МЕДИЦИНА

7/133 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)

КОНГРЕСС «МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ РЫНКА ТРУДА»

50 лет Алматинскому Государственному Институту Усовершенствования Врачей

12-13 сентября 2013 года в г. Алматы состоится Конгресс на тему «Медицинское образование в условиях глобализации рынка труда», приуроченный к празднованию 50-летнего юбилея АГИУВ.

Основные научно-практические направления конгресса:

1. Новые прогрессивные технологии диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний человека.
2. Рациональная фармакотерапия в педиатрии.
3. Некоторые аспекты женского здоровья с позиции врачей различных специальностей.
4. Непрерывное образование врача как основа повышения качества медицинской помощи.

В работе Конгресса отечественные и зарубежные ученые примут участие в широком обсуждении и дискуссиях о важнейших достижениях мировой медицинской науки, основанных на применении новых технологий в диагностике, профилактике и лечении заболеваний человека.

В рамках Конгресса будут проведены мастер-классы по актуальным вопросам современной практической медицины.

Адрес проведения Конгресса: г. Алматы, ул. Байзакова, 280, большой Зал Almaty – Towers

Дополнительную информацию можно получить по телефонам АГИУВ: Тел.: 2749876 – методический отдел, тел.: 2749689 – научно-клинический отдел, тел.: 2750798 – внутр. 101 – отдел выставок и рекламы.

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**
КОРРЕКТОР **Татьяна Панфилова**

№7 (133), июль, 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 31.07.2013 г. Заказ **№ 1312.**

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

УДК 614.88

А.С. НУРМАГАНОВА
Медицинский центр «Служба спасения» РК, г. Алматы

СОГЛАСОВАННОСТЬ ДЕЙСТВИЙ НАСЕЛЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Существуют такие основные ситуации взаимодействия, как лечение в стационаре, поликлинике, проведение диагностических процедур, а также восприятие населением доступности медицинской помощи и интенсивность обращения в учреждения здравоохранения разного типа. Поэтому важно в зависимости от социокультурной детерминации взаимодействий населения с системой здравоохранения проводить с учетом проблемы научно-методического обеспечения дальнейшие исследования общественного здоровья на популяционном и социально-групповом уровне.

Ключевые слова: *согласованность, социально-практические решения, доступность.*

Программой проведенного комплексного исследования здоровья населения и здравоохранения региона было предусмотрено выявление наиболее общих характеристик взаимодействия населения со здравоохранением. К ним были отнесены такие основные ситуации взаимодействия, как лечение в стационаре, поликлинике, проведение диагностических процедур, а также восприятие населением доступности медицинской помощи и интенсивность обращения в учреждения здравоохранения разного типа. Однако основное внимание было сосредоточено на стратегиях, осуществляемых населением при болезни. При этом нельзя игнорировать и тот факт, что работники здравоохранения реализуют своеобразные социальные стратегии, а пациенты во взаимодействии с ними определенным образом реагируют встречными стратегиями, стремясь к адекватным действиям ради удовлетворения своих потребностей [2].

Цель исследования – рассмотрение согласованности действий населения с медицинскими учреждениями. Справедливости ради следует обратить внимание на особый аспект социальных стратегий в сфере здоровья, возникающий в связи с проблемой профилактики заболеваний. В казахстанском менталитете и медико-социальных исследованиях более традиционным является внимание к социальным ситуациям, возникающим при заболеваниях. Однако своеобразные социальные стратегии проявляются и до наступления болезни, в отношении типичных ситуаций риска возникновения заболевания. Поэтому они также заслуживают глубокого изучения.

Материал и методы

Итак, если верить статистическим данным, всегда при заболевании обращается к врачу лишь каждый пятый респондент, каждый восьмой предпочитает не обращаться к врачу даже при тяжелых состояниях и почти 2/3 обращаются лишь в тяжелых случаях. В связи с этим особый интерес представляет изучение стратегий самолечения, в которых на сравнительно непродолжительном отрезке времени с 2003 по 2006 гг. проявилась динамика некоторого усиления в ущерб оптимальной самосохранительной стратегии. В самолечении как в социальной практике могут проявляться разные взаимосвязанные или относительно независимые «внешние» и «внутренние» социальные обстоятельства и факторы. Здесь имеют значение доступность профессиональной медицинской помощи, элементы образа жизни и культуры (трудовая занятость и физическая подвижность индивида, местные и национальные традиции и др.), а также структура личности (система ценностей, психологические установки, эмоциональная и волевая сферы, мотивация). Устойчивость этих факторов, как известно, далеко не одинакова. Учитывая специфику разных факторов, важно воздействовать на весь этот комплекс, и в первую очередь на управляемые переменные – установки, мотивы, находящиеся в стадии формирования [1]. Зафиксированная в проведенном нами социологическом мониторинге ситуация, при которой ориентация на самолечение является доминирующей, вероятно, характерна и для других регионов страны. Значительные масштабы стратегии самолечения среди взрослых пациентов дают основания совершенно по-новому поставить вопрос о детерминации заболеваемости в современном обществе. Существуют особые формы стратегии самолечения, стимулируемые, например, коммерческой рекламой средств оздоровления, медицинских препаратов и приборов. Облаченная в «белый халат» такая реклама в целях манипулирования максимально большей частью аудитории нередко создает иллюзию участия пациента в профессионально организованном и контролируемом процессе лечения [4]. В действительности же она выводит человека из сферы потенциального воздействия профессиональной медицины, зачастую приводя к необратимым последствиям в состоянии здоровья индивида. В последние годы в Казахстане произошло резкое усиление коммерческой рекламы не только лекарственных препаратов, но и различных методов диагностики, лечения. В эту рекламу активно вовлечены практически все средства массовой информации страны. Такая навязчивая реклама, к сожалению, занимает ту нишу в информационном пространстве, которую должна была бы занимать и удерживать служба медицинской профилактики. Это стало одним из печальных последствий, по сути, сворачивания в масштабах государства массовой медицинской профилактики, которая должна являться главным направлением отечественной медицины. Для энергичного противодействия стратегиям самолечения силами профилактической медицины необходимо привлечение всего спектра эффективных инструментов формирования культуры и оптимальной стратегии в сфере здоровья, в первую очередь СМИ [5]. Целесообразно разрабатывать дифференцированные подходы, ориентированные на разные возрастные и социальные группы, не ограничиваясь массовой пропагандой, привнося такое воздействие в жизнь корпораций, трудовых и учебных коллективов. В этом плане может быть востребован опыт советского здравоохранения, модифицированный в контексте современных социально-экономических условий и менталитета основных групп населения страны.

Результаты и обсуждение

Важным фактором социальных моделей взаимодействия населения с медицинскими организациями является состояние здоровья пациентов, существующие у них связи с такими организациями, а также личный опыт подобных взаимодействий. Одним из объективных показателей состояния здоровья пациентов является инвалидность, которая во многом определяет стратегию индивида во взаимодействии с профессиональной медициной (табл. 1).

Таблица 1 — **Стратегии взаимодействия отдельных групп населения с профессиональной медициной при болезни, %**

№ п/п	Стратегии взаимодействия	Не имеют инвалидности	Состоят на диспансерном учете	Имеют инвалидность, в том числе			
				все группы	I	II	III
1	«Мягкий отказ»	71	67	62	60	61	66
2	«Жесткий отказ»	15	5	4	5	3	7
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	11	26	32	35	34	25
4	Не дали ответа	3	2	2	-	2	2

Таблица 2 – **Стратегии взаимодействия населения со здравоохранением в зависимости от восприятия доступности медицинской помощи, %**

№ п/п	Стратегии взаимодействия	Легко ли попасть на прием к участковому?		Легко ли попасть на прием к врачу-специалисту?	
		да, всегда	всегда трудно	да, всегда	всегда трудно
1	«Мягкий отказ»	70	73	65	74
2	«Жесткий отказ»	9	12	12	10
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	19	13	19	14
4	Не дали ответа	2	2	4	2
5	Всего	100	100	100	100

Пребывание пациентов в особом социально-медицинском статусе, каким является инвалидность, сочетается с существенно меньшим распространением «жесткого отказа» от врачебной помощи при болезни и одновременно с троекратным увеличением доли оптимальной стратегии по сравнению с остальной частью популяции. Однако и в массе пациентов с установленной инвалидностью норма «мягкого отказа» от врачебной помощи остается доминирующей [3]. Пациенты, находящиеся на диспансерном учете в местных лечебно-профилактических учреждениях, также отличаются от остальной массы респондентов троекратным сокращением «жесткого отказа» и двукратным усилением оптимальной ориентации на обращение к врачебной помощи при болезни, что видно из таблицы 1. Подобная же ситуация отмечается и среди пациентов, информированных о наличии у них хронических заболеваний. Причем, чем большее количество установленных диагнозов хронических заболеваний известно пациенту, тем более выраженной является такая динамика стратегий в отношении обращения за врачебной помощью. Однако и в этих особых социально-медицинских категориях установка на «мягкий отказ» от врачебной помощи при болезни все-таки охватывает 2/3 пациентов. Установка на самолечение чаще обусловлена социально-экономическим статусом пациента, проявляющимся в основном роде занятий, уровне благосостояния, условиях труда применительно к занятому населению. Стратегии в отношении обращения к врачебной помощи при болезни, как показывает анализ данных опроса, мало зависят от восприятия доступности медицинской помощи [6]. В таблице 2 приведены результаты, позволяющие утверждать, что даже при противоположном восприятии пациентами такой доступности доли «мягкого» и «жесткого» игнорирования врачебной помощи варьируют незначительно.

Изучение мнения населения о доступности врачебной помощи показало, что в общественном мнении восприятие доступности врачебной помощи в регионе, оставаясь в целом стабильным за время наблюдений (2003–2009 гг.), сильно варьирует между медицинскими учреждениями внутри отдельных муниципальных образований, что заставляет искать причины таких различий уже на уровне муниципального здравоохранения. Итак, по результатам анализа ряда ключевых социальных характеристик пациентов находит подтверждение вывод о том, что доминирующей, самой массовой моделью поведения во взаимодействии большинства социальных групп с системой здравоохранения является игнорирование профессиональной врачебной помощи в ситуации болезни за исключением тяжелых состояний здоровья (опасных, по мнению пациентов, форм течения болезней). При этом решающим фактором, определяющим массовые поведенческие модели во взаимодействии с профессиональной медициной, оказывается особый пласт социальных феноменов – прежде всего культурных и психологических.

Барьером во взаимодействии населения со здравоохранением оказывается несформированное ценностное отношение большинства взрослых к собственному здоровью, что свойственно группам активного, трудоспособного возраста практически всех экономических и образовательных слоев населения. При таком отношении, приобретающем свойство доминирующей социальной и культурной нормы, индивидуальное и общественное здоровье, к сожалению, не воспринимается населением как объективно исчерпаемый ресурс, а профессиональная медицина – как основной гарант квалифицированного лечения при возникновении болезни. Иными словами, ориентация на игнорирование медицинской помощи и на самолечение при болезни имеет прочные социокультурные корни [7]. Этот аспект заставляет пересмотреть традиционные взгляды на общественную систему здравоохранения как институт, несущий главную ответственность за состояние и динамику общественного здоровья. Аналогичная ситуация складывается и в отношении школы и системы образования, которым общественное мнение априорно приписывает исключительную ответственность за серьезные перекосы в личностном формировании молодежи.

Заключение

Ответственность за состояние поведенческих стратегий населения сегодня в значительной мере должны разделять и другие социальные институты современного казахстанского общества (семья, образование, СМИ).

Чем скорее и глубже будут осознаны природа и мера ответственности разных социальных институтов в этом плане, тем эффективнее окажутся последующие действия по выбору стратегических приоритетов в государственной политике здравоохранения. В равной степени необоснованным является укоренившийся в государственной политике здравоохранения крен в сторону клинической деятельности. При этом главенствующая роль профилактической направленности государством не отрицается, но и не подтверждается конкретными эффективными действиями. Это проявляется в неэффективном общественном и государственном контроле над теми социальными институтами, от функционирования которых как раз и зависит социокультурное основание массового поведения населения в сфере здоровья. Речь идет об институтах права, образования, культуры, рекламы и средств массовой информации.

Вывод

Так как социокультурная детерминация взаимодействий населения с системой здравоохранения относится к проблеме научно-методического обеспечения дальнейших исследований общественного здоровья на популяционном и социально-групповом уровне, исследования должны стать качественными методами, применение которых не имеет альтернативы при выработке и осуществлении эффективных социально-практических решений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Решетников А.В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 3

2 Решетников А.В., Астафьев Л.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины: Научно-практический журнал. – 2005.- № 1. – С. 32-38

3 Черников В.М. К вопросу об изменении парадигмы медицины: социологический аспект // Белорусский медицинский журнал. – 2003. № 2. – С. 115-116

4 Зубок Ю.А., Чупров В.И. Социальная регуляция в условиях неопределенности. Теоретические и прикладные проблемы в исследовании молодежи. – М.: Academia, 2008. – 272 с.

5 Щепин О.П., Медик В.А., Стародубов В.И. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. -№ 5. – С. 3-6

6 Ярская-Смирнова Е., Григорьева О. «Мы – часть природы». Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 151–170

7 156. Brown Phil. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. In: Brown, Phil. Perspectives in Medical Sociology. Illinois: Waveland Press, 2000. – P. 74-103

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.С. НҰРМАҒАНОВА

«Құтқару қызметі» медициналық орталығы, Алматы қ.

ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ҚАТЫСТЫ ҚИМЫЛДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРМЕН КЕЛІСІМДІЛІГІ

Стационарда, емханада емдеу, диагностикалық шараларды жүргізу, сонымен қатар халықтың медициналық көмектің қолжетімділігін қабылдау мен әр түрлі типтегі денсаулық сақтау мекемелеріне қаралудың жиілігі сияқты өзара қатынастың негізгі жағдайлары болады. Сондықтан, халықтың денсаулық сақтау жүйесімен өзара қатынасының әлеуметтік-мәдени детерминацияға байланысты қоғамдық денсаулықты әйгілі және әлеуметтік-топтық деңгейде ары қарай зерттеуді ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету мәселесінің есебімен жүргізу маңызды.

Негізгі сөздер: *келісімділік, әлеуметтік-тәжірибелік шешімдер, қолжетімділік.*

S U M M A R Y

A.S. NURMAGANOVA

Rescue Service Medical Center of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

CONSISTENCY OF ACTIONS OF THE POPULATION WITH MEDICAL INSTITUTIONS IN RESPECT OF HEALTH

There are basic situations of interaction, as a treatment in hospitals and polyclinics, the conduction of diagnostic procedures, as well as the public's perception of access to health care and the intensity of seeking medical care in health facilities of various types. Therefore it is important depending on the sociocultural determination of interactions of the population with the public health care system to carry out further studies of public health at the population and social-group level taking into account the problems of scientific and methodological provision.

Key words: *consistency, social and practical solutions, availability.*

УДК 613.287.58:616.71-007.234-053.89-084

Д.С. СУЛЕЙМЕНОВА, А.К. МЫРКАСЫМОВА, А.М. АЙТМАГАМБЕТОВА
Казахская Академия питания, г. Алматы, РК

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В данной статье изучаются принципы создания кисломолочного продукта для лечения и профилактики остеопении и остеопороза. В настоящее время наблюдается старение мировой популяции земного шара, удельный вес пожилых и старых людей в общей численности населения в развитых странах уже превысил 20%. Особенно актуальной является проблема старения населения в рамках самой старости. Затраты современного здравоохранения, связанные с профилактикой и коррекцией заболеваний пожилого возраста, составляют значительные экономические потери. Актуальность проблемы обусловлена значительной распространенностью снижения минеральной плотности костной ткани по типу остеопении и/или остеопороза, тяжестью осложнений, влияющих на продолжительность и качество жизни, экономическими потерями больного, его семьи и общества в целом.

Ключевые слова: *минеральная плотность костной ткани, остеопения, остеопороз, низкоэнергетические переломы, ремоделирование, кисломолочный продукт, соевые изофлавоны.*

Во втором десятилетии 21 века абсолютное число людей мировой популяции в возрасте 75 лет и старше на земном шаре увеличилось в 2,6 раза, а количество людей в возрасте 85 лет и старше выросло более чем в 3 раза. На сегодняшний день отмечается процесс старения в рамках самой старости. Проблема старения населения Земли ложится тяжелым бременем на учреждения здравоохранения всех стран [1]. В связи с увеличением в мировой популяции абсолютной численности и доли лиц старших возрастных групп особую актуальность приобретают медико-социальные проблемы, связанные с профилактикой и коррекцией заболеваний пожилого возраста. У людей старше 60 лет наряду с наиболее часто диагностируемыми заболеваниями (патология сердечно-сосудистой системы, железодефицитная анемия, сахарный диабет), отмечается снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) по типу остеопении и/или остеопороза (ОП) [2].

Цель – в рамках научно-технического проекта МЗ «Разработка комплексной программы профилактики остеопороза в Республике Казахстан» изучить переносимость кисломолочного продукта «Кайрат» для профилактики и лечения остеопении и остеопороза у лиц старшего и пожилого возраста.

Кость – это динамическая ткань, постоянно перестраивающаяся на протяжении жизни человека. Строение плотной и губчатой части костной ткани создает оптимальное сочетание силы и прочности для выполнения движений. Кальций – один из основных минеральных элементов, играющий важную роль в формировании и поддержании прочности скелета, что в среднем 1,2 кг кальция (98,9% приходится на кости скелета). Кальций в организм постоянно должен поступать извне, при этом суточное потребление кальция зависит от возраста человека. Биодоступность кальция из желудочно-кишечного тракта равна 20-40%, щелочная среда тонкого кишечника приводит к образованию трудноусваиваемых и труднорастворимых кальциевых солей [3]. Низкие значения pH в кишечнике способствуют оптимальной активности кишечной нормофлоры (бифидо- и лактобактерии, кишечная палочка и другие) и усвоению кальция, которое зависит от его соотношения с магнием и фосфором (2:1:1).

У пожилых людей зачастую отмечается высокий уровень патологии органов пищеварения. Ряд клинических исследований подтверждает важность нормальной секреции соляной кислоты в желудке для поддержания кальциевого гомеостаза и целостности костей.

На сегодняшний день при изучении процессов костного ремоделирования выделен особый белок остеопротегерин (OPG), которому принадлежит одно из ключевых ролей в биологии кости, в процессах торможения образования остеокластов. В последние годы были открыты и выделены особые белки RANK, RANKL и другие, которые входят в состав сигнальных механизмов, контролирующих процессы костного ремоделирования [4]. Разработка эффективных механизмов, способствующих снижению резорбцию костной ткани, является актуальной для многих специалистов здравоохранения.

Чаще всего причиной развития снижения МПКТ является возраст. Чем старше становится человек, тем больше потери костной ткани. У пожилых и старых людей отмечается наличие полиорганной патологии, требующей большого арсенала фармакологических препаратов. С нашей точки зрения наиболее оптимальным решением для профилактики снижения МПКТ у широких слоев населения является использование кисломолочных продуктов с направленными лечебными свойствами.

Для профилактики и лечения остеопении/остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста нами были разработаны рецептура и технология приготовления кисломолочного продукта функционального питания «Кайрат», обогащенного витаминно-минеральным премиксом «Quell Bone DA1» и генестеином «Genivida TG».

Кисломолочные продукты в процессе производства накапливают витамины, антибиотические и другие биологически активные вещества. Под действием ферментов кисломолочных бактерий происходит расщепление лактозы продукта до глюкозы и галактозы, бактериальные протеазы гидролизуют молочные белки до пептидов и аминокислот, что облегчает процессы их усвоения. Все кисломолочные напитки отличаются высокой биодоступностью белков, витаминов и минералов, входящих в состав продуктов.

Для пожилых людей характерна возрастная перестройка организма с нарушениями микробной эндоэкологии, что приводит к уменьшению кишечной абсорбции кальция. С возрастом количество и качество кишечной нормофлоры ухудшается и снижается, но применение кисломолочных продуктов, сквашенных бифидо-, лак-

тобактериями и обогащенных пребиотиками в течение длительного времени, способствует восстановлению микробного пейзажа толстого кишечника, улучшению процессов всасывания кальция и снижению процессов возрастных потерь костной ткани. При использовании кисломолочных продуктов отмечается повышение процессов всасывания пищевого кальция, происходит образование легко всасывающихся и хорошо растворимых кальциевых солей с участием молочных белков, гидролизованных бактериальными протеазами, и лактозы продукта. Использование сквашенных кисломолочных продуктов поддерживает в кишечнике низкие значения pH, что препятствует образованию нерастворимых кальциевых солей [5]. Наличие органических кислот в продукте «Кайрат» (молочная, уксусная и другие) способствует сдвигу внутрикишечного pH в кислую сторону, улучшению всасывания кальция, оптимальной активности кишечной нормофлоры (бифидо- и лактобактерии, кишечная палочка и другие), выработке витаминов и других биологически активных веществ, что особенно важно для пожилых пациентов.

Обогащение кисломолочных продуктов пребиотическими добавками на основе муки топинамбура повышает уровень усвоения кальция из данных продуктов [6]. Инулин топинамбура стимулирует рост и активность бифидо- и лактобактерий, способствует синтезу эндогенных короткоцепочечных жирных кислот, улучшению процессов глюконеогенеза, профилактике нарушений толерантности к глюкозе.

У пожилых людей отмечается увеличение костных потерь кальция по причине прекращения остеоанаболической протекции половых гормонов как у женщин (примерно с 50 лет), так и у мужчин (в среднем 10-15 лет позже). Эстрогены оказывают прямое воздействие на костную ткань посредством связывания со своими специфическими рецепторами ERα и ERβ, которые экспрессируются в остеобластах и остеокластах. Их опосредованное действие заключается в контролируемом ими синтезе многих местных факторов, регулирующих костный обмен. Именно они синтезируют лиганд остеопротегерина (ген OPGL) и индуцируют синтез остеопротегерина (ген OPG), относящихся к сигнальному механизму RANK – NFkB. Уменьшение выработки эстрогенов, связанное с возрастом, и приводит к снижению МПКТ у женщин в постменопаузе.

Профилактические мероприятия у женщин в период пери- и постменопаузы включают назначение заместительной эстроген–гестагенной терапии препаратами химической природы, обладающими побочными эффектами. Применение растительных эстрогенных добавок на основе соевых изофлавонов у женщин старших возрастных групп, а именно генестеина, обладающего антиоксидантной и эстрогенной активностью, позволяет снизить возрастные потери кости. Генестеин снижает отрицательное значение кальциевого баланса и экскрецию гидроксипролина с мочой, что приводит к снижению процессов резорбции костной ткани.

Специфический вкус соевых бобов и соевых продуктов, трудности при их переваривании осложняет их применение в ежедневном рационе многих людей, особенно пожилых. Производство и широкое применение соевых изофлавоноидов в виде генестеина «Genivida TG» компании DSM, Голландия, помогает их популяризации среди населения и нашло применение в профилактике костного ремоделирования у людей старших возрастных групп. Обогащение кисломолочного продукта «Кайрат» генестеином «Genivida TG» способствует снижению нарушений МПКТ, профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

С учетом патогенеза развития остеопении и остеопороза рацион лиц зрелого и пожилого возраста должен быть обогащен витаминами и минералами, особенно группы В, аскорбиновой кислотой, непосредственно принимающих участие в перекисном окислении липидов и способствующие улучшению антиоксидантного статуса организма.

По данным ряда исследований, проведенных в РФ и во многих Европейских странах, в пожилом возрасте возрастает потребность в витамине С [5]. Для пожилого человека возрастная норма в этом антиоксиданте в расчете на единицу массы тела больше, чем у лиц среднего возраста. Аскорбиновая кислота необходима для нормального осуществления репаративных процессов и защитных свойств организма. Дефицит витаминов – аскорбиновой кислоты (витамин С), токоферолов (витамин Е), каротиноидов, витаминов группы В является одним из факторов, способствующих уменьшению активности ферментных систем организма, развитию обменных нарушений, особенно в костной ткани, происходит усиление процессов резорбции, развитие сердечно-сосудистой и онкологической патологии. Длительный дефицит витаминов группы В, С, РР, фолиевой кислоты создает условия для возникновения и прогрессирования анемии в пожилом и старческом возрасте, что ухудшает течение ОП.

Витаминно-минеральный премикс «Quell Bone DA1» содержит все необходимые витамины (витамин С 12 мг, витамин Е 1,32 мг, витамин B_6 0,17 мг, витамин D 26 МЕ, кальций 25,6 мг, магний 12,0 мг) для сохранения возрастных потерь костной ткани.

Дополнительное введение в продукт «Кайрат» сиропа плодов шиповника повышает уровень витаминов–антиоксидантов (витамин С, группы В и бета-каротины и биофлавоноидов). Наличие легкодоступных форм углеводов сиропа шиповника (фруктоза, глюкоза, сахароза) обеспечивает их максимальное вовлечение в энергетический обмен, в реакции гликолиза и цикл Кребса.

Отработана технология приготовления продукта в промышленных условиях с выработкой опытных партий. Рецептура продукта «Кайрат» приведена ниже (табл. 1). Энергетическая ценность продукта «Кайрат» составляет 120-128 ккал в 100 г. На продукт «Кайрат» получен СТ 63096-1910-ТОО-02-2012 от 18.07.2012 г.

Материал и методы

В рамках научно-технического проекта «Разработка комплексной программы профилактики остеопороза в Республике Казахстан» нами проведены открытые клинические испытания с применением продукта «Кайрат» у групп пациентов с постменопаузальным и сенильным остеопорозом. Набор в опытные группы пациентов осуществлялся на базе ГП №5, женской консультации ГП №10, клиники «Атлант-мед», травматологических отделений ГКБ №4. Критериями включения пациентов в исследования являлись мужчины и женщины в возрасте 50-75 лет с показателями МПКТ $\leq$ -2,5 SD в соответствии с критериями ВОЗ. Лица, страдающие онкологическими, эндокринными (кроме сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы), системными ревматическими заболеваниями в исследование не включались. Группы сравнения были сформированы из лиц, обращавшихся в клинику «Атлант-мед» и ГП №5. Для выявления значимых факторов риска ОП и сопутствующих заболеваний использовалась модифицированная анкета, разработанная в КАП. У всех участников исследования было получено информированное согласие.

Всем пациентам опытной и контрольной групп наблюдения проводили стандартное клиническое

Таблица 1 – **Рецептура продукта «Кайрат» на 100 мл продукта**

Ингредиенты	Рецептура, г/100 мл продукции
Молоко 3,2% жирности	85,4 мл
Мука топинамбура	2,5 г
Сироп шиповника	2,5 мл
Закваска бактериальная (Str.lactis, L.acidophilus, L. bulgaricus)	5 г
Пектин	3 г
Витаминно-минеральный премикс «Quell Bone DA1»	30 мг
Генестеин «Genivida TG»	12,5 мг

обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, флюрография, биохимический анализ крови – общий билирубин и фракции, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, глюкоза, общий холестерин, общий белок, кальций, фосфор, ЩФ, антропометрия), определение кальция в суточной моче, ФГ, ЭКГ для включения в исследование. Все участники до и после исследования прошли обследование на биохимические маркеры остеопороза и иммунологические исследования для определения цитокинов. Пациенты опытных групп прошли инструментальные исследования, включавшие УЗ денситометрию пяточной кости аппаратом Соност 3000 (Корея), УЗ денситометрию лучевой кости аппаратом Lunar (США), рентгеновскую абсорбциометрию или денситометрию (РД). На рентгеновской денситометрии исследовали поясничный отдел позвоночника (совокупный результат L_2-L_4), проксимальный отдел бедренной кости (целиком и по отдельным регионам: шейка, её наименее плотная часть – треугольник Уорда (Ward's triangle), большой вертел, межвертельная область, проксимальная часть диафиза). Пациенты опытной группы были разделены на три подгруппы: женщины с естественной менопаузой (20 человек), мужчины и женщины старше 60 лет (20 человек), пациенты с низкоэнергетическими переломами бедренной кости, предплечья (10 человек). В рамках открытых клинических испытаний пациентам было предложено принимать йогурт «Кайрат» по 200,0 мл 2 раза в день через 2-2,5 часа после еды в течение 3 месяцев. Для проведения открытых клинических испытаний опытные партии продукта производились молочным заводом «АукатОбис» (Алматинская область, Енбекшиказахский район, с. Койшибек, ул. Абая, д. 1а, тел. 8(727)3271058) в промышленных условиях.

Нами был произведен набор пациентов в контрольную группу: пациенты, принимающие гормонозаместительную терапию с постменопаузальным остеопорозом (20 человек) на базе женской консультации ГП №10, пациенты с ОП, принимающие препараты кальция+витамин $Д_3$ и бисфосфонаты на базе ГП №5 (20 человек), пациенты с ОП с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы на базе клиники «Атлант-мед» (20 человек).

Наблюдение за основной и контрольной группами наблюдения было проведено в течение 3 месяцев.

После окончания наблюдения все пациенты были подвергнуты повторному лабораторно-клиническому исследованию. Данный этап работ по научно-технической программе находится на стадии ввода данных в базы данных и статистической обработки.

Выводы

Чаще всего под профилактикой остеопороза понимают профилактику переломов, которые ведут к преждевременной смерти либо утрате трудоспособности, ограничению самообслуживания и ухудшению качества жизни в целом. Поскольку главным фактором защиты от переломов является сохранная минеральная плотность костной ткани (МПКТ), на наш взгляд, профилактика ее потери, особенно в пожилом и старческом возрасте, с использованием обогащенных витаминно-минеральным премиксом продуктов функционального питания служит одним из основных эффективных механизмов снижения уровня заболевания ОП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Остеопороз /под ред. О.М.Лесняк, Л.И. Беневоленской /– 2-е изд., – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 272 с.

2 Якименко Е.А., Дець В.В., Данильченко Л.И., Ефременкова Л.Н. Динамика некоторых маркеров костного ремоделирования у женщин с постменопаузальным остеопорозом под влиянием терапии синтетического кальцитонина лосося / Украинский ревматологический журнал. – 2003. – №3. – С. 59-61

3 Смолянский Б.Л., Лифляндский В.Г. Диетология: новейший справочник для врачей. – С.-Петербург: «Сова», 2003. – С. 77

4 Scharla Sh. Prevalence of subclinical vitamin D defiency in different European countries. Osteoporosis Int 1998; 8 (Suppl. 2): 7-12.68

5 Королев А.А., Богданова Е.А., Несвижский Ю.В., НикитенкоЕ.И., Фетисов Р.Н. Влияние различных пищевых рационов на особенности формирования фекального микробиоценоза // Вопросы питания. – 2007. – №5. – С. 35-38

6 Тутельян В.А., Павлючкова М.С. Изучение метаболизма изофлавоноидов сои у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вопросы питания. – 2002. – № 4. – С. 20-22

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Д.С. СУЛЕЙМЕНОВА, А.Қ. МЫРКАСЫМОВА, А.М. АЙТМАГАМБЕТОВА

Қазақ тағамтану Академиясы, Алматы қ., ҚР

ТҰРҒЫНДАРДЫҢ МҰҚАТ ТОПТАРЫ АРАСЫНДА ОСТЕОПОРОЗДЫҢ АЛДЫН АЛУҒА АРНАЛҒАН ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ТАҒАМ ӨНІМДЕРІН ҚҰРАСТЫРУ КЕЗІНДЕ ЕМДІК – ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ӘСЕРДІҢ ҰСТАНЫМДАРЫ

Кіріспе. Тұрғындар санының және үлкен жас тобының үлесінің ұлғаюына байланысты остеопорозға қатысты медициналық және әлеуметтік мәселелер өзекті болып отыр.

Мақсаты – остеопороздың алдын алу және емдеу үшін «Қайрат» қышқыл сүт өнімін қолдануын зерттеу.

Материал және әдістер. Зерттеуге 50-75 жастағы, сүйектің минералды тыңыздығының көрсеткіштері ≤ -2,5 SD адамдар қатысты.

Нәтижелері және талқылау. Жұмыстың бұл кезеңі мәліметтерді енгізу және статистикалық өңдеу сатысында.

Қорытынды. Витаминдік-минералдық премикспен байытылған функционалдық тағам өнімдерін қолдану остеопороз ауруының санын азайту механизмдерінің негізгілерінің бірі болып табылады.

Негізгі сөздер: *сүйек тканьның минералдық тығыздылығы, остеопения, остеопороз, төмен энергетикалық сынақтар, ремодельдеу, қышқыл-сүт өнімі, соялық изофлавондар.*

SUMMARY

D.S. SULEIMENOVA, A.K. MYRKASYMOVA, A.M. AYTMAGAMBETOVA

Kazakh Academy of Nutrition, Almaty c., Kazakhstan

PRINCIPLES OF HEALTH CARE INFLUENCES THE DESIGN OF FUNCTIONAL FOODS FOR THE PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN VULNERABLE POPULATIONS

Introduction. With the increase in population and the proportion of older age groups acquire relevant medical and social problems associated with osteoporosis.

Purpose – To study the portability of fermented milk product "Kairat" for the prevention and treatment of osteoporosis.

Materials and methods. The study included men and women aged 50-75 years with BMD ≤ -2,5 SD.

Results and discussion. This step is at the stage of entering data and statistical processing.

Conclusion. The use of vitamin-enriched mineral premix functional food is one of the major mechanisms of effective reduction of the disease osteoporosis.

Key words: *bone mineral density, osteopenia, osteoporosis, low-energy fractures, remodeling, dairy products, soy isoflavones. (Suleimenova)*

УДК 618.146-006.52:615.372

Т.С. НУРГОЖИН[1], А.Е. ГУЛЯЕВ[1], Б.А. ЕРМЕКБАЕВА[1], Г.Т. АБУОВА[2], С.К. ЖАУГАШЕВА[3]

[1]Центр наук о жизни АОО «Назарбаев Университет, г. Астана, Казахстан,

[2]Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан,

[3]Карагандинский государственный медицинский университет , г. Караганда, Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНЫ ЦЕРВАРИКС – ДОМИНАНТНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является основной причиной рака шейки матки. Ежегодно в мире почти у полмиллиона женщин развивается рак шейки матки и более 250 000 женщин от него умирают. Широкомасштабная вакцинация с обеспечением максимального охвата может сократить смертность от рака шейки во всем мире не менее чем на две трети.

Цель исследования – проведение фармакоэкономического анализа зарегистрированных вакцин против ВПЧ.

Материал и методы: *вакцины против ВПЧ Церварикс® и Гардасил®.*

Результаты исследования: *фармакоэкономический анализ, ориентированный на условия системы здравоохранения Республики Казахстан, позволяет утверждать, что вакцинация и использованием вакцин против вирусов папилломы человека могут быть совершенно обоснованным мероприятием и принесут несомненную пользу в области общественного здоровья, предотвращая заболевания шейки матки, связанные с онкогенными штаммами ВПЧ, и тем самым уменьшая количество новых случаев предраковых поражений и рака шейки матки.*

Двухвалентная вакцина против ВПЧ 16/18 с адъювантом AS04 Церварикс® является более рентабельной, чем четырехвалентная вакцина Гардасил® против ВПЧ 6/11/16/18, а её использование можно считать более целесообразным.

Ключевые слова: *ВПЧ, рак шейки матки, фармакоэкономический анализ, Церварикс.*

Начиная описание возможностей применения вакцин против вируса папилломы человека, считаем уместным напомнить общеизвестные сведения о собственно самом вирусе. Вирус папилломы человека (ВПЧ) представляет собой группу из более чем 100 генотипов. Название «папиллома» обусловлено тем, что некоторые виды этих вирусов могут вызывать образование бородавок или папиллом, являющихся доброкачественными новообразованиями. Однако, некоторые типы ВПЧ могут послужить причиной развития определенных типов рака. Их называют вирусами «высокого риска», онкогенными или канцерогенными ВПЧ. Главная опасность ВПЧ заключается в том, что данный вирус является этиологическим фактором для развития рака шейки матки (РШМ). Сегодня это уже неоспоримый факт, который впервые был доказан немецким учёным Гарольдом цур Хаузеном, получившим за это открытие Нобелевскую премию в 2008 году. Более 40 видов ВПЧ передаются от человека к человеку при половом контакте. В Соединенных Штатах Америки ежегодно регистрируется около 6 миллионов новых случаев инфицирования ВПЧ половым путем. Большинство инфекций ВПЧ протекают без каких-либо симптомов и проходят без какого-либо лечения в течение нескольких лет. Тем не менее, в значительной части случаев ВПЧ-инфекции могут сохраняться в организме в течение многих лет, приводя к злокачественной трансформации некоторых типов клеток. Принято считать, что ВПЧ является основной причиной рака шейки матки. Например, в 2012 году более чем 12 000 женщинам в Соединённых Штатах, как ожидается, будет поставлен диагноз рак шейки матки и более чем 4000, как ожидается, умрут от него [1]. Ежегодно в мире почти у полмиллиона женщин развивается рак шейки матки и более 250 000 женщин от него умирают.

На сегодняшний день, и это общеизвестно, самым надёжным путём для устранения риска возникновения генитальных ВПЧ-инфекций является воздержание от любых половых контактов с другим лицом [3]. Понятно, что в реальности это маловероятный вариант для основной массы населения, и потому стратегия использования вакцины против ВПЧ считается вполне адекватной альтернативой.

В настоящее время и в Америке (FDA), и в Европе (EMEA) одобрены две вакцины для предотвращения инфекции ВПЧ: Гардасил® и Церварикс®. Обе вакцины эффективны при профилактике заболеваний, вызываемых ВПЧ 16 и 18 типа, двух типов ВПЧ высокого онкогенного

риска, которые вызывают около 70% рака шейки матки. Гардасил®, кроме того, предназначен для предотвращения развития доброкачественных заболеваний, вызываемых ВПЧ – 6 и 11типов, которые вызывают 90% генитальных бородавок [4].

Вакцина Церварикс® производится GlaxoSmithKline (GSK). Она называется двухвалентной вакциной, поскольку содержит вирусоподобные частицы двух генотипов ВПЧ – 16 и 18, вызывающих 70% случаев рака шейки матки. Эта вакцина вводится тремя последовательными дозами в течение 6-месячного периода. Вакцина Церварикс® одобрена для использования у девочек и женщин в возрасте от 9 лет и старше для профилактики рака шейки матки, вызываемого ВПЧ типами 16 и 18.

Вакцина Гардасил® производится Merck&Co, Inc и является четырёхвалентной вакциной, поскольку она защищает от четырёх типов ВПЧ: 6, 11, 16 и 18. Гардасил® используется в виде серии из трёх внутримышечных инъекций в течение 6-месячного периода. Вакцина Гардасил одобрена для применения у женщин для профилактики рака шейки матки и некоторых вариантов рака вульвы и влагалища, вызываемого ВПЧ типа 16 и 18, а также для использования у мужчин и женщин для профилактики анального рака и предраковых анальных новообразований, вызываемых ВПЧ типами 16 и 18. Гардасил® также применяется для профилактики остроконечных кондилом, вызываемых ВПЧ типа 6 и 11. Вакцина одобрена для использования у мужчин и женщин в возрасте от 9 до 45 лет.

Результаты последних исследований показали, что обе вакцины могут обеспечить перекрестную защиту от дополнительных невакцинных типов ВПЧ, которые также могут вызывать рак шейки матки [15, 16, 17]. В то же время и Гардасил®, и Церварикс® являются весьма эффективными в предотвращении инфекций, вызываемых теми типами ВПЧ, на которые они рассчитаны. В отношении ВПЧ 16/18 эффективность приближается к 100%. Имеются подтвержденные данные о продолжительности профилактического действия Церварикса® до 9,4 года и Гардасила® до 5 лет [5, 6, 7]. Широкомасштабная вакцинация с обеспечением максимального охвата может сократить смертность от рака шейки во всем мире не менее чем на две трети. Обе вакцины Гардасил® и Церварикс® были протестированы на десятках тысяч людей во многих странах. До сих пор никаких серьёзных побочных эффектов, вызванных вакцинами, не отмечено. Наиболее распространёнными проблемами являются кратковременная болезненность в месте укола и другие местные симптомы. В недавнем обзоре FDA и CDC отмечена лишь возможность более высокой доли обмороков (потеря сознания) и венозной тромбоэмболии при применении вакцины Гардасил® [10].

Сравнение вакцин против ВПЧ неизбежно при решении вопроса о включении этого типа вакцин в календарь прививок. Понятно, что каждое государство принимает решение об обязательности вакцинации индивидуально, основываясь на клинической целесообразности, готовности платить и фармакоэкономических расчётах. В настоящей работе сделана попытка проведения такого анализа для вакцин против ВПЧ.

Материал и методы

Объекты исследования: вакцины против ВПЧ Церварикс® и Гардасил®.

Церварикс® – бивалентная ВПЧ 16/18 L1 VLP вакцина компании GlaxoSmithKline (Бельгия). При ее создании L1 протеин каждого ВПЧ типа экспрессировался посредством рекомбинантного бакуловирусного вектора. Вакцина состоит из очищенных вирусоподобных частиц L1 VLP 16-го и 18-го типов ВПЧ в дозе 20/20 мкг, к которым добавлена адъювантная система нового поколения ASO4, которая вызывает более высокий и длительный иммунный ответ, превосходящий таковой при использовании только солей алюминия.

Гардасил® – квадривалентная ВПЧ 6/11/16/18 L1 VLP вакцина, разработанная Merck&Co. Inc (США). Вирусоподобные частицы получены путем экспрессии вирусных капсидных белков L1 соответствующих типов ВПЧ в дрожжевых клетках Saccharomyces cerevisiae. Каждая доза вакцины (0,5 мл) содержит 20 мкг ВПЧ 6 L1 протеина, 40 мкг ВПЧ 11 L1 протеина, 40 мкг ВПЧ 16 L1 протеина, 20 мкг ВПЧ 18 L1 протеина, 40 мкг ВПЧ 11 L1 протеина, 40 мкг ВПЧ 16 L1 протеина, 20 мкг ВПЧ 18 L1 протеина, 225 мкг алюминиевого адъюванта и буферный раствор.

Иммуногенность, безопасность, переносимость и эффективность бивалентной и квадривалентной вакцин были изучены в многоцентровых рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях.

К настоящему времени известно, что типы ВПЧ высокого онкогенного риска (16 и 18) обнаруживаются в 70% инвазивного рака шейки матки [11], это обстоятельство позволяет считать именно эти типы ВПЧ ответственными за 70% рака шейки матки. Обе вакцины – и двухвалентная, и четырехвалентная, показали одинаковую и почти 100% эффективность в отношении типов ВПЧ 16 и 18 [12,13,14].

Недавние исследования также выявили, что вакцины могут быть эффективны и против невакцинных типов ВПЧ [15,16,17]. Эти невакцинные типы ВПЧ, а именно 31, 33 и 45, считают ответственными за заметные доли рака шейки матки (4% для ВПЧ 31 и 33 и 6% для ВПЧ-45) [18], т.е. около10%.

В основу расчётов по эффективности вакцин против ВПЧ типов 31, 33 и 45 легли данные T. Malagón и соавт., опубликованные в 2012 году в самом большом и последнем систематическом обзоре и метаанализе – Cross-protective efficacy of two human papillomavirus vaccines: a systematic review and meta-analysis [19].

Стоимость использования вакцин против ВПЧ брали из базы данных МЗ РК за 2011 год.

Фармакоэкономический анализ проводился путём моделирования в соответствии с результатами выбранных клинических исследований оценивающих эффективность бивалентной и квадривалентной вакцин.

Использовался метод фармакоэкономического анализа «затраты/эффективность» [20].

Основные показатели, использованные в расчётах, приведены в таблице 1.

Дисконтирование стоимостных показателей было произведено исходя из ставки дисконтирования 3%.

При проведении расчётов были сделаны следующие допущения:

- вакцинация обеспечивает пожизненный иммунитет;
- 90% охват вакцинацией;
- количество инвалидов было определено исходя из допущения, что все пациенты с РШМ в 3 и 4 стадиях заболевания являются нетрудоспособными, и основываясь на абсолютном показателе заболеваемости РШМ; длительность инвалидности составляет 1 год;
- доля работающего женского населения от всего женского населения работоспособного возраста в Республике Казахстан взята за 70%;
- доля работающего женского населения от всего женского населения пенсионного возраста в Республике Казахстан взята за 0% ввиду отсутствия данных;
- стоимость новопроизведённого полезного продукта за определённый промежуток времени в результате временной потери трудоспособности, инвалидности и смер-

Таблица 1 – **Исходные данные и источники информации**

Показатель	Значение показателя			Источник информации
Стоимость одной дозы вакцины Церварикс®	11 550 тенге			Прайслист «ТОО Фармаком» Клиника Вакцинации от 13.07.2012
Стоимость одной дозы вакцины Гардасил®	16 650 тенге			Прайслист «ТОО Фармаком» Клиника Вакцинации от 13.07.2012
Стоимость предвакцинального осмотра и введения вакцины	1500 тенге			Данные тарифов медицинских учреждений
Эффективность вакцины Церварикс® в отношении РШМ, обусловленного 16 и 18 типами ВПЧ	100%			21
Эффективность вакцины Гардасил® в отношении РШМ, обусловленного 16 и 18 типами ВПЧ	100%			12
Эффективность вакцины Церварикс® в отношении РШМ, обусловленного типами ВПЧ, не входящими в состав вакцины	Тип 31 77,1%	Тип 33 82,3%	Тип 45 79,0%	19
	Среднее значение – 79,5%			
Эффективность вакцины Гардасил® в отношении РШМ, обусловленного типами ВПЧ, не входящими в состав вакцины	Тип 31 46,2%	Тип 33 24,0%	Тип 45 7,8%	19
	Среднее значение –26,0%			
Распределение типов ВПЧ при РШМ (16/18/31, 33, 5, 45)	64,6% / 9,4% / 19,3%			22, 23
Заболеваемость РШМ в Республике Казахстан	16,0 на 100 000 женского населения (среднее значение за 2008-2009 гг.)			24
Количество умерших на 100 вновь выявленных случаев РШМ	50,7 (среднее значение за 2008-2009 гг.)			24
Средний возраст умерших от РШМ, лет	54 (среднее значение за 2008-2009 гг.)			24
Средний возраст больных РШМ, лет	51 (среднее значение за 2008-2009 гг.)			24
Средний размер заработной платы по Республике Казахстан	71 595 тенге / 490$			Агентство Республики Казахстан по статистике Доступно по ссылке www.stat.kz
Размер пенсии по инвалидности	21 238 тенге			Агентство Республики Казахстан по статистике Доступно по ссылке www.stat.kz
Размер пособия по временной нетрудоспособности	14 399 тенге			Агентство Республики Казахстан по статистике Доступно по ссылке www.stat.kz
Дополнительные затраты на инвалидов в месяц	20 000 тенге			Ориентировочно, допущение
Численность девочек 12 лет в Республике Казахстан	122 799 человек			Агентство Республики Казахстан по статистике Доступно по ссылке www.stat.kz
Начало пенсионного возраста в Республике Казахстан	58 лет			
Ожидаемая продолжительность жизни в Республике Казахстан	73 года			Агентство Республики Казахстан по статистике Доступно по ссылке www.stat.kz; ВОЗ, доступно по ссылке http://apps.who.int/ghodata/?vid=710
Доля занятого женского населения от общей численности женского населения трудоспособного возраста	70%			Ориентировочно, допущение

ти соответствует размеру средней заработной платы за этот промежуток времени в Республике Казахстан.

Результаты и обсуждение

Для проведения анализа была выбрана когорта девочек 12 лет, живущих в Казахстане, 122 799 человек при ожидаемой продолжительности жизни 73 года.

Исходно, количество случаев РШМ, ожидаемых в когорте на период дожития, было определено по формуле 1, основываясь на относительном показателе заболеваемости РШМ (16,0 на 100 000 женского населения в Республике Казахстан), численности когорты девочек 12 лет. В исследовании предполагали, что, несмотря на тенденцию к росту заболеваемости раком шейки матки в Республике Казахстан, ожидаемая забо-

леваемость в будущем в стране будет соответствовать значениям, наблюдающимся в настоящее время, – 16,0 на 100 000 женского населения (среднее значение за 2008-2011 гг.).

$$\mathbf{I_a = I_r \times N / 100000 \times LE}, \quad \text{(Формула1)}$$

где: I_a – ожидаемое количество случаев РШМ в одной возрастной когорте в Республике Казахстан на период дожития;

I_r – относительный показатель заболеваемости РШМ в Республике Казахстан (на 100 000 женского населения);

N – число девочек одной возрастной когорты в Республике Казахстан;

LE – ожидаемая продолжительность жизни.

В результате расчётов по формуле 1 ожидаемое абсолютное число случаев РШМ на период дожития в когорте составило 1 434 случая заболевания.

Далее, исходя из литературных данных (метаанализ и систематический обзор -19), в качестве показателя эффективности вакцин в отношении ВПЧ-ассоциированных заболеваний, вызванных 16, 18, и других наиболее распространённых типов ВПЧ, был приняты нижеприведённые цифры.

Эффективность вакцин в отношении РШМ рассчитывалась исходя из данных литературы по эффективности каждой вакцины в отношении определённых типов ВПЧ и показателей частоты встречаемости этих типов при РШМ (в России и Восточной Европе). Для расчётов использовали формулу 2.

$$\mathbf{E_{lesion} = \Sigma\, E_{type} \times P_{type/lesion}}, \quad \text{(Формула 2)}$$

где: E_{lesion} – эффективность вакцины в отношении РШМ;

E_{type} – эффективность вакцины в отношении определенного типа ВПЧ;

$P_{type/lesion}$ – распространенность определенных типов ВПЧ при РШМ.

Эффективность Церварикс® = 100,0*64,6+100,0*9,4 + 79,5*19,3 = 89,3%

Эффективность Гардасил® = 100,0*64,6+100,0*9,4 +26,0*19,3 = 79,0%

(перекрёстная эффективность Церварикса® в отношении невакцинных типов ВПЧ – 79,5% ® и 26,0% для Гардасила® бралась как среднее по типам 31,33,45).

Как видно, результатом расчётов по формуле 2 является вероятная эффективность в отношении РШМ сравниваемых вакцин: эффективность Церварикса® может составлять **89,3%,** эффективность Гардасила® примерно **79,0%.**

Стоимость случая РШМ была определена с позиций общественного здравоохранения и включала прямые и непрямые затраты. Непрямые затраты, связанные с потерей трудоспособности, были учтены для пациентов с РШМ трудоспособного возраста, т.е. до 58 лет (формула 3). Стоимость случая РШМ для женщин пенсионного возраста была рассчитана с учётом только прямых медицинских затрат (формула 4).

$$\mathbf{C_i = C_{td} \times D_{td} + \Sigma\, T \times F}, \quad \text{(Формула 3)}$$

$$\mathbf{C_d = \Sigma\, T \times F}, \quad \text{(Формула 4)}$$

где: C(i/d) – стоимость заболевания с учетом непрямых затрат (прямые и непрямые затраты) / с учетом только прямых затрат;

T – тариф на медицинскую технологию (стоимость отдельных лечебно-диагностических манипуляций, стоимость койко-дня);

F – частота использования медицинской технологии при конкретном ВПЧ-ассоциированном заболевании;

Ctd – стоимость дня временной нетрудоспособности;

Dtd – число дней временной нетрудоспособности.

Далее, исходя из доли заболевших РШМ в трудоспособном и пенсионном возрасте (60 и 40%, соответственно), а также доли работающего женского населения от всего женского населения работоспособного возраста 70%, по формуле 5, была определена средневзвешенная стоимость случая РШМ.

$$\mathbf{C_i = (C_i \times P_w + C_d \times P_n) \times C_d \times P_p}, \quad \text{(Формула 5)}$$

где: C – средневзвешенная стоимость заболевания;

$C_{(i/d)}$ – стоимость заболевания с учётом непрямых затрат (прямые и непрямые затраты) / с учётом только прямых затрат;

$P_{(a/p)}$ – доля случаев заболевания, возникших у женщин трудоспособного/пенсионного возраста;

$P_{(w/n)}$ – доля случаев заболевания, возникших у работающих / не работающих женщин трудоспособного возраста.

Среднюю взвешенную стоимость РШМ рассчитывали с учётом распределения РШМ по стадиям заболевания в Республике Казахстан: РШМ 1,2 – 79,0%, РШМ3 – 17,3%, РШМ4 – 3,7% (средние значения за 2008-2011 гг.). Таким образом, она составила 280 950 тенге.

К затратам, связанным с инвалидностью, относили пенсию по инвалидности (принимали равной 261000 в год), другие затраты на инвалидов (льготы, выплаты и другие прямые и косвенные издержки принимали равными 246600 тенге в год) и недопроизведенный полезный продукт (в исследовании соответствует размеру средней номинальной заработной платы в стране – 882 000 тенге на душу населения в год). В итоге, была получена средневзвешенная стоимость случая инвалидности с учетом доли заболевших РШМ в трудоспособном и пенсионном возрасте, которая составила 878 100 тенге в год.

Стоимость случая смерти от РШМ была рассчитана исходя из недопроизведенного полезного продукта (в исследовании соответствует размеру средней номинальной заработной платы – 5880 USD в год), числа потерянных трудоспособных лет жизни и доли работающего женского населения от всей численности женского населения трудоспособного возраста. Число потерянных трудоспособных лет жизни определено, основываясь на показателях среднего возраста умерших от РШМ (54 года) и возраста выхода на пенсию (58 лет). Таким образом, число потерянных лет жизни составило 4 года, а ущерб на один случай смерти от РШМ – 2 469 600 тенге (882 000 * 4 * 70% = 2 469 600).

После получения исходных данных по эффективности вакцин и сопутствующих затратах был проведён расчёт количества предотвращённых случаев РШМ, инвалидности и смерти при использовании вакцин

Количество предотвращенных заболеваний в результате проведения вакцинации было определено путём перемножения количества случаев РШМ, ожидаемых по мере взросления когорты (показатель был рассчитан на первом этапе анализа), эффективности вакцины в отношении этих заболеваний и охвата программой вакцинопрофилактики (в исследовании составляет 90%) (формула 6).

$$\mathbf{N_{prev} = N \times E_{lesion} \times VC}, \quad \text{(Формула 6)}$$

где: N_{prev} – количество предотвращенных случаев РШМ;

N – ожидаемое количество случаев РШМ в рассматриваемой когорте;

E_{lesion} – эффективность вакцины в отношении РШМ;

VC – охват программой вакцинопрофилактики.

Установлено, что количество предотвращённых случаев РШМ при использовании вакцины Церварикс® на

Таблица 2 – **Исходные данные для оценки стоимости одного случая РШМ** (частота использования медицинской технологии «1» – обозначает, что все больные получают эту медицинскую технологию один раз; «2» – все больные два раза; дробный показатель 0,5, 0,3, 0,7 и т.д. – часть больных получает эту технологию)

Мероприятия	Тариф (USD)	Стадии РШМ		
		1-2	3	4
Расширенная кольпоскопия	7	2		
Прицельная цитология с измененного участка	14	2		
Прицельная биопсия с гистологическим исследованием биоптата	24	1	1	1
Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки и тела матки с гистологическим исследованием соскобов	82	1		
Цервикоскопия	27	2		
УЗИ органов малого таза	17	1	1	1
УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	17	2	2	2
Кровь на онкомаркеры	41	2	1	1
Гормональный статус	27	1	1	1
Консультация (онколог)	14	5	5	5
Экстирпация матки	340		1	1
Ампутация матки	544	1		
Химиотерапия*		150$	250$	250$
Койко-день	24	15	21	21
Дневной стационар	7	2	20	30
День временной нетрудоспособности**	20	40	90	90

* Стоимость химиотерапии составляет: для РШМ1-2 – 150, РШМ3 – 250, РШМ3,4 – 250 USD (ориентировочно, допущение ввиду отсутствия точных данных).

** В стоимость дня временной нетрудоспособности входят: пособие по временной нетрудоспособности (15 000 тенге/месяц) и недопроизведенный полезный продукт (соответствует размеру средней заработной платы 882000 тенге/год). Допускали, что при РШМ пациентка находится на больничном листе 3 месяца, после чего она переходит в разряд инвалидов (затраты, связанные с инвалидами, оценивались отдельно).

период дожития составило **1 153**, а количество предотвращенных случаев РШМ при использовании вакцины Гардасил® на период дожития составило **1 020**.

Количество предотвращенных с помощью вакцинации случаев инвалидности было определено исходя из допущения о том, что РШМ 3 и 4 стадии приводит к инвалидности. Рассчитанное на первом этапе анализа ожидаемое количество РШМ, которое будет наблюдаться в рассматриваемой когорте по мере ее взросления, составляет 1 434 случая. С учётом того, что удельный вес РШМ 3 и 4 стадии составляет 21%, количество инвалидов будет насчитывать 301 человек.

В случае проведения вакцинации Цервариксом® с 90% охватом рассматриваемой когорты это количество могло бы сократиться на 241 человека и составить 60 пациентов.

В случае проведения вакцинации Гардаксилом с 90% охватом рассматриваемой когорты это количество могло бы сократиться на 214 человек и составить 87 пациентов.

Также определялось вероятное количество предотвращённых случаев смерти и сохранённых лет жизни в результате вакцинации.

По данным статистики злокачественных новообразований число умерших на 100 вновь выявленных случаев РШМ в Республике Казахстан составляет 51 (среднее значение за 2008-2009 гг.). При неизменности данного показателя в будущем и исходя из ожидаемого количества случаев РШМ в рассматриваемой когорте – 1 434 случ., количество умерших от РШМ составит 727 человек.

Если учесть эффективность вакцины Церварикс® в отношении РШМ (89,3%), при охвате программой вакцинопрофилактики 90%, количество предотвращенных случаев смерти составит 584 человека.

Эффективность вакцины Гардасил® в отношении РШМ (79,0%), при охвате программой вакцинопрофилактики 90%, количество предотвращенных случаев смерти составит 516 человек.

Далее, основываясь на значении показателя средней ожидаемой продолжительности жизни (73 года) и показателя среднего возраста умерших от РШМ (54 года), было определено число сохраненных лет жизни, которое составило 19 лет (73-54=19).

Таким образом, можно считать, что общее число сохраненных лет жизни при использовании вакцины Церварикс® составило 11 096 человеко-лет (588 * 19 лет = 11 096), а в случае использования вакцины Гардасил® число сохранённых лет жизни может составить 9 804 человеко-лет (516 * 19 лет = 9 804).

Исходя из полученных на предыдущих этапах исследования данных, была определена выгода, связанная с предотвращением случаев РШМ, инвалидности и смерти (формула 8). Для оценки общего предотвращённого ущерба в одной возрастной когорте на период дожития стоимость РШМ и его исходов была дисконтирована с учетом ставки дисконтирования 3% в год (формула 7).

$$\mathbf{C_{lesion\ (discounted)} = C \times (1 + DR)^{-Y}}, \qquad \text{(Формула 7)}$$

где: $C_{lesion\ (discounted)}$ – стоимость случая РШМ с учетом дисконтирования;

C – стоимость случая РШМ в настоящее время;

DR – ставка дисконтирования;

Y – число лет до развития РШМ (исходя из среднего возраста заболевших).

$$\mathbf{AC = \Sigma\, C_{lesion} \times N_{prev}}, \qquad \text{(Формула 8)}$$

где: AC – общие предотвращенные затраты (выгода) при использовании вакцины;

$C_{lesion\ (discounted)}$ – стоимость случая РШМ, инвалидности, смерти;

N_{prev} – количество предотвращенных случаев РШМ, инвалидности, смерти.

Стоимость случая РШМ, инвалидности и смерти с учетом дисконтирования составила: РШМ – 88 650, инвалидность – 277 200, смерть – 713 550 тенге.

Таким образом, при вакцинации одной возрастной когорты девочек (122 799 человек) предотвращённый ущерб в результате использования вакцины Церварикс® в Республике Казахстан может составить приблизительно 585 млн. тенге.

Таблица 3 – **Эффективность затрат на проведение вакцинации**

Тип вакцины	Затраты на вакцинацию (VC), млн. тенге	Предотвращённый ущерб (AC), млн. тенге	Дополнительные затраты (AdC), млн. тенге	Сохранённые годы жизни (LYS), лет	Коэффициент «затраты / эффективность», млн. тенге на 1 сохраненный год жизни AdC LYS
Церварикс®	4 320	585,0	3 735	11 096	0,337
Гардасил®	5 955	517,5.	5 437,5	9 804	0,555

При использовании вакцины Гардасил® этот же показатель может составить ориентировочно 517,5 млн. тенге.

Следующим этапом в работе был анализ затрат на проведение вакцинации.

Затраты на когортную вакцинацию девочек 12 лет были рассчитаны исходя из численности когорты (122 799 человек), охвата когорты программой вакцинации (90%) и стоимости вакцинации одного человека с использованием вакцины Церварикс® – 39 150 тенге (стоимость вакцинации включает: 3 дозы вакцины по 11 550 тенге каждая, осмотр педиатром и стоимость проведения вакцинации – 1500 тенге за консультацию и одно введение вакцины), с использованием вакцины Гардасил® – 54 000 тенге (стоимость вакцинации включает: 3 дозы вакцины по 16 500 тенге каждая, осмотр педиатром и стоимость проведения вакцинации – 1500 тенге за консультацию и одно введение вакцины).

Стоимость вакцинации с использованием Церварикс® = 122 799 человек * 90% * 39 150 тенге = 4 320 млн. тенге.

Стоимость вакцинации с использованием Гардасил® = 122 799 человек * 90% * 54 000 тенге= 5 955 млн. тенге.

Полученные данные по эффективности сравниваемых вакцин и объёму затрат, связанных с вакцинацией, позволили рассчитать основной фармакоэкономический показатель «затраты-эффективность».

Как можно видеть из представленных данных, за один год сохранённой жизни при использовании вакцины Церварикс® придётся платить около 337 тысяч тенге, а в случае использования вакцины Гардасил® величина оплаты должна возрасти до 555 тысяч тенге.

Рассматривая результаты фармакоэкономического исследования, следует иметь в виду, что Всемирная организация здравоохранения рекомендует в качестве критерия оценки экономической эффективности медицинских технологий использовать размер валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения. В случае, если показатель затрат на один сохранённый год жизни не превышает размера одного ВВП на душу населения, такое медицинское вмешательство является экономически рентабельным [25]. ВВП на душу населения в 2011 году примерно 11 300 долларов США[http://ru.government.kz/site/news/news_prem/2012/01/09].

Таким образом, с этих позиций вакцинация когорты девочек 12 лет в Республике Казахстан с использованием вакцин против ВПЧ и Церварикс®, и Гардасил® является экономически рентабельной. Но сравнение основного фармакоэкономического показателя «затраты/эффективность», полученного в настоящем исследовании для гипотетической ситуации использования альтернативных вариантов вакцин – Церварикса® или Гардасила®, позволяет выявить преимущество вакцины Церварикс® (разница достигает 40%).

Фармакоэкономические результаты, полученные в условиях настоящего исследования, коррелируют с известными литературными данными. Так, фармакоэкономическая модель, использованная итальянскими исследователями, предполагает, что в Италии двухвалентная вакцина могла бы предотвратить больше предраковых поражений и рака шейки матки, чем четырехвалентная вакцина, и более экономически целесообразна [26]. В результате фармакоэкономического исследования на Тайване доминантной признана стратегия использования бивалентной вакцины по сравнению с квадривалентной, при расчёте на всю популяцию девочек определена возможность экономии в 11,6 млн. новых тайваньских долларов при замене Гардасила® Цервариксом® [27].

Таким образом, фармакоэкономический анализ, ориентированный на условия системы здравоохранения Республики Казахстан, позволяет утверждать, что вакцинация с использованием вакцин против вируса папилломы человека является обоснованным мероприятием и принесёт несомненную пользу в области общественного здоровья, предотвращая заболевания шейки матки, связанные с онкогенными штаммами ВПЧ, и тем самым уменьшая количество новых случаев предраковых поражений и рака шейки матки.

Двухвалентная вакцина против ВПЧ 16/18 с адъювантом AS04 Церварикс® является более рентабельной, чем четырехвалентная вакцина Гардасил® против ВПЧ 6/11/16/18, а её использование можно считать более целесообразным.

Использование вакцины Церварикс® в условиях системы здравоохранения Республики Казахстан является доминантной стратегией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 American Cancer Society (2012). Cancer Facts and Figures 2012 . Atlanta, GA: American Cancer Society. Retrieved December 27, 2012

2 D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. New England Journal of Medicine 2007; 356(19):1944–1956. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. Gynecologic Oncology 2010; 117(2 Suppl):S5–10

3 Division of STD Prevention (1999). Prevention of genital HPV infection and sequelae: report of an external consultants' meeting. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved December 27, 2011

4 Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. New England Journal of Medicine 2002; 347(21):1645–1651

6 5 Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. New England Journal of Medicine 2007; 356(19):1928–1943

7 The Future II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. New England Journal of Medicine 2007; 356(19):1915–1927

8 Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. Lancet 2009; 374(9686):301–314

9 Romanowski B. Long term protection against cervical infection with the human papillomavirus: review of currently available vaccines. Human Vaccines 2011; 7(2):161–169

10 Steinbrook R. The potential of human papillomavirus vaccines. New England Journal of Medicine 2006; 354(11):1109–1112

11 Slade BA, Leidel L, Vellozzi C, et al. Postlicensure safety surveillance for quadrivalent human papillomavirus recombinant vaccine. JAMA 2009; 302(7):750–757

12 de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, et al, on behalf of the Retrospective International Survey and HPV Time Trends Study Group. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. Lancet Oncol 2010; 11: 1048–56

13 Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. N Engl J Med 2007; 356: 1928–43

14 Brisson M, Van de Velde N, De Wals P, Boily MC. The potential cost-eff ectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada. Vaccine 2007; 25: 5399–408

15 Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al, for the HPV PATRICIA Study Group. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. Lancet 2009; 374: 301–14

16 Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, et al, on behalf of the HPV Vaccine Study group. Sustained effi cacy up to 4·5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. Lancet 2006; 367: 1247–55

17 Wheeler CM, Kjaer SK, Sigurdsson K, et al. The impact of quadrivalent human papillomavirus (HPV; types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine on infection and disease due to oncogenic nonvaccine HPV types in sexually active women aged 16–26 years. J Infect Dis 2009; 199: 936–44

18 Brown DR, Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen OE, et al. The impact of quadrivalent human papillomavirus (HPV; types 6, 11, 16, and 18) L1virus-like particle vaccine on infection and disease due to oncogenic nonvaccine HPV types in generally HPV-naive women aged 16–26 years. J Infect Dis 2009; 199: 926–35

19 de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, et al, on behalf of the Retrospective International Survey and HPV Time Trends Study Group. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. Lancet Oncol 2010; 11: 1048–56

20 Malagón T, Drolet M, Boily MC, Franco EL, Jit M, Brisson J, Brisson M. Cross-protective efficacy of two human papillomavirus vaccines: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2012 Aug 21. http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70187-1

21 Авксентьева М.В. О теоретических основах клинико-экономического анализа // Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2007. – №7. – С. 3-7

22 Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, Jaisamrarn U, Garland SM, Castellsagué X, Skinner SR, Apter D, Naud P, Salmer n J, Chow SN, Kitchener H, Teixeira JC, Hedrick J, Limson G, Szarewski A, Romanowski B, Aoki FY, Schwarz TF, Poppe WA, De Carvalho NS, Germar MJ, Peters K, Mindel A, De Sutter P, Bosch FX, David MP, Descamps D, Struyf F, Dubin G; HPV PATRICIA Study Group. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. Lancet Oncol. 2012 Jan;13(1):89-99

23 WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Russian Federation

24 Профилактика рака шейки матки: Руководство для врачей., утв. заместителем министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым – М.: МЕДпресс-информ, 2008

25 Вестник РОНЦ им. Блохина РАМН, т. 20. – №3. – прил.1, 2009; Том 21, №2 (80), прил. 1, 2010; Том 22, №3(85), прил. 1, 2011

26 World Health Organization. Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2001

27 Capri S, Gasparini R, Panatto D, Demarteau N. Cost-consequences evaluation between bivalent and quadrivalent HPV vaccines in Italy: the potential impact of different cross-protection profiles. Gynecol Oncol. 2011 Jun 1;121(3):514-21

28 Demarteau N, Tang CH, Chen HC, Chen CJ, Van Kriekinge G. Cost-effectiveness analysis of the bivalent compared with the quadrivalent human papillomavirus vaccines in taiwan. Value Health. 2012 Jul;15(5):622-31

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Т.С. НҰРҒОЖИН[1], А.Е. ГУЛЯЕВ[1], Б.А. ЕРМЕКБАЕВА[1], Г.Т. АБУОВА[2], С.К. ЖАУҒАШЕВА[3]

[1]«Назарбаев Университеті» ААҚ Өмір туралы ғылым орталығы , Астана қ., Қазақстан

[2]Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы , Шымкент қ., Қазақстан

[3]Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті, Қарағанды қ., Қазақстан

ЦЕРВАРИКС® ВАКЦИНАСЫН ҚОЛДАНУ – ЖАТЫР МОЙЫНЫНЫҢ ІСІГІНІҢ АЛДЫН-АЛУДЫҢ ДОМИНАНТТЫҚ СТРАТЕГИЯСЫ

АПВ жатыр мойыны ісігінің негізгі себебі болып табылады. Жыл сайын әлемдегі әйелдердің жарты миллионында жатыр мойыны ісігі пайда болады және 250 000 астам әйел одан қаза болады. Қарқынды ауқымды қамтамасыз етуі бар кең масштабтық вакцина салу бүкіл әлем бойынша үштің екісінен аса өлімді қысқарта алады.

Зерттеудің мақсаты: АПВ қарсы тіркелген вакцинаның фармакоэкономикалық сараптамасын жүргізу.

Материалдар мен әдістер: АПВ-ға қарсы Церварикс® және Гардасил® вакциналары.

Зерттеудің қорытындылары: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің жағдайларына бағдарланған фармакоэкономикалық сараптама адамның папилломасының вирусына қарсы вакциналарды пайдалану мен вакцина салу айтарлықтай негізі бар шара екендігін және АПВ онкогенді штаммаларына байланысты жатыр мойынының ауруының алдын ала отырып, қоғамдық денсаулық саласында зор пайда алып келеді, соның арқасында ісікалдылық жаралар мен жатыр мойынының ісігінің жаңа жағдайларының санын азайтады деп айтуға мүмкіндік береді.

16/18 AS04 адъюванттың Церварикс® бар АПВ-ға қарсы еківаленттік вакцина АПВ-ға қарсы төрт валенттік 6/11/16/18 Гардасил® вакцинасына қарағанда тиімді болып табылады, ал оны пайдалану мақсатқа сай келеді деп есептеуге болады.

Негізгі сөздер: *АПВ, жатыр мойынының обыры, фармакоэкономикалық талдау, Церварикс.*

S U M M A R Y

T.S. NURGOZHIN[1], A.E. GULYAEV[1], B.A. ERMEKBAEYVA[1], G.T. ABUOVA[2], S.K. ZHAUGASHEVA[3],

[1]Center for Life Sciences, Nazarbayev University, Astana c., Kazakhstan

[2] South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent c., Kazakhstan

[3]Karaganda State Medical Universitety, Karaganda c., Kazakhstan

APPLICATION OF CERVARIX® VACCINE IS A DOMINANT STRATEGY TO PREVENT CERVICAL CANCER

HPV is the primary cause of cervical cancer. Every year, in

the world, nearly half a million women develop cervical cancer, and over 250,000 women die from it. A large-scale vaccination with providing maximum coverage can reduce the death rate from cervical cancer worldwide by at least two-thirds.

The aim of the study was to conduct a pharmacoeconomic analysis of registered vaccines against HPV.

Materials and Methods: the HPV vaccines – Cervarix ® and Gardasil ®

Results of the study: the pharmacoeconomic analysis focused on the conditions of the health care system of the Republic of Kazakhstan, allows to state that the vaccination using the vaccines against human papilloma viruses may be a perfectly appropriate activity and still beneficial to public health, preventing the diseases of uterine cervix associated with oncogenic HPV strains and thereby reducing the incidence of precancerous lesions and cervical cancer.

The bivalent vaccine against HPV 16/18 with AS04 adjuvant – Cervarix ® is more cost-effective than the quadrivalent vaccine against HPV 6/11/16/18- Gardasil ®, and its use may be considered more appropriate.

Key words: *human papilloma virus (HPV), cervical cancer, pharmacoeconomical analysis, Cervarix.*

CIS/CER/0004/13(1)

Данная статья опубликована при поддержке Представительства компании “ГлаксоСмитКляйн Экспорт ЛТД” в Казахстане.
За дополнительной информацией обращайтесь: 050059 г.Алматы, ул.Фурманова 273.

Тел. +7(727) 258-28-92, факс +7(727) 258-28-90

УДК 616.831-005.1-08:616.4

О.Е. КОВАЛЕНКО[1,2], Е.В. ЛИТВИН[1]

[1]Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного Управления делами, г. Киев

[2]Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ГИПОТИРЕОЗОМ

Рассматриваются вопросы особенностей биоэлектрической активности головного мозга у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом.

Ключевые слова: *гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, гипотиреоз, электроэнцефалография, раздражение диэнцефальных структур.*

За последние 10 лет темпы роста цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) увеличились вдвое. Наибольшую долю в структуре ЦВЗ занимает хроническое нарушение мозгового кровообращения – дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), наиболее часто встречается у лиц трудоспособного возраста [1, 2].

Основными факторами риска цереброваскулярной патологии являются артериальная гипертензия, атеросклероз церебральных сосудов, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, поражения щитовидной железы [3].

В практической деятельности врача-невролога поликлиники нередко встречаются случаи, когда у больных с дисциркуляторной энцефалопатией наблюдается снижение функциональной активности щитовидной железы. В последнее десятилетие возник важный вопрос взаимосвязи тиреоидной и цереброваскулярной патологии.

Гипотиреоз – это состояние, которое связано с недостаточностью тиреоидных гормонов в органах и тканях, что приводит к нарушению со стороны органов и систем, в том числе и центральной нервной системы. Количество случаев гипотиреоза в популяции по данным литературы от 3 до 8%, причем в последние годы отмечается рост патологии у лиц молодого и среднего возраста [4, 5, 6, 7].

В большинстве работ, посвященных изучению особенностей электрогенеза головного мозга при цереброваскулярной патологии, исследовалась роль артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза в их возникновении. Вклад сопутствующей патологии, а именно поражение щитовидной железы с нарушением ее функции в виде гипотиреоза, изучен недостаточно. Изучение этих особенностей позволило бы оптимизировать лечебно-реабилитационные программы для указанных групп пациентов, прежде всего в контексте своевременной коррекции и лечения коморбидной патологии.

Цель нашего исследования – изучение особенностей электрогенезиса головного мозга у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией (ГДЭ) и сопутствующим гипотиреозом.

Материал и методы

Все больные с ГДЭ были разделены на две группы, статистически сопоставимые по основному заболеванию – гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии, полу и возрасту. В первую группу (основную) вошли пациенты (60 человек), которые кроме ГДЭ имели сопутствующий гипотиреоз. Вторую группу (контрольную) составили 37 человек с ГДЭ без гипотиреоза. Среди обследованных пациентов основной группы 57 (95%) женщин, 3 (5%) мужчин. Среди пациентов контрольной группы 31 (83,8%) женщина, 6 (16,2%) мужчин. Возраст больных составлял от 40 до 66 лет (средний возраст 58,2±0,91 года).

Пациенты основной группы имели сопутствующую гипофункцию щитовидной железы вследствие аутоим-

мунного тиреоидита (39 человек), после оперативных вмешательств на щитовидной железе (9 человек), у 12 больных был спонтанный гипотиреоз.

Электрический потенциал мозга регистрировали с помощью 21-канального аппарата «Тредекс» с компьютерной обработкой данных, оптимизировали количественный анализ энцефалограмм, что позволило оценить спектральную мощность и получить топографическое картирование электрической активности мозга. Для снятия показателей использовали стандартные наложения электродов, применялись стандартные функциональные пробы (гипервентиляция, закрывание и открывание глаз, фото- и звукостимуляция) и повороты головы в обе стороны.

Полученные данные были занесены в электронную базу данных и обработаны с помощью программы Statistica 6.0 с применением параметрических и непараметрических методов вариационной статистики, разница была достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенной компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ) выявлено, что у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом преобладал III тип ЭЭГ – 21 больной (35,1%) (по А.А. Жирмунскому), который характеризовался диффузной десинхронизацией волн, со снижением α-ритма до 16-18 мкВ. В 16 случаях (26,6%) регистрировался IV тип, нерегулярный, дезорганизованный α-ритм со снижением амплитуды до 25-27мкВ, кроме того, регистрировались медленные волны (дельта- и тета-волны), которые могут свидетельствовать о заинтересованности мезодиэнцефальных структур головного мозга. II тип ЭЭГ – гиперсинхронный, регистрировался у 13 (21,7%) обследованных пациентов с амплитудой α-ритма до 65-70 мкВ. I тип ЭЭГ (нормальный) регистрировался у 10 (16, 6%) пациентов (рис. 1).

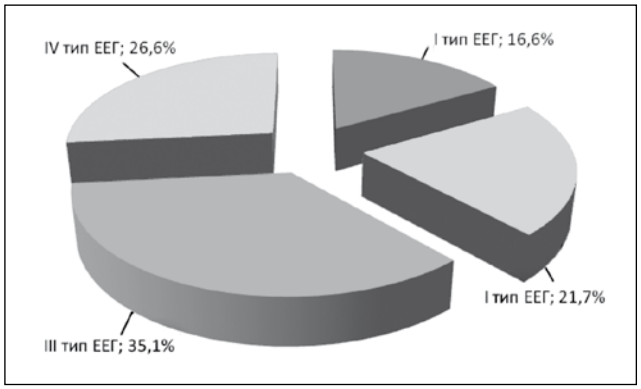


Рисунок 1 – Типы ЭЭГ у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом

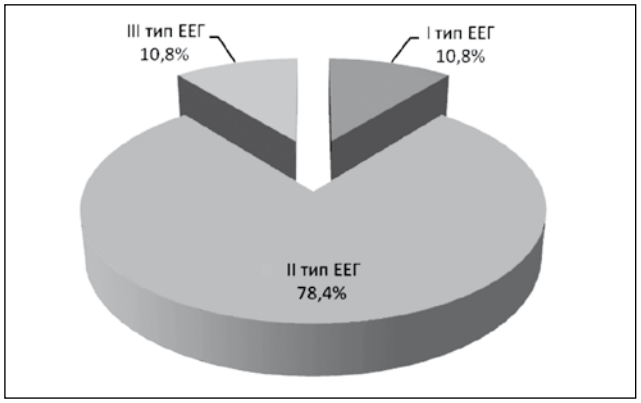


Рисунок 2 – Типы ЭЭГ у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией

Таблица 1 – **Характеристика показателей электроэнцефалографии**

Показатели	ГДЭ с гипотиреозом (n=60), M±m	ГДЭ без гипотиреоза (n=37), M±m	P
α-ритм	0,58±0,06	0,76±0,07	0,138
β-ритм	0,43±0,06	0,25±0,07	0,134
Дельта-волны	0,16±0,001	0,15±0,001	0,743
Тета-волны	0,07±0,003	0,03±0,001	0,015
Раздражение диэнцефальных структур	0,60±0,06	0,30±0,08	0,023
Межполушарная асимметрия	0,22±0,05	0,08±0,01	0,016

Из рисунка 2 видно, что у пациентов с ГДЭ без сопутствующего гипотиреоза I тип ЭЭГ регистрировался у 4 (10,8%) обследованных пациентов, II тип ЭЭГ – у 29 (72,4%), а III тип ЭЭГ – 4 (10,8%).

Несмотря на то, что у обследованных больных исходное состояние интенсивности ритмов ЭЭГ в среднем было в физиологических пределах, однако мы отметили достоверное наличие патологических волн, а именно тета-волн, раздражение диэнцефальных структур и межполушарную асимметрию ($p < 0,05$) у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом по сравнению с больными без гипотиреоза (табл. 1).

Биоэлектрическая активность головного мозга у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом характеризовалась преимущественно десинхронизацией и дезорганизацией корковой ритмики. Изменения, выявленные на ЭЭГ, отразили наличие метаболических и гемодинамических нарушений головного мозга, что согласуется с клиническими данными, полученными в результате исследования. Так, при обследовании больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом наблюдалась корреляционная зависимость ($r=0,3$) между уровнем ТТГ в крови и нарушением памяти по результатам тестирования по шкале MMSE, подтверждающая факт зависимости церебральной активности от уровня ТТГ в крови. Также при оценке нейропсихологического статуса с помощью шкалы MMSE у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом была достоверно выявлены ($p<0,05$) признаки деменции легкой степени, а также достоверное нарушение памяти ($p<0,001$), счетных операций и восприятия ($p<0,05$) в отличие от больных с ГДЭ без гипотиреоза [8].

Таким образом, основываясь на полученных результатах электрогенеза и когнитивных показателей головного мозга, следует признать, что гипотиреоз негативно влияет на функциональную церебральную активность. Это в первую очередь указывает на неадекватность кровоснабжения стволовых образований с надсегментарными центрами регуляции гомеостаза, что подтверждает сложность патогенеза коморбидной патологии.

Вывод

Коморбидность ГДЭ и гипотиреоза проявляется достоверными изменениями функциональной активности головного мозга, что является одним из патогенетических звеньев прогрессирования хронической цереброваскулярной и метаболической недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Камчатнов Л.Р. Дисциркуляторная энцефалопатия // Здоровье Украины. – 2006. – № 19 (152). – С. 26-27
2. Мищенко Т.С. Эпидемиология неврологических заболеваний в Украине // Нейро News. – 2008. – №3. – С. 76-78
3. Фонякин А.В., Гераскина Л.Ф. Артериальная гипертензия, цереброваскулярная патология и сосудистые когнитивные расстройства. Актуальные вопросы: Краткое руководство для врачей. – М., 2006. – 48 с.
4. Паньков В.И. Особенности течения гипотиреоза в сочетании с ишемической болезнью сердца // Практическая ангиология. – 2009. – №9-10 (28–29). – С. 52-56
5. Макар Р.Д., Сандурская М.В. Гипотиреоз: концептуальные аспекты сквозь призму времени // Международный эндокринологический журнал. – 2009. – № 1(19). – С. 124-131
6. Товаржнянская О.Л., Григорова И.А., Тихонова Л.В. Клинические особенности и патогенетические механизмы формирования неврологических синдромов при первичном гипотиреозе // Международный неврологический журнал. – 2010. – №6 (36). – С. 23-25
7. Гайдаев Ю.О., Моисеенко Р.О. Состояние эндокринологической службы Украины в 2006 году и подходы к решению проблемных вопросов // Междунар. эндокринол. журн. – 2007. – №2. – С.13-17
8. Коваленко О.Е. Литвин Е.В. Особенности когнитивных нарушений и эмоциональных расстройств у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом // Сборник научных трудов работников НМАПО имени П.Л. Шупика. – К.: 2012. – вып. 21, кн. 2. – С. 482-487

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

О.Е. КОВАЛЕНКО[1,2], Е.В. ЛИТВИН[1]

[1]Украинаның мемлекеттік істер басқармасының «Профилактикалық және клиникалық медицинаның ғылыми-тәжірибелік орталығы» мемлекеттік ғылыми мекемесі, Киев қ.

[2]П.Л. Шупик атындағы дипломнан кейінгі білімнің ұлттық медициналық академиясы, Киев қ.

ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ МЕН ГИПОТИРЕОЗЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ БАС МИЫНЫҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Өзектілігі. УДО құрылымында артериялық гипертензия-гипертоникалық дисциркуляторлық энцефалопатиямен (ГДЭ) шарттасқан, ми қан айналымының созылмалы бұзылысы артығымен бар. Гипетиреоз ГДЭ ілгеріліміндегі салым, жеке жағдайда, бас миының функционалдық белсенділігін өзгертуде жеткіліксіз зерттелген, сондықтан біздің зерттеудің **мақсаты** гипертоникалық дисциркуляторлық энцефалопатиясы (ГДЭ) және ілеспелі гипеториозы бар науқастардың бас миындағы функционалдық белсенділігінің ерекшелігін зерттеу болып табылады.

Материалдар мен әдістер. ГДЭ бар науқастардың барлығы негізгі ауру ГДЭ бойынша жыныс және жас бойынша статистикалық салыстырмалық екі топқа бөлінді. Ал 2-топқа (бақылаушы) ГДЭ бар, бірақ гипетиреозы жоқ (37 адам) кірді**.** Науқастардың орташа жасы 58,2±0,91 жыл. Мидың электрлік келешегін 21-арналық «Тредекс» аппаратының көмегімен тіркелді.

Нәтижелер мен талқылау. КЭЭГ нәтижелері бойынша I топтың науқастарында ЭЭГ III типі – 21 науқас (35,1%) (А.А. Жирмунская бойынша) артықшылықты көрсетті, 16 жағдайда (26,6%) – IV тип, ЭЭГ – II типі 13 науқаста гиперсинхрондық (21,7%) , ЭЭГ I типі (дұрыс) – 10 науқаста (16,6%) бар. II топтың науқастарында ЭЭГ I типі 4 зерттелген науқаста (10,8%), ЭЭГ II типі 29 науқаста, (72,4%), ал ЭЭГ III типі 4 науқаста (10, 8%) бар. I топта патологиялық тета-толқындар диэнцефалдық құрылымның және жартышар аралық асимметрияның ($p<0,05$) бұзылуы айтарлықтай артты. Берілген өзгерістер бас миының метаболикалық және гемодинамикалық бұзылыстардың бар екендігін көрсетті, ол біздің клиникалық деректермен келісіледі: I топта гипотиреозы жоқ ГДЭ бар науқастармен салыстырғанда қандағы ТТГ деңгейі мен естің бұзылысының арасындағы корреляциялық тәуелділік ($r=0,3$) MMSE шкаласы бойынша тестілеудің нәтижелері бойынша жеңіл деңгейдегі деменцияның айқын белгілері ($p<0,05$), естің бұзылуы ($p<0,001$) есептік операциялар мен қабылдаулар, ($p<0,05$) байқалды.

Шешімдер. ГДЭ және гипотиреоз коморбидтілігі бас миының функционалдық белсенділігінің айқын өзгерістерімен пайда болады, бұл созылмалы цереброваскулярлық және метаболикалық жетіспеушіліктің патогенетикалық жіктерінің бірі болып табылады.

Негізгі сөздер: *гипертоникалық дисциркуляторлық энцефалопатия, гипотиреоз, электрлік энцефалография, диэнцефальных құрылымының қабынуы.*

S U M M A R Y

O. KOVALENKO[1,2], E. LYTVYN[1]

[1]State Scientific Institution "Scientific-Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine" of the State Administration, Kyiv c., Ukraina

[2]National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupika, Kyiv c., Ukraina

FEATURES OF FUNCTIONAL BRAIN ACTIVITY IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AND HYPOTHYROIDISM

Relevance. In the structure of cerebrovascular diseases prevalent chronic cerebrovascular accident caused by hypertension – hypertensive encephalopathy (GDE). Contribute to the progression of the WHERE hypothyroidism, in particular, changes in the functional activity of the brain has not been studied, because the **purpose** of our study was to investigate the characteristics of the functional activity of the brain in patients with hypertensive encephalopathy dyscirculatory (GDE) and the concomitant hypothyroidism.

Materials and methods. All patients with GDE were divided into two groups, statistically comparable underlying disease , sex and age. In the I group (basic) consisted of patients (60) with the GDE and hypothyroidism. Group II (control) – 37 people. with GDE without hypothyroidism. Mean age 58,2 ± 0,91 years. Electric potential of the brain detected by a 21-channel device "Tredeks". **Results and discussion**. According to the results of EEG patients I group was dominated by Type III EEG – 21 patients (35.1%) (by AA Zhirmunskaya), 16 cases (26,6%) – IV type, II type of EEG – gipersinhronny in 13 (21,7%), I kind of EEG (normal) – in 10 (16.6%). Patients II Group I type EEG – in 4 (10.8%) of the patients, II type of EEG – in 29 (72.4%), and Type III EEG – 4 (10,8%). In the I c. significantly dominated by pathological theta waves, irritation diencephalic structures and hemispheric asymmetry ($p<0,05$). EEG changes reflected the presence of metabolic and hemodynamic disorders of the brain, which is consistent with our clinical data: in the I group was observed correlation ($r = 0,3$) between the level of TSH in the blood and memory impairment based on the results of testing on a scale MMSE (reliable ($p<0.05$) mild signs of dementia, memory disorder ($p<0,001$), and the counting operations of perception ($p<0,05$) in contrast to patients without GDE hypothyroidism.

Conclusions. Comorbidity GDE and hypothyroidism appears credible changes of functional activity of the brain, which is one of the pathogenetic mechanisms of progression of metabolic and chronic cerebrovascular insufficiency.

Key words: *hypertensive dyscirculatory encephalopathy, hypothyroidism, electroencephalography, irritation of diencephalic structures.*

УДК 616.833-07-08:615.814.1

О.Е. КОВАЛЕНКО, Н.Н. ОВОДЮК
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика,
Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами Украины

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ РАННИХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ОЧАГАМИ ПОРАЖЕНИЯ ВНЕ ЗОНЫ ПОДКОРКОВЫХ УЗЛОВ

Исследовали клинические проявления экстрапирамидных двигательных, когнитивных и эмоционально-волевых нарушений после нетяжелого ишемического инсульта (ИИ) – 5,5±2,5 балла по шкале NIHSS, возникшие в результате феномена метаболического диашиза, сопоставляли их с показателями гемодинамики, структурными изменениями головного мозга. Сравнивали показатели через 1 месяц после начала ИИ в двух группах больных: с экстрапирамидными нарушениями (основная группа) и без них (контрольная группа). Выявленный экстрапирамидный дефицит, возникший в результате феномена диашиза, усугублял лёгкие двигательные постинсультные нарушения и коррелировал с гемодинамическими и структурными изменениями головного мозга.

Ключевые слова: *ишемический инсульт, экстрапирамидные нарушения, двигательные нарушения, когнитивные нарушения, эмоционально-волевые нарушения, метаболический диашиз.*

Сосудистые заболевания нервной системы – одна из актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено их распространенностью, а также высокими показателями смертности. На каждые 100 млн. жителей приходится около 500 тыс. инсультов и церебральных сосудистых кризов в год. По данным ВОЗ смертность от инсультов составляет 12-15% общей смертности [3, 5].

У значительной части пациентов, перенесших ишемический инсульт (ИИ) с очагом вне зоны подкорковых узлов с малым двигательным дефектом или даже без клинически значимого двигательного дефицита, со временем формируются разной степени выраженности экстрапирамидные двигательные расстройства, которые, к сожалению, часто недооцениваются на практике из-за нечеткости диагностических критериев. Экстрапирамидные нарушения (ЭПН) после инсульта могут возникать в раннем и позднем реабилитационных периодах [1, 2, 4].

Нарушение функций экстрапирамидной системы, которое возникло после ИИ с очагами поражения головного мозга вне зоны подкорковых узлов, может быть связано с феноменом метаболического диашиза – транссинаптической функциональной деактивации, которая возникает на расстоянии от очага поражения вследствие или непосредственного повреждения путей, или нарушения модулирующего влияния различных нейротрансмиттерных систем и клинически имеют полиморфную картину, при этом снижают качество жизни пациентов, приводят к невротическим состояниям и снижению самооценки больных даже при слабой степени выраженности этих нарушений [6, 7, 8, 9, 16].

К сожалению, возникновение экстрапирамидного дефицита после перенесенного ИИ, не связанного с непосредственным поражением подкорковых ганглиев и склонного к прогрессированию, свидетельствует о несовершенстве диагностических критериев и недостаточной эффективности существующих методов терапии и вторичной профилактики, что обусловило необходимость оптимизации ранней диагностики и лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования – определить клинические особенности экстрапирамидных нарушений у больных после нетяжелых ИИ с очагами поражения вне зоны подкорковых ганглиев и сопоставить с показателями гемодинамических и структурных изменений головного мозга.

Материалы и методы

Обследовано 110 больных с нетяжелым ИИ – в среднем (5,5±2,5) балла по шкале NIHSS через 1 мес после начала острого периода. Все исследуемые пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. В первую (основную) вошло 80 больных (51 мужчина и 29 женщин), у которых в общем синдромокомплексе ИИ присутствовали клинические проявления легких экстрапирамидных двигательных нарушений, во вторую (контрольную) – 30 больных (19 мужчин и 11 женщин), перенесших ИИ без экстрапирамидных двигательных нарушений. Определяли клинические особенности легких двигательных экстрапирамидных нарушений, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, сравнивая показатели I и II групп. Возникновение ЭПН вследствие метаболического диашиза связывали с появлением очагов лейкоареоза при магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, которые имели тенденцию к прогрессированию в период реабилитации.

Клиническая объективизация экстрапирамидного двигательного дефицита проводилась по шкале UPDRS (оценочная шкала болезни Паркинсона, 3-я часть), в которой экстрапирамидные расстройства рассматривали как проявления сосудистого паркинсонизма. Низкий средний балл двигательных нарушений свидетельствовал об отсутствии болезни Паркинсона (критерием этого диагноза есть 3-4 балла), тем самым, служил критерием для дифференциальной диагностики вышеуказанной патологии и экстрапирамидных расстройств, возникших вследствие диашиза после ИИ. Однако, в нашем исследовании учитывалась именно невысокая балльность как отображение наиболее ранних признаков экстрапирамидной недостаточности

Критерии включения в исследование: низкий неврологический дефицит (легкий моно- или гемипарез до 4 или 4,5 балла) и экстрапирамидные расстройства в виде легких постуральных нарушений и координаторных нарушений, проявляющихся при изменении положения тела и ходьбе, замедление скорости движений, изменение походки, нарушение голоса и темпа речи, изменение позы тела, а также когнитивные и эмоционально-волевые нарушения. Всем больным было проведено детальное клинико-неврологическое обследование. Для оценки неврологического статуса через месяц после начала ишемического инсульта применяли шкалу NIHSS (Liden et al.,

1994), функционального статуса – шкалу Ренкина (Rankin J., 1957; Wade D., 1992) и шкалу Бартела (Barthel D., 1965). Для оценки мышечной силы использовали пятибалльную шкалу оценки мышечной силы. Для оценки состояния когнитивных функций – шкалу MMSE (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, 1975). Уровень депрессии определяли по шкале PHQ-9. С целью оценки особенностей церебральной гемодинамики использовали компьютерную реоэнцефалографию и дупплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи. Для оценки структурных изменений вещества головного мозга проводили МРТ-обследование [11, 12, 13, 14, 15].

Результаты и обсуждение

Таблица 1 — **Жалобы больных через месяц после начала ишемического инсульта**

Жалобы	Основная группа, n=80		Контрольная группа, n=30	
	кол-во пациентов	%	кол-во пациентов	%
Снижение внимания и памяти	52	65,0	16	53,3
Головная боль (периодически)	23	28,8	13	43,3
Периодическое несистемное головокружение	29	36,3	22	73,3
Периодическое системное головокружение	54	67,5	18	60,0
Нарушение сна	23	28,8	9	30,0
Затруднение удержания позы и равновесия в состоянии покоя	29	36,3	9	30,0
Слабость в конечностях	39	48,8	15	50,0
Чувство неуверенности при ходьбе	57	71,3	15	50,0
Снижение работоспособности	72	90,0	24	80,0
Быстрая утомляемость	76	95,0	24	80,0

Таблица 2 — **Двигательные экстрапирамидные расстройства через месяц после начала ишемического инсульта по шкале UPDRS, III части**

	Основная группа, n=80, %	Контрольная группа, n=30, %	Z	p
Нарушения речи	43	32	-0,877	>0,05
Изменение выражения лица (гипомимия)	29	16	-1,176	>0,05
Тремор покоя	6	3	-0,252	>0,05
Динамический тремор	13	0	-1,030	>0,05
Ригидность	29	0	-2,369	<0,05
Поколачивание большого пальца кисти по среднему	86	65	-1,923	>0,05
Движения рук	85	74	-1,761	>0,05
Альтернация	85	71	-1,830	>0,05
Скорость движений	82	87	-0,478	>0,05
Вставание со стула	27	26	-0,063	>0,05
Изменения позы (сутуловатость)	32	6	-2,050	<0,05
Стабильность позы	32	0	-2,575	<0,05
Ходьба (замедление)	65	55	-0,950	>0,05
Брадикинезия	33	13	-1,628	>0,05

Как видно из приведенных данных (табл.1), жалобы пациентов с ЭПН через месяц после ИИ были более выраженными и встречались чаще.

При исследовании двигательных экстрапирамидных расстройств по шкале UPDRS, 3 части получили следующие данные (табл. 2).

Проявлениями легкого экстрапирамидного дефицита в первой группе, которые достоверно отличались от показателей контрольной группы, были легкая ригидность, стабильность позы и общий показатель двигательной активности (P<0,01), а также динамический тремор, замедление постукивания пальцами рук и пяткой, снижение скорости движений кистями рук, нарушение альтернации, изменение позы и брадикинезия (P<0,05). Имело место некоторое преобладание и других показателей легкой экстрапирамидной недостаточности у больных I группы (замедление речи и скорости движений, гипомимия, незначительный тремор покоя, нарушение походки, вставания со стула), но их наличие не имело статистической достоверности в сравнении с пацинтами контрольной группы (P>0,05). Следует отметить, что выявленные экстрапирамидные нарушения по шкале UPDRS (III части) у пациентов обеих групп имели различие и по высоте баллов: у пациентов первой группы наивысший показатель составлял 2 балла, тогда как у контрольной группы максимальная оценка составляла 1 балл, средний балл контрольной группы – 0,7. Отмечалось достоверное ухудшение когнитивного статуса по шкале MMSE у больных основной группы через 1 месяц после начала ИИ по сравнению с контрольной группой (P<0,05). При исследовании психоэмоциональной сферы по шкале PHQ-9 средний балл в первой группе был на 28% больше, чем во II группе (P<0,01). Это свидетельствует о большей выраженности когнитивных и эмоционально-волевых нарушений у больных с экстрапирамидной дефицитом после ИИ по сравнению с больными без него.

При оценке церебральной гемодинамики исследуемых больных с помощью компьютерной реоэнцефалографии (РЭГ) и ультразвуковой допплерографии отмечались снижение кровенаполнения сосудов головного мозга и увеличение линейной скорости кровотока в обоих полушариях мозга (пораженном и интактном) у пациентов с ЭПН в отличие от контрольной группы, где такие изменения преобладали в пораженном полушарии.

В ходе исследования были проанализированы данные МРТ больных обеих групп через месяц и через год после инсульта [10]. По результатам магнитно-резонансных исследований были определены тип лейкоареоза и его ширина, а также наличие лакун. Результаты представлены в таблице 3.

Таким образом, при анализе данных МРТ головного мозга площадь как перивентрикулярного, так и диффузного

Таблица 3 — **Характеристика лейкоареоза у обследованных больных**

Лейкоареоз		Основная группа, n=80		Контрольная группа, n=30		
		кол-во пациентов	%	кол-во пациентов	%	P
Тип	Перивентрикулярный	15	18,75	5	16,70	>0,05
	Перивентрикулярный диффузный	28	35,00	0	-	<0,001
	Диффузный	19	23,75	2	6,70	<0,05
Ширина	Меньше 10 мм	39	48,75	6	20,00	<0,05
	10-20 мм	18	22,50	5	16,70	>0,05
	Больше 20 мм	4	5,00	0	-	<0,05
Лакуны	1-3	31	38,75	3	10,00	<0,05
	4-5	3	3,75	0	-	>0,05
	Больше 5	3	3,75	0	-	>0,05

лейкоареоза у больных основной группы была достоверно больше, чем у больных контрольной группы (соответственно p<0,001 и p<0,05). При исследовании корреляционных связей между показателем выраженности двигательных экстрапирамидных нарушений по шкале UPDRS (III часть) и площадью лейкоареоза (по данным МРТ головного мозга) у больных после ишемического инсульта с очагом поражения вне зон подкорковых узлов через месяц после начала острого сосудистого события была установлена положительная корреляционная зависимость в основной группе, то есть, чем больше площадь лейкоареоза, тем более выражены экстрапирамидные расстройства, которые можно связать с феноменом диашиза (R=0,87).

Выводы

У части больных через 1 месяц от начала нетяжелого ИИ с очагами поражения вне зоны подкорковых ядер отмечались различной степени выраженности экстрапирамидные двигательные нарушения, возникшие вследствие феномена метаболического диашиза, которые достоверно отличалась от контрольной группы больных по таким показателям: речь, выражение лица (гипомимия), ригидность и вставание со стула (P<0,05), а также по общему показателю двигательной активности (p<0,01).

Суммарные показатели когнитивных и эмоционально-волевых нарушений после ИИ были достоверно более выражены (P<0,05) у больных с экстрапирамидными расстройствами, связанными с феноменом метаболического диашиза.

При оценке церебральной гемодинамики исследуемых больных с помощью компьютерной реоэнцефалографии (КРЭГ) и ультразвуковой допплерографии у пациентов с ЭПН отмечалась недостаточность кровеобеспечения обоих полушарий головного мозга (пораженной и интактной в остром периоде ИИ) в отличие от контрольной группы, где такие изменения преобладали в пораженном полушарии.

По данным МРТ головного мозга наряду с постинсультными очагами были выявлены участки лейкоареоза, которые у пациентов с ЭПН были достоверно большими по площади и имели тенденцию к распространению в период реабилитации после перенесенного ИИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А. и др. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы: Рук-во для врачей / Под ред. Н. Н. Яхно. – М.: Медицина, 2005. – С. 231–302

2 Дамулин И. В., Кононенко Е. В. Двигательные нарушения после инсульта: патогенетические и терапевтические аспекты // Consil. Med. – 2007. – Т. 09, № 2. – http://www.consilium-medicum.com/article/15057

3 Вінничук С.М. та співав. «Неврологія» – Київ: «Здоров'я», 2010. – 679 с.

4 Копчак О. О. Про доцільність застосування Цераксону в лікуванні постінсультних когнітивних розладів у хворих з метаболічним синдромом // Междунар. неврол. журн. – 2011. – Т. 44, № 6. – http://www.mif-ua.com/archive/article/22795

5 Яхно Н.Н. Когнитивные нарушения в неврологической клинике // Неврол. журн. – 2006. – № 11 (Прилож. 1). – С. 4–12

6 Яхно Н.Н., Захаров В.В. Сосудистые когнитивные расстройства // РМЖ. – 2005. – Т 13, № 12. – С. 789–793

7 Carmichael S. T., Tatsukawa K., Katsman D. et al. Evolution of diaschisis in focal stroke model // Stroke. – 2004. – Vol. 35. – P. 758–763

8 Small S. L., Hlustik P., Noll D. C., Genovese C. et al. Cerebellar hemispheric activation ipsilateral to the paretic hand correlates with functional recovery after stroke // Brain. – 2002. – Vol. 125. – P. 1544–1557

9 Оводюк Н.М. Особливості лейкоареозу за даними МРТ у хворих з легким екстрапірамідним дефіцитом після ішемічного інсульту // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика: випуск 21, книга 2. – Київ, 2012. – С. 520-526

10 Оводюк Н.М. Клінічні особливості екстрапірамідних порушень, пов'язаних з феноменом діашизу, у хворих після ішемічного інсульту // Ж-л «Лікарська справа». – 2013. – №2. – С 69-73

11 Коваленко О. Є., Оводюк Н.М. Ранні прояви екстрапірамідної недостатності у постінсультних хворих // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика: випуск 18, книга 2. – Київ, 2009. – С. 421-425

12 Коваленко О.Є., Оводюк Н.М. Феномен нейропластичності як фізіологічна основа реабілітації хворих з екстрапірамідними порушеннями після ішемічного інсульту // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Досягнення рефлексотерапії в Україні і в світі» 29-30.09.2010 м. Київ. – С. 53-54

13 Коваленко О.Є., Оводюк Н.М. Роль мікроциркуляторних реакцій у формуванні діашизу після інфаркту мозку та можливості терапевтичної корекції // М-ли Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання поліклінічної неврології». – 18-19 травня 2011. м. Київ, Україна. – С. 65

14 Коваленко О.Є., Оводюк Н.М. Патогенетичне обґрунтування лікування та вторинної профілактики рухових екстрапірамідних порушень, пов'язаних з феноменом діашизу, у хворих після ішемічного інсульту // Ж. «Сімейна медицина». – 2012. – №5. – С. 91-93

15 Коваленко О.Є., Оводюк Н.М. Екстрапірамідні розлади в практиці сімейного лікаря // Бібліотека сімейного лікаря. – 2012. – №4. – С. 38-45

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

О.Е. КОВАЛЕНКО, Н.Н. ОВОДЮК

П.Л. Шупик атындағы дипломнан кейінгі білімнің ұлттық медициналық академиясы,

Украинаның мемлекеттік істер басқармасының «Профилактикалық және клиникалық медицинаның ғылыми-тәжірибелік орталығы» мемлекеттік ғылыми мекемесі

ҚАБЫҚ АСТЫЛЫҚ ТОРАПТАРДЫҢ АУМАҒЫНАН ТЫС ЖАРАЛАНУ ОШАҚТАРЫ БАР ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДА ЕРТЕ ЭКСТРАПИРАМИДАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР КЕЗІНДЕГІ КЛИНИКА-ПАРАКЛИНИКАЛЫҚ САЛЫСТЫРУЛАР

Метаболиялық диашиз феноменінің нәтижесінде пайда болған күрделі емес ишемиялық инсульттен (ИИ) NIHSS шкаласы бойынша 5,5±2,5 балдан кейінгі экстрапирамидалық қозғалту, когнитивтік және эмоциялық-еріктік бұзылыстардың клиникалық пайда болуы зерттелді, олар гемодинамиканың көрсеткіштерімен, бас миындағы құрылымдық өзгерістермен салыстырылды. Науқастардың екі тобындағы: экстрапирамидалық бұзылыстары бар (негізгі топ) және олары жоқ (бақылаушы топ) ИИ басталғаннан кейінгі 1 айдың көрсеткіштерімен салыстырылды. Диашиз феноменінің нәтижесінде пайда болған, табылған экстрапирамидалық дефицит жеңіл қозғалмалы инсульттан кейінгі бұзылыстарды күрделендірді және бас миының гемодинамикалық және құрылымдық өзгерістерімен корреленді.

Негізгі сөздер: *ишемиялық инсульт, экстрапирамидалық бұзылыстар, қозғалудағы бұзылыстар, когнитивтік бұзылыстар, эмоциялық-еріктік бұзылыстар, метаболиялық диашиз.*

S U M M A R Y

O. KOVALENKO, N. OVODYUK
P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev c.
Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine

CLINICAL AND PARACLINICAL COMPARISON WITH THE EARLY EXTRAPYRAMIDAL DISORDERS IN PATIENTS AFTER ISCHEMIC STROKE WITH LESIONS OUTSIDE THE BASAL GANGLIA

The clinical manifestations of extrapyramidal motor, cognitive, emotional and volitional disorders after non-severe ischemic stroke (IS) – 5,5 ± 2,5 points on the NIHSS, caused by the phenomenon of metabolic diashisis were compared with appropriate hemodynamic and structural changes in the brain. We compared the rates at 1 month after the start of ischemic stroke in the two groups of patients with extrapyramidal disorders (study group) or without (control group). Identified extrapyramidal deficit arising from the diashisis phenomenon aggravated light post stroke motor disorders and correlated with hemodynamic and structural changes in the brain.

Key words*: ischemic stroke, extrapyramidal disorders, movement disorders, cognitive impairment, emotional and volitional disorders, metabolic diashisis.*

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 618.177-089.888.11

Ш.Б. ЧЕГЕДЕКОВА
АО «Медицинский университет «Астана», г. Астана, Казахстан

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА ВНЕДРЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Данная статья посвящена тематике изучения процесса внедрения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за рубежом для проведения дальнейших исследований в Казахстане с использованием методов сравнительного анализа. Статья адресована врачам, оказывающим ВРТ, научным сотрудникам, менеджерам общественного здравоохранения, лицам, принимающим решения, студентам и пациентам.

Ключевые слова: *бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, живорожденный, эффективность.*

Вопросы бесплодия являются актуальными во всех развитых странах не только в связи этическими аспектами, которые на протяжении десятилетия остаются темами для дискуссий, но и в связи с важными экономическими вопросами, затрагивающими расходы государственного сектора.

Бесплодие – это состояние, при котором незащищенные половые отношения в течение года не приводят к беременности. Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ) было оценено, что около 60-80 миллионов пар в мире страдают бесплодием [1, 2, 3, 4]. Около 35% среди этих случаев являются связанными с факторами женского здоровья, 15% – влияние комплекса различных факторов. Причина возникновения доли остальных 15% остается невыясненной [5, 6, 7].

Для ответа на вопрос о клинической эффективности и результатах регулирования процесса внедрения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) необходимо проанализировать опыт отдельных стран, использующих ВРТ относительно раньше, чем Казахстан, и сравнить обнаруженные результаты с опытом Казахстана.

Материал и методы

Был осуществлен поиск в международных базах данных PubMed и Cochrane library. Для осуществления стратегии поиска использовались термины: infertility, assisted reproductive technologies, extracorporeal fertilization, live-birth, effectiveness.

На первом этапе поиска были обнаружены 1243 источника, включавших комбинацию терминов из стратегии поиска. На втором этапе были использованы рестриктивные критерии, сужающие количество источников по специфическим параметрам: статьи, опубликованные за период с января 2003 по май 2013 годов, систематические обзоры либо исследования с высоким качеством доказательств, метаанализы, отчеты по оценке медицинских технологий, клинические руководства, только на английском языке с клиническими исследованиями, проведенными только на человеке. Таким образом, из 1243 источников во второй этап отбора были включены 39 статей. Среди «серой»

литературы были обнаружены 6 статей, две из которых были включены на втором этапе отбора, остальные не соответствовали критериям поиска и сужения.

При подробном изучении методологии и дизайна исследования отобранных 45 источников, 19 источников не были включены в анализ из-за отличий в исследовательских вопросах и целях исследований, 5 статей не содержали данных о пациентах, оставшиеся 11 источников были включены для тщательного сбора данных и анализа результатов и заключений авторов. Анализ данных и оценка качества методологии исследований, описываемых в статьях, позволили включить в обзор 4 источника.

Результаты и обсуждение

По данным исследований авторов [8] применение ВРТ в четырех странах с высоким уровнем доходов: Япония, Южная Корея, Великобритания и США имеет принципиальные различия в зависимости от политической ориентации государства и структуры системы здравоохранения.

В таблице 1 приведены основные инструменты политики четырех стран по регулированию и возмещению ВРТ. Действительно, законодательную форму регулирование приобрело только в Великобритании благодаря Закону о соглашении в суррогатном материнстве, 1985, и Закону о человеческом оплодотворении и эмбриологии, 1990, определяющие легитимный статус контракта, включающий законную мать ребенка как женщину вынашивающую, независимо от того связаны ли мать и ребенок генетически. В Великобритании также регулируется количество эмбрионов, которые могут быть имплантированы.

В Японии, практические руководства Японского общества по Акушерству и Гинекологии (далее – ЯОАГ) одобряют строгое регулирование ВРТ в практике. В связи с соблюдением требований бесплодные пары в поисках методов ВРТ, не разрешенных ЯОАГ, обращаются в зарубежные клиники.

В Корее отсутствовало законодательное регулирование ВРТ как местными уполномоченными органами власти, так и профессиональными сообществами. Внедрение и использование ВРТ самостоятельно регулируются медиками и бесплодными парами, обратившихся за помощью. Соответственно, использование любого вида ВРТ напрямую зависит от этических позиций самих обратившихся и их уровня доходов.

И в Японии, и в Корее культурные традиции сфокусированы на генетической линии, которые способствуют внедрению технологий, требующих участия третьего лица – донора, такие как искусственная донорская инсеминация, донорство яйцеклеток и суррогатное материнство.

В Великобритании довольно высокий уровень ВРТ в действительности является результатом законного регулирования процесса. В дополнение, значительная роль в Великобритании приобрело развитие ВРТ, где первый результат IVF-ET был успешно достигнут, что могло способствовать сравнительно высокой популярности ВРТ [9].

В США не существует законных ограничений даже на хранение эмбрионов, и решения о данном вопросе остаются за клиниками. В погоне за справедливостью, Закон о сертификации и оценки успеха оплодотворения в клиниках (1992) обязывает клиники, оказывающие ВРТ, публиковать корректные данные об успешных результатах.

Как показано на рисунке 1, увеличение количества использования ВРТ наблюдается во всех странах, исключение составляет Великобритания. Поразительно высокий темп повышения наблюдался в Японии. Это может быть связано с внедрением процедуры ICSI в Японии и Корее, которая получила популярность именно в этих странах, по сравнению с другими. Необходимо учесть, что Великобритания после легализации процессов ВРТ значительно увеличила потребность населения в этих технологиях.

Согласно рекомендациям Международной федерации сообществ по вопросам фертильности, 2011 г. [10] необходимо осуществлять безопасный мониторинг за использованием ВРТ (а именно, IVF и ICSI) и их резуль-

Таблица 1 – **Результаты политики здравоохранения по регулированию и возмещению затрат в области ВРТ**

	Страна	IVF-ET (перенос оплодотворенного эмбриона in vitro)	DI	Донорство яйцеклетки	Суррогатное материнство
Регулирование	Япония	С 1983 г. ЯОАГ саморегулирование	С 1997 г. ЯОАГ саморегулирование	С 1999 г. ЯОАГ саморегулирование	Не поддерживается
	Корея	Не регулируется, но обсуждение поддерживается обществом	Не регулируется и обсуждение не поддерживается обществом	Не регулируется и обсуждение не поддерживается обществом	Не регулируется и обсуждение не поддерживается обществом
	Великобритания	Закон о человеческом оплодотворении и эмбриологии, 1990			Закон о соглашении в суррогатном материнстве, 1985
	США	Нет федерального закона, контролирующего ВРТ			Закон о сертификации и оценке успеха оплодотворения в клиниках, 1992 (закон требует достоверной публикации данных клиниками)
Финансирование	Япония	Не за счет государственных программ страхования			
	Корея	Не за счет государственных программ страхования			
	Великобритания	Сложная система возмещений: в Шотландии финансируется государством до трех циклов IVF-ET. В других местах уполномоченные органы могут не покрывать расходы по усмотрению, и большинство бесплодных пар оплачивают процедуру в частном порядке			
	США	Страховая политика возмещений варьируется в зависимости от штата. Тринадцать штатов имеют мандаты для покрытия расходов по лечению бесплодия. Но большинство бесплодных пар оплачивают самостоятельно.			

*по данным Kim M.H, 2008 г.

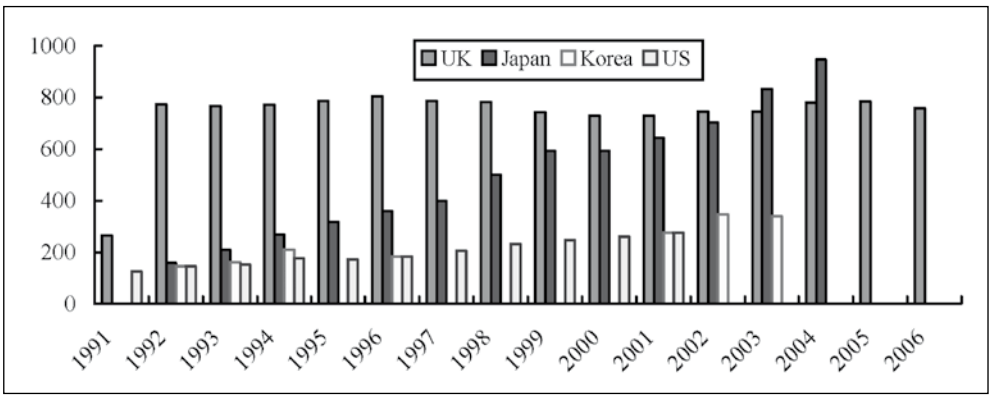


Рисунок 1 – Общее количество ВРТ циклов в четырех странах, 1996-2006 гг.

татами. Клиникам, осуществляющим ВРТ, необходимо вести регистрацию и учет всех выполненных манипуляций, а также всех результатов после каждой процедуры. Следует публиковать достоверные данные и, по возможности, обмениваться информацией с другими клиниками, для исключения дублирования и искажения данных. Вся собранная информация должна быть строго конфиденциальной. Странам, активно использующим ВРТ технологии, необходимо создать национальный регистр, позволяющий оценить успешность результатов ВРТ циклов, осложнений, количество неудачных попыток и расходы, связанные с этим.

По данным авторов [11], в 2004 году в Канаде приобрел силу федеральный Закон о вспомогательной человеческой репродукции. Закон запрещает продажу человеческих репродуктивных материалов (яйцеклетки, сперму, эмбрионы, гаметы), что также регулируется административным режимом. Но в 2010 году Верховный суд Канады отменил административные положения как конституционно недопустимое вторжение в частную юрисдикцию. В 2012 году федеральное правительство приняло изменения в соответствии с рекомендациями AHRA. Однако запрет на продажу человеческого репродуктивного материала сохранен. В результате чего такой метод только способствует незаконным продажам спермы или яйцеклетки либо оплатам суррогатным матерям для зачатия ребенка. В соответствии с рекомендациями AHRA индивидуальное использование добровольно пожертвованного генетического материала требует письменного согласия донора. Как известно, в Канаде, как и во всех остальных странах, имеющих сложные формы возмещения затрат, расходы, связанные с ВРТ, оплачиваются стороной, покупающей услугу ВРТ, т.е. бесплодными парами. Однако, как указывает автор, бесплодные пары могут быть образованы как гетеросексуальными парами, так и однополыми партнерами. Вопрос законного регулирования процесса ВРТ уже на протяжении нескольких лет затрагивает права однополых браков. Автор предлагает легализовать процедуру ВРТ в Канаде, повысить доступность к данным, защитить права участвующих сторон. По мнению автора, подобные меры усилят правовые основы соглашений между потребителями и поставщиками услуг ВРТ, уменьшат количество нелегальных манипуляций и поиска бесплодными парами менее затратных услуг ВРТ в других странах.

Таким образом, анализ международного опыта регулирования процесса ВРТ позволяет сделать следующие **выводы:**

1. Во всем мире внедрение ВРТ требует государственного участия для избежания негативных последствий, связанных с незаконной продажей услуг ВРТ либо человеческих репродуктивных материалов.

2. Законодательно необходимо укрепить статусы доноров, суррогатных матерей, родителей и самих рожденных детей.

3. Для мониторинга и оценки успешности результатов ВРТ на государственном уровне следует ввести Национальные регистры, которые позволили бы конфиденциально и достоверно отслеживать результаты эффективности проведенных процедур.

4. Необходимо провести глубокие исследования в вопросах этики, клинической и экономической эффективности ВРТ на отечественном уровне, с учетом долгосрочных наблюдений за отдаленными последствиями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 European Union. Commission Directive 2006/86/EC of 24 October 2006 implementing Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council as regards traceability requirements, notification of serious adverse reactions and events and certain technical requirements for the coding, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells // Official Journal of the European Union 2006:L294/32

2 WHO (2004). Achieving Reproductive Health for All, Geneva:HO/FHE/95.6

3 British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Avoiding multiple pregnancies could double number of available IVF cycles. Press release 11 January 2006. www.rcog.org.uk/index.asp?PageID= 1346

4 Society for Assisted Reproductive Technology and American Society for Reproductive Medicine (2007) Assisted reproductive technology in the United States: 2001 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry, Fertility and Sterility, Vol.87(6): 1253-66

5 Government Response to the Report from the House of Commons Science and Technology Committee / Human Reproductive Technologies and the Law/ August 2005

6 Principles of establishment of the First International Forum on Cross-Border Reproductive Care. Mainland L, Wilson E. Fertility and sterility, 2010, 1

7 National Institute for Clinical Excellence. Fertility: Assessmentand Treatment for People with Fertility Problems. Clinical Guideline 11. London, UK: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2004

8 Kim M.H., A Comparison of Health Technology Adoption in Four Countries (Japan, Korea, the UK, and the US)/ Health Services Management Centre The University of Birmingham/ May 2008

9 Infertility Network UK. Implementation of the NICE fertility guideline. Press release 1 April 2005/www.infertilitynetworkuk.com/article.php?articleType=pressrelease

10 International Federation of Fertility Societies, Standards and Practice Committee/ Safety Monitoring for Assisted Reproduction Technology (IVF,ICSI) Recommendations for Practice Global Standards of Infertility Care// Safety Monitoring 5.0/ July 2011

11 Findlay B., Suleman Z. Baby Steps: Assisted Reproductive Technology and the B.C. Family Law Act/ Society of British Columbia, January 2013

ТҰЖЫРЫМ

Ш.Б. ЧЕГЕДЕКОВА

АҚ «Астана медициналық университеті», Астана қ.

ЖАНАМА РЕПРОДУКТИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ ҮДЕРІСІН РЕТТЕУДІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРБИЕСІ

Бедеулік мәселесі барлық дамушы елдерде де ондаған жылдарға созылған қызу пікірталастың тақырыбымен байланысты өзінің этикалық қырымен ғана емес, сонымен қатар мемлкеттік сектордың шығыстарын қозғайтын маңызды экономикалық мәселелерге де байланысты өзекті болып табылады.

Жанама репродуктивті технологияларды енгізу үдерісін реттеудің халықаралық тәжірбиесін талдау ЖРТ қызметтерін заңсыз сату немесе адамзат репродуктивті материалдарымен байланысты жағымсыз зардаптардан болдырмау үшін барлық әлемде жанама репродуктивті технологияларды енгізу мемлекеттің қатысуын талап етеді деген қорытынды жасауға мүмкіндік береді. Донорлардың, сурагат аналардың, туылған балалар мен олардың ата-аналарының мәртебесін заңды түрде нығайту қажет.

ЖРТ нәтижелеріне мониторинг жасау және дұрыс бағалау үшін мемлекеттік деңгейде жүргізілген емшаралардың тиімділігінің нәтижесін анық қадағалап және құпиялылықты сақтауға мүмкіндік беретін Ұлттық регистрды енгізу керек. Одан кейінгі әсерлерін ұзақ мерзімді бақлау жасауды ескере отырып. Жанама репродуктивті технологиялардың клиникалық және экономикалық тиімділігіне, этика мәселелеріне қатысты отандық деңгейде терең зерттеулер жүргізу қажет.

Негізгі сөздер: *бедеулік, қосымша репродуктивтік технологиялар, экстракорпоралдық ұрықтандыру, тірі туылған, тиімділік.*

SUMMARY

SH. CHEGEDEKOVA

JSC "Astana "Medical University", Astana c.

THE INTERNATIONAL EXPERIENCE IN MANAGING THE PROCEDURE OF THE ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IMPLEMENTATION

Infertility issues are quite relevant in all developed countries not only for their ethical concerns, which have remained as topics for discussion through the decades, but also due to important economic problems affecting the public sector expenses.

The analysis of international experience in ART managing leads to the conclusion that worldwide ART introduction requires government involvement in order to avoid the negative consequences, which can be associated with the illegal sale of ART services or human reproductive materials. The legislation is necessary to make the donor status stronger, as is also the status of the surrogate mothers, parents and ever born children.

For monitoring and evaluating the success of the ART results at the state level, the introducing of National registers is really demandable. Such registers would allow us to track the results of ART procedures effectiveness privately and more credibly. It is necessary to conduct profound researches in ethics, clinical and cost-effectiveness of ART at the native level, including the studies of tardive effects during the long-term observations.

Key words: *infertility, assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, a live birth, the effectiveness.*

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.46-007.274-005.1

Н.Н. КОБЗАРЬ, В.А. БЕЛОЦЕРКОВСКИЙ, А.Б. АГЛАМОВА, М.З. СУМЕМБАЕВА, Д.Т. БАЙБУЛЕКОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА, Е.С. ФЕДЮНИНА

Казахстанско-Российский медицинский университет,

Городской перинатальный центр, г. Алматы

ИСТИННОЕ ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, ПРИЧИНЫ, ЧАСТОТА, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ, ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Акушерские кровотечения продолжают оставаться одной из ведущих причин материнской смертности и в Казахстане, занимая второе место в структуре. Одной из грозных причин массивных акушерских кровотечений является истинное вращение плаценты (ИВП).

Ключевые слова: *истинное приращение плаценты, кровотечение, органосохраняющие операции.*

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, выявляются у 14 млн. женщин, из них 125-150 тыс. умирают. Акушерские кровотечения продолжают оставаться одной из ведущих причин материнской смертности и в Казахстане, занимая второе место в структуре [1]. Одной из грозных причин массивных акушерских кровотечений является истинное вращение плаценты (ИВП). Частота врастания плаценты прямо связана с количеством бывших операций кесарева сечение. Вероятность такого осложнения еще более возрастает при предлежании плаценты, особенно при ее расположении в области рубца. Считается, что после двух и более операций кесарево сечение, находящаяся на передней стенке или предлежащая плацента у 30-50% пациенток бывает вросшей [2]. В зависимости от степени врастания ворсин в мышечную оболочку матки различают placenta accreta, increta, percreta. Данные литературы по частоте ИВП различны, так по результатам Протопоповой Т.А. данное патологическое состояние встречается в 0,007% родов [7]. Другие авторы приращение плаценты диагностировали в 0,04% [15], в исследованиях Bretelle F. – в 0,12%, Kayem G. данную патологию выявил в 0,13% случаев родов [8, 13]. За последние 50 лет отмечен 10-кратный рост числа пациенток с ИВП с колебанием частоты 1:540 родов в Таиланде, 1:1000 в Южной Африке [16, 17]. Отмечается высокий уровень объемной кровопотери, органоуносящих операций и показателя материнской смертности при ИВП. Средний уровень кровопотери при родоразрешении составил 3630,0 [15]. По данным ряда авторов материнская смертность зарегистрирована одна на 23 и 2 случая на 17 родов с ВПР [5, 15].

Значительное влияние на исход родоразрешения имеет своевременная диагностика этого грозного

Таблица 1 — **Частота истинного приращения плаценты по ГПНЦ за период 2001-2011 гг.**

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего 2001-2011 гг.
Всего родов по ГПНЦ (абс.)	4545	4938	5038	5643	6251	7090	6582	7346	7118	7083	7362	68996
Роды с истинным приращением плаценты (абс.)	3	2	2	3	2	4	4	6	10	12	14	62
Частота истинного приращения плаценты (%)	0,07	0,04	0,04	0,05	0,03	0,06	0,06	0,08	0,14	0,17	0,20	0,1

осложнения и соответствующая подготовка к операции, желательно в плановом порядке. Лучшим методом диагностики приращения плаценты является эхография. На современном этапе есть возможность ранней диагностики аномалий прикрепления плаценты [10, 12].

Признаками аномального прикрепления плаценты являются: локализация плаценты в нижнем сегменте матки, предлежание плаценты, невизуализируемая пограничная зона между материнской поверхностью плаценты и стенкой мочевого пузыря (менее 1 мм), распространение плацентарной ткани за серозную оболочку матки. Дополнительным диагностическим методом является допплерометрия. При допплерометрии определяется повышенный кровоток между маткой и мочевым пузырем, что свидетельствует о близости плаценты. Авторы считают, что при наличии факторов риска и вышеуказанной эхографической и допплерометрической картины необходимо предполагать патологию прикрепления плаценты [15].

В настоящее время, с целью сохранения репродуктивного здоровья, делаются попытки органосохраняющих операций при таком грозном осложнении, как приращение плаценты [5, 6]. По данным ряда авторов консервативное лечение оказалось эффективным у 80,7% пациенток с истинным приращением плаценты [8]. Высокий уровень органосохраняющих операций продемонстрировал Курцер М.А. и соавторы, когда из 17 случаев приращения плаценты в 14, что составило 82,4%, матку удалось сохранить [5]. Общепринятой тактикой при истинном приращении плаценты является проведение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки [7]. Альтернативные методы лечения данной патологии: двухсторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий в сочетании с оставлением плаценты в матке во время операции кесарево сечение с последующей терапией метотрексатом [3, 11]. Имеется опыт при истинном приращении плаценты в проведении донного кесарева сечения с последующей эмболизацией маточных артерий. Плацента оставляется in situ. В послеоперационном периоде выполняется отсроченная повторная эмболизация маточных артерий. После частичной экспульсии плаценты остатки плацентарной ткани удаляются путем выскабливания и гистероскопии. При динамическом наблюдении у пациенток происходит полное восстановление менструальной функции [4]. С целью уменьшения послеоперационного кровотечения возможно поэтапное лечение, включающее кесарево сечение без отделения плаценты и выделения последа с эмболизацией маточных артерий и последующей гистерэктомией [9, 15]. В случае небольшого участка прорастания плаценты, после проведения эмболизации маточных артерий, возможно проведение реконструктивной операции с иссечением данного участка матки [5, 14]. Проведение реконструктивных операций при истинном приращение плаценты требует применения современного оборудования для проведения эмболизации маточных артерий, с целью восполнения кровопотери применение аппаратной реинфузии аутологичной крови.

Цель исследования – определение частоты истинного приращения плаценты по Городскому перинатальному центру г. Алматы (ГПНЦ) за период 2001-2011 гг., определение факторов риска, сроков родоразрешения, объема кровопотери, показателя перинатальной смертности, разработка оптимальной тактики родоразрешения при имеющихся возможностях технического обеспечения;

Материалы исследования

Учетно-отчетная документация (ГПНЦ) за период 2001-20011 гг., анализ 26 историй родов (форма №111-у), случаев истинного приращения плаценты за период 2010-2011 гг.

Результаты и обсуждение

Частота родов при предлежании плаценты, операции кесарево сечение по г. Алматы с 2001 по 2011 гг. имеет тенденцию к росту, соответственно с 0,4% до 0,7% и 15,0% до 22,6% (Годовые отчеты Управления здравоохранения г. Алматы). Согласно приказу №746 от 21 декабря 2007 «О регионализации перинатальной помощи в РК» и №325 от 7 мая 2010 г. «Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в РК» беременные с предлежанием плаценты госпитализируются в перинатальные центры. В связи с регионализацией перинатальной помощи, частота предлежания плаценты в ГПНЦ значительно выше городского уровня и в динамике увеличилась с 1,2% в 2001 г. до 1,7% в 2011 г., соответственно рост операции кесарево сечение с 20,7 до 39,4%. При сочетании предлежания плаценты и рубца на матке в ряде случаев имеет место прорастание плаценты в стенки матки (табл. 1).

Частота истинного приращения плаценты за изучаемый период в ПНЦ увеличилась в 2,9 раза, показатель составил в 2001 г. 0,07%, в 2011 г. уже 0,2%, что связано с увеличением централизации беременных с предлежанием плаценты и рубцами на матке на 3-м уровне регионализации, ростом повторных случаев кесарева сечения (3-е, 4-е родоразрешение оперативным путем). По г. Алматы в 2011 г. на 36142 родов пришлось 16 случаев ИВП при предлежании плаценты, частота составила 0,04%, что совпадает с данными одних авторов [15] и в 3 раза меньше частоты данных других [8, 13]. Все случаи приращения плаценты подтверждены гистологически.

Проведен анализ 26 историй родов (форма №111-у) при истинном приращении плаценты за период 2010-2011 гг. Из 26 случаев истинного приращения плаценты предлежание плаценты диагностировано у 21-й беременной (80,8%), у 11 было сочетание рубца на матке и предлежания плаценты (42,3%), у 10 только предлежание плаценты. У 5 пациенток (19,2%) с рубцом на матке диагностировано низкое расположение плаценты в области рубца. По количеству предшествующих операций кесарево сечение пациентки распределились следующим образом: одна операция у 9, 2 операции у 6 и три кесарева сечения у одной беременной

За период 2010-2011 гг. в ГПНЦ поступило 480 беременных с диагнозом предлежания плаценты, из них в 21 случае диагностировано истинное приращение плаценты, что составило 4,4%. Анализ историй родов пациенток с

истинным приращением плаценты показал, что средний возраст беременных составил 33,1±1,2 года. Анамнез в изучаемой группе пациенток был отягощен выкидышами в 13 случаях, абортами – в 11, что соответственно составило 50,0% и 42,3%. Рубец на матке по поводу предшествующего кесарева сечения зарегистрирован в 16 случаях – 61,6%. Миома матки диагностирована во время беременности у пяти пациенток, что составило 19,2%. Только у одной беременной произошли роды через естественные родовые пути, в 25 случаях родоразрешение проведено путем операции кесарево сечение. Срок беременности, при котором произведено родоразрешение, составил 34,5±1,6 недели. В плановом порядке родоразрешено только 7 пациенток, в 19 случаях по поводу начавшегося кровотечения родоразрешение проведено в экстренном порядке, что соответственно составило 27,0% и 73,0%. Из 26 случаев истинного приращения плаценты у трех пациенток (11,5%) зарегистрировано прорастание плацентарной ткани в мочевой пузырь, что послужило причиной его повреждения при проведении экстирпации матки. Перевязка внутренних подвздошных артерий проведена в четырех случаях – 15,4%. В работу отделения анестезиологии и реанимации ГПНЦ внедрена кровосберегающая технология CELL SAVER, что позволило с целью восполнения кровопотери применить аппаратную реинфузию аутологичной крови у семи пациенток. Объем кровопотери при проведении оперативного родоразрешения с последующей экстирпацией матки колебался от 3000,0 до 6500,0, в среднем составляя 3670,0. Органосохраняющие операции при истинном приращении плаценты в ГПНЦ не проводятся ввиду отсутствия ангиографа и возможности использования эмболизации маточных артерий. Использование этой современной технологии позволило бы не только внедрить органосохраняющие операции, которые проводят во всем мире с высокой эффективностью [4, 5, 14], но и снизить объемы кровопотери при родоразрешении [5, 15]. Учитывая отсутствие в ГПНЦ ангиографа, для уменьшения объема кровопотери возможно проведение донного кесарева сечения с последующей экстирпацией матки без отделения плаценты.

Показатель перинатальной смертности в изучаемой группе пациенток с истинным приращением плаценты составил 192,3‰ (4 случая ранней неонатальной смертности и 1 – мертворождения). В 2010 г. был зарегистрирован 1 случай материнской смертности.

С целью уменьшения объема кровопотери при родоразрешении имеет большое значение своевременная диагностика возможного истинного приращения плаценты и проведение планового родоразрешения с соответствующей подготовкой операционной бригады и оборудования (cell saver).

Описание случая: пациентка П., повторнородящая, в анамнезе две операции кесарево сечение, поступила в ГПНЦ при доношенном сроке беременности с диагностированным предлежанием плаценты и поперечным положением плода. В ГПНЦ при проведении УЗИ выявлено: локализация плаценты в нижнем сегменте матки в области рубца, плацента перекрывает полностью внутренний зев, не визуализируется пограничная зона между материнской поверхностью плаценты и стенкой мочевого пузыря, распространение плацентарной ткани за серозную оболочку матки. При проведении допплерометрии определялся повышенный кровоток между маткой и мочевым пузырем, что свидетельствовало о близости плаценты. В плановