағдайындағы тиімді дәрілік емес емдеу әдістері қарастырылады.

SUMMARY

N.Y. MA, A.Y. YERKEBAYEVA

Sanatorium "Ak-Bulak", JSC of KAZMYS Corporation, Talgar district, Chimbulak v.

VEGETOVASCULAR POLYNEUROPATHY IN MINERS. REHABILITATION THERAPY IN THE CONDITIONS OF SANATORIUM – PREVENTORIUM "AK-BULAK" OF JSC OF KAZMYS CORPORATION

This article is about one of the common occupational diseases of miners – vegetative sensory polyneuropathy (VSP), its causes and the nervous system impairment in this disease. Effective non-drug methods of treatment in the conditions of the sanatorium – preventorium "Ak – Bulak" are reviewed.

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ

КЕНЕСАРИЕВ УСЕН ИСМАИЛОВИЧ

(к 60-летию со дня рождения)

Кенесариев Усен Исмаилович родился 29 марта 1953 года в Южно-Казахстанской области. В 1975 году окончил санитарно-гигиенический факультет Карагандинского государственного медицинского института и начал свою трудовую деятельность в качестве младшего научного сотрудника Казахского НИИ гигиены труда и профзаболеваний. С 1976 по 1979 годы был прикомандирован в г. Москву, где работал в Институте общей и коммунальной гигиены. После возвращения в 1979 году в Караганду работал в КазНИИ гигиены труда и профзаболеваний. В 1981 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Токсико-гигиеническая оценка опасности таллия в проблеме санитарной охраны водоемов Казахстана», после чего, в 1982 году, был приглашен в Алматинский государственный медицинский институт ассистентом кафедры общей гигиены, а затем назначен главным специалистом Алматинского облздравотдела. С 1984 по 1989 годы У.И. Кенесариев занимал пост начальника отдела науки, а затем начальника научно-технического управления Министерства здравоохранения Казахской ССР. Параллельно являлся председателем профкома Минздрава КазССР. В 1989 году был назначен на должность заместителя генерального директора по научной работе Республиканского Центра охраны здоровья, в дальнейшем работал заместителем директора по научной работе НИИ краевой патологии. В 1993 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Гигиенические основы прогнозирования и разработки оценочных показателей в системе «Окружающая среда – здоровье населения» в зоне Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения».

С 1995 года профессор Кенесариев У.И. работает в Казахском национальном медицинском университете, где им была организована научно-исследовательская лаборатория медицинской экологии. В том же году он назначен заведующим им же организованного учебно-методического и научно-производственного объединения «Центр Профилактической Медицины», в состав которого вошли кроме лаборатории медицинской экологии, кафедры общей гигиены (с самостоятельными курсами радиационной, военной гигиены) и медицинской экологии, а также на договорных началах Алматинское областное управление санитарно-эпидемиологического надзора.

У.И. Кенесариев внес большой вклад в организацию медицинской науки, в дело повышения качества планирования и эффективности научных исследований и ускорения внедрения достижений медицинской науки в практику здравоохранения. Он имеет большой опыт в области реализации проектов по оценке здоровья населения и качества окружающей среды в экологически неблагополучных регионах РК, таких как ракетно-ядерные полигоны «Капустин Яр» и «Азгыр», регион Арала и нефтегазовые регионы республики. Под его руководством защищены 7 докторских и 29 кандидатских диссертаций на государственном и русском языках.

Им опубликовано свыше 300 научных работ, включая 5 монографий, 7 учебников и 16 нормативно-правовых ак-

тов (Санитарные правила и нормы, санитарно-защитные зоны, методические указания и рекомендации, ПДК таллия, бария, ртути в питьевой воде). Данные труды являются основополагающим материалом в процессе преподавания гигиенических дисциплин студентам медицинских вузов и колледжей, а также в работе санитарных врачей и специалистов Госстроя, Министерства охраны окружающей среды и др.

Современные научные исследования У.И. Кенесариева отличаются своей актуальностью и посвящены важной экологической проблеме – повышению надежности и гигиенической эффективности мероприятий по охране окружающей среды, здоровья и профилактике заболеваний в экологически неблагополучных регионах РК. В 1995 году за выдающиеся достижения в области медицинской науки на сессии Академии медицинских наук Казахстана он был избран членом-корреспондентом данной Академии. В 1997 году высшей аттестационной комиссией РК У.И. Кенесариеву было присвоено ученое звание профессора.

Профессор Кенесариев У.И. принимает активное участие в работе различных семинаров, съездов и конференций, проводимых на международном, национальном и региональном уровнях по актуальным вопросам охраны окружающей среды. Например: Лондон – 2000 г. (Англия); Хьюстон (США) – 2001 г.; Тель-Авив (Израиль) – 2009 г.; Римини (Италия) – 2010 г.; Малага (Испания) – 2011 г., Будапешт (Венгрия) – 2012 г., Бостон (США) – 2013 г. и др.

В марте 2011 г. на кафедре под руководством профессора Кенесариева У.И. организована специализированная Лаборатория по оценке рисков здоровью населения. Созданная Лаборатория является единственной лабораторией, оказывающей услуги по оценке риска здоровью населения Республики Казахстан в разработке рекомендаций для принятия управленческих решений по профилактике и предотвращения загрязнения окружающей среды.

Кроме того, впервые в Казахстане в 2012 году учебники «Общая гигиена» и «Жалпы гигиена» под редакцией профессора Кенесариева У.И. утверждены Министерством образования и науки Республики Казахстан и рекомендованы к изданию РГКП «Республиканский научно-практический центр «Учебник» Министерства образования и науки Республики Казахстан» в качестве основной учебной литературы для студентов вузов. В учебниках изложены основные вопросы, решаемые гигиенической наукой и практикой в современный период для сохранения и укрепления здоровья человека и профилактики заболеваний.

В настоящее время У.И. Кенесариев плодотворно работает заведующим кафедрой общей гигиены и экологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Пользуется заслуженным уважением как среди коллег, так и среди студентов.

Безупречный труд профессора Кенесариева У.И. высоко оценен нашим государством. Указом Президента РК от 07.12.10 г. за №5336 награжден медалью «Ерен еңбегі үшін». Министерство образования и науки РК в 2003 году наградило У.И. Кенесариева нагрудным знаком «Почетный работник образования РК» и в 2006 году нагрудным знаком «За заслуги в развитии науки РК». В 2001 году за особые заслуги в деле охраны здоровья населения Республики Казахстан Минздравом РК он был награжден нагрудным знаком «Казахстан Республикасы денсаулык сакта уісінін үздігіне».

Профессор Кенесариев У.И. встречает юбилей в расцвете жизненных сил, полный энергии, с многочисленными планами на будущее.

Дорогой Усен Исмаилович! Ваши коллеги и ученики в день Вашего славного юбилея желают Вам крепкого здоровья, счастья, благополучия, долгих лет жизни и новых творческих успехов!

Мы знаем Вас как известного ученого, педагога, авторитетного организатора науки. Вы принадлежите к числу ведущих ученых республики, стоявших у истоков становления и развития гигиенической науки, окружающей среды и здоровья населения Казахстана. Являясь известным ученым-гигиенистом, Вы вносите неоценимый вклад в отечественную науку. Опубликованные Вами научные труды – монографии, статьи, научные обзоры, книги являются общепризнанным образцом высокой науки, служат весомым вкладом в развитие гигиены, окружающей среды и здоровья населения. Признательность и благодарность Ваших коллег являются лучшим доказательством того, что Ваш многолетний труд приносит замечательные плоды. Вас отличают такие качества, как компетентность, высочайшая ответственность, принципиальность, эрудиция. Вы снискали глубокое уважение своими организаторскими способностями, вниманием и доброжелательным отношением к окружающим Вас людям.

Коллектив кафедры
Общей гигиены и экологии
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,
коллеги, ученики

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдуллаев М.Ш. Роль многопрофильного стационара в работе с поликлиниками ... 2

Абдуллаев М.Ш. Роль внутреннего аудита в развитии многопрофильного стационара ... 3

Конысбаева К.Е. Индикаторы качества оказания медицинской помощи ... 5

Абуов Д. Анализ нормативно-правовой базы бесплатного и льготного амбулаторного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан ... 7

КАРДИОЛОГИЯ

Ахметкожина Р.Б. Комбинированная терапия артериальной гипертензии в амбулаторных условиях ... 9

Ахметкожина Р.Б. Клинические проявления ишемической болезни сердца в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью ... 10

Рахимбаева М.Б. Рациональная фармакотерапия у женщин в постменопаузе, страдающих артериальной гипертонией ... 12

Конысбаева К.Е. Факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков ... 13

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Тажиев А.А. Язвенная болезнь у пожилых ... 15

Тажиев А.А. Эффективное применение урапидила при гипертензивных кризах ... 16

НЕВРОЛОГИЯ

Каймаков К.К. Причинные факторы, течение и исходы ишемического инсульта. Применение препарата Кавинтон в лечении ишемического инсульта ... 18

Еркебаева С.К. Анализ стационарных показателей распространенности и факторов риска инсультов в Южно-Казахстанской области ... 20

Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетьярова С.А. Взаимосвязь цереброваскулярной и кардиальной патологии у пациентов пожилого возраста ... 24

Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е. Улучшение гемодинамики при сосудисто-мозговой недостаточности методом иглорефлексотерапии ... 26

ИНФЕКЦИИ

Хаджибаева И.Ф., Рокутова А.В., Омарова Д.Т., Клипина Н.В. Enterobacter sakazakii – новый возбудитель пищевой токсикоинфекции у детей (обзор современной литературы) ... 27

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Нургожин Т.С., Гуляев А.Е., Ермекбаева Б.А., Жаугашева С.К., Абуова Г.Т. Фармакоэкономический аспект обоснования целесообразности включения препарата Небиволол в список препаратов для льготного амбулаторного обеспечения ... 30

Рахимбаева М.Б. Опыт применения препарата рокситромицин ... 33

Рахметова В.С., Тимченко И.В. Лечение пациентов с хроническим вирусным гепатитом С ... 34

Ахваткина Н.Б. Опыт применения препарата Мегасеф в условиях детской поликлиники ... 37

Аскарова Г.К., Муканов Б.М., Исаков С.А. Новые возможности наружной терапии хронических дерматозов ... 39

Алимов Б.С. Рациональная антибиотикотерапия в лечении отита ... 42

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Исиргепова Х.Ж. Характер и динамика выделений при воспалении гайморовой пазухи ... 44

ПЕДИАТРИЯ

Вагина О.Б. Конъюгированные гипербилирубинемии у новорожденных ... 46

ГЕМАТОЛОГИЯ

Дудник О.Н. Применение препаратов, содержащих фактор Виллебранда, при болезни Виллебранда у детей ... 47

СТОМАТОЛОГИЯ

Дуйсембаева М.Т. Применение препаратов октенидол и октенисепт при лечении патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта ... 49

УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

Идрисов Б.К. Вазоренальная гипертензия 51

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Кенебаев С.Е. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования в диагностике плеврального выпота 54

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Сыздыкова Ж.А. Топическая терапия в лечении атопического дерматита 56

Сейкетов А.Ж. Акне (угревая болезнь) 57

Баймуратова М.М. Опыт применения Момата у больных атопическим дерматитом 59

ПРОФИЛАКТИКА

Рахимбаева М.Б. Здоровый образ жизни – первичная профилактика 61

ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Калмакова Ж.А. Установление зависимости между физическим развитием и состоянием иммунитета детей и подростков 62

Қалмақова Ж.А. Қызылорда облысының әр түрлі аудандарындағы халықтың жұқпалы емес ауруларға қатысты көрсеткіштерін салыстыру 64

ЭКОЛОГИЯ

Калмакова Ж.А. Влияние внешней среды в зоне экологической катастрофы на формирование здоровья детского населения 65

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Имашева Г.А. Амблиопия. Результаты плеоптического лечения 67

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е. Диабетическая полинейропатия. Реабилитация в условиях санатория «Ак-Булак» АО Корпорации «Казмыс» 69

Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е. Вегетативно-сосудистая полинейропатия у шахтеров. Реабилитационная терапия в условиях санатория-профилактория «Ак-Булак» АО Корпорации «Казмыс» 70

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ

Кенесариев Усен Исмаилович. К 60-летию со дня рождения 72

ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИЯМ

Для публикации в журналах «Медицина» и «Consilium» принимаются статьи на казахском, русском и английском языках.

Формат статьи – А4; текст должен быть набран на компьютере в программе MS Word с использованием шрифта Times New Roman, 14 шрифт, полуторный межстрочный интервал, без переносов.

Объем статьи: научная статья – 5-10 стр.; случай из практики – 3-4 стр.; обзорная статья, лекция – не более 12 стр.

Статья должна сопровождаться письмом руководителя учреждения, в котором была выполнена работа, рецензией и экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати.

В издательство необходимо предоставить электронную версию статьи в полном соответствии с распечаткой.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ:

1. В левом верхнем углу индекс УДК.
2. Сведения об авторе (авторах): инициалы и фамилия автора (прописными буквами); место работы (вуз или организация); город, страна (курсив).
3. Краткое (информативное) название статьи (прописными буквами).
4. Аннотация.
5. Ключевые слова (от 3 до 6).
6. Текст публикуемой статьи, состоящий из разделов: актуальность, цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы.
7. Список литературы.
8. Резюме.

В таблицах и рисунках не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, №№ колонок таблиц и подзаголовков. Рисунки и диаграммы должны быть представлены в виде контрастных изображений. Ссылки, представленные только в таблицах или подписях под рисунками, должны быть пронумерованы в последовательности, соответствующей первому упоминанию в тексте определённой таблицы или рисунка.

При использовании фотографий с изображением пациентов их личность не должна быть узнаваема.

Индекс УДК – Универсальная десятичная классификация, присваивается в Научно-технической библиотеке.

Авторство

«Автором» считается лицо, внесшее реальный интеллектуальный вклад в выполнение публикуемой работы. Авторство должно базироваться на следующих принципах:

1) существенный вклад в концепцию и дизайн исследования, получение, анализ и интерпретация данных;

2) написание первого варианта статьи или её существенная переработка, направленная на улучшение качества;

3) окончательное утверждение версии для печати.

Все лица, обозначенные как авторы, должны соответствовать критериям авторства.

Аннотацию приводят на языке текста публикуемого материала. Аннотация – краткая характеристика статьи, показывает особенности и достоинства издаваемой статьи, помогает читателям сориентироваться в их выборе.

Ключевые слова

Ключевые слова (от англ. key word) – это определенные слова из текста, способные представить наиболее значимые слова, по которым может вестись оценка и поиск статьи.

В качестве ключевых слов могут использоваться термины из:
– названия статьи;
– аннотации к статье;
– вступительной и заключительной части текста статьи.

Текст статьи

Текст статьи, содержащий результаты оригинального исследования (наблюдений или экспериментов), обычно делится на разделы:

Введение (с указанием цели исследования)
Материалы и методы
Результаты
Обсуждение и заключение
Желательны выводы

В разделе «Введение» описывается состояние изучаемой проблемы и её актуальность. Указывается цель исследования. Ссылаться можно только на непосредственно относящиеся к данной проблеме работы.

В разделе «Материал и методы» укажите, по каким принципам проводился отбор пациентов или лабораторных животных, включая контрольные группы, указывая при этом критерии включения и исключения.

Укажите используемые методики, аппаратуру (с уточнением названия и адреса фирмы-производителя) и процедуры настолько подробно, насколько это необходимо, чтобы другие исследователи могли воспроизвести полученные результаты. Приведите ссылки на стандартные методики; на ранее опубликованные, но недостаточно хорошо известные, необходимо привести ссылки и краткие описания; опишите новые или существенно модифицированные методы, объясните причины их использования и оцените их ограничения. Все используемые лекарственные препараты и химические вещества, включая названия дженериков, дозы и пути введения, должны быть чётко указаны.

Авторы обзорных статей должны включать раздел, описывающий методы, которые были использованы при поиске, отборе, выделении и обобщении данных. Эти методы также должны быть вкратце описаны в резюме.

Раздел «Результаты»

Результаты должны быть представлены в логической последовательности, в виде текста, таблиц и иллюстраций. В первую очередь следует описывать наиболее важные результаты. При обобщении данных в разделе «Результаты» следует представлять численную информацию не только в виде производных (например, процентов), но также в виде абсолютных значений, на основании которых были рассчитаны эти производные. Кроме того, необходимо указать статистические методы, использованные для анализа данных. Число таблиц и рисунков должно быть ограничено, с включением лишь тех, которые необходимы для объяснения основной идеи статьи и оценки подтверждающих данных. Графики следует использовать как альтернативу чрезмерно объемным таблицам; при этом не должно быть дублирования данных в графиках и таблицах.

В зависимости от цели и характера исследования, могут быть представлены результаты анализа полученных данных по возрасту и полу.

Раздел «Обсуждение»

Особое внимание необходимо уделять новым и важным аспектам исследования и следующим из них выводам. При описании экспериментальных исследований обсуждение целесообразно начать с краткого обобщения основных результатов, после чего рассмотреть обусловливающие эти результаты механизмы или причины, сравнить и противопоставить полученные данные с результатами других сходных исследований, установить ограничения проведённого исследования. Так же следует рассмотреть возможность использования полученных результатов в будущих исследованиях и условиях клинической практики.

Необходимо сопоставить выводы с целями исследования, избегая недостаточно подтверждённых фактами заявлений и выводов. В частности, следует избегать утверждений об экономической выгоде, если только статья не содержит соответствующие экономические данные и их анализ. Не стоит заявлять о первостепенной значимости исследования или ссылаться на работу, которая полностью не закончена. Допустима формулировка новых гипотез, если они обоснованы; при этом данные гипотезы должны быть чётко обозначены как новые.

Некоторые типы статей (клинические наблюдения, обзоры, проблемные статьи) могут оформляться иначе.

Список литературы

Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТом 7.1-2003 и составляется на языке оригинала. Библиографические ссылки в тексте, таблицах и подписях к иллюстрациям нумеруются в порядке упоминания арабскими цифрами в [ ] скобках.

Образец составления списка литературы:

Для книг: Фамилии и инициалы авторов. Заглавие. – Сведения о повторности издания. – Место издания: Издательство, Год издания. – Количество страниц.

Для статей из журналов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи // Заглавие издания. – Год издания. – Том, Номер. – Страницы.

Для сборников трудов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи // Заглавие издания: Вид издания. – Место, год издания. – Страницы.

Для материалов конференций: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи // Вид издания. – Место, Год издания. – Страницы.

Для авторефератов: Фамилия и инициалы автора. Заглавие: автореф. … канд. мед. наук: шифр. – Место: Издательство, Год издания. – Страницы.

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

Резюме

Резюме для оригинальных статей должно быть структурированным, т.е. должно состоять из разделов: введение, включающее актуальность работы и цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы. Резюме высылать на русском языке, перевод на казахский и английский языки производится в редакции.

В конце статьи необходимо указать сведения об авторах: Фамилия, имя, отчество, должность, место работы, адрес, телефоны (мобильный), электронная почта.

Статья подписывается лично автором (авторами) как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора (авторов) за содержание статьи.

Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи и вносить поправки. Публикации платные.

Статьи направлять по адресу:
050009, Республика Казахстан,
г. Алматы, пр. Абая 155, оф.4
ТОО Издательство
«Здравоохранение Казахстана»
E-mail: mcn@medzdrav.kz
Тел.факс: 8 (727) 266-37-26, 394-30-14,
391-13-58, 366-29-41.

Банковские реквизиты:
IBAN (расчетный счет) KZ538560000000010776
БИН 060440013521
ОАО «БанкЦентрКредит»
БИК KCJBKZKX
РНН 600900017696
КБЕ 17

ПС-1 ф.
ф. ПС-1

АБОНЕМЕНТ № **АБОНЕМЕНТ №**

Басылым индексі
Индекс издания **75702**

«Медицина»

(басылым аты – наименование издания)

Жазылу бағасы	Стоимость подписки	____ тенге ____тиын	Комплектілер саны Кол-во комплектов

20..... жылға, айларына 20..... год по месяцам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қайда Куда _____

пошта индексі – почтовый индекс, мекен жайы – адрес

Кімге Кому _____

(фамилиясы, аты – фамилия, инициалы)

П. Ш.
оператордың қолы –
подпись оператора

П. Ш.
оператордың қолы –
подпись оператора

ТАСЫМАЛДАУ КАРТОЧКАСЫ № **ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА №**

ПВ	Орын	Литер

газетке / журналға на газету / журнал **75702**

«Медицина»

(басылым аты – наименование издания)

Жазылу бағасы	Стоимость подписки	____тенге ____тиын	Комплектілер саны Кол-во комплектов

20..... жылға, айларына 20..... год по месяцам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

П. Ш.
оператордың қолы –
подпись оператора

Қайда Куда _____

пошта индексі – почтовый индекс, мекен жайы – адрес

Кімге Кому _____

(фамилиясы, аты – фамилия, инициалы)

ПС-1 ф. АБОНЕМЕНТІН ТОЛТЫРУ ТӘРТІБІ

ПС-1 ф. абонементін жазылушы сиямен, анық катесіз, қысқартусыз толтырады. Дұрыс толтырылмаған абонемент жарамсыз деп табылады.

Жазылушы бірнеше басылымға жазылу ресімдеген жағдайда ербір басылымға жеке абонемент толтырады.

Жазылу кассалық аппарат немесе компьютермен жабықталған пошта байланысы бөлімшелерінде ресімделген жағдайда ПС-1 ф. абонементі мен тасымалдау кертішкесінде кассалық машина немесе компьютердің бедері қойылады.

Кассалық машинамен жабықталмаған пошта байланысы бөлімшелерінде қолмақол ақшамен есеп айырысу арқылы жазылу ресімдеген жағдайда ПС-1 ф. ААҚ «Қазпочта» байланыс бөлімшесінің пошталық мөрқалып бедері үш жерге: абонементке, тасымалдау кертішкесіне жене абонементпен тасымалдау кертішкесін кесу сызығына қойылады да ПС-2 ф. түбіртегі жазылып беріледі.

Абонемент пен ПС-2 ф. түбіртегін алған кезде міндетті түрде:

– абонемент жене ПС-2 ф. жазылған басылымдардың атауын;
– жазылымға төленген ақша сомасын;
– жазылымды ресімдеген қызметкерлердің қолы қойылғанын;
– ПС-1 ф. абонементі мен ПС-2 ф. түбіртегінде пошталық мөрқалып бедерін тексеріп алыңыз.

Басылымдарға жазылу жене жеткізу жөнінде толық анықтаманы өзіңізге қызмет ететің пошта байланысы бөлімшесінен алуыңызға болады.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА ф. ПС-1

Абонемент ф. ПС-1 заполняется подписчиком чернилами, разборчиво, без сокращений и исправлений. В случае неправильного заполнения абонемент считается недействительным.

При оформлении подписки на несколько изданий, подписчиком оформляется абонемент на каждое издание отдельно.

При приеме подписки в отделениях почтовой связи, оснащенных кассовым аппаратом или компьютером, на абонементе и доставочной карточке ф. ПС-1 наносится оттиск кассовой машины или компьютера.

При оформлении подписки за наличный расчет в отделениях почтовой связи, не имеющих кассовой машины, на абонементе ф. ПС-1 проставляется оттиск почтового штемпеля отделения почтовой связи ОАО «Казпочта« в трех местах: на абонементе, на доставочной карточке и на линии разреза абонемента и доставочной карточки и выписывается квитанция ф. ПС-2.

При получении абонемента и квитанции ф. ПС-2 обязательно следует проверить:

– наименование подписных изданий на абонементе и ф. ПС-2;
– денежную сумму, уплаченную за подписку;
– подпись работника, оформившего подписку;
– оттиск почтового штемпеля на абонементе ф. ПС-1, а также на линии разреза и ф. ПС-2.

По вопросам оформления подписки и доставки подписных изданий обращаться в обслуживающее отделение почтовой связи.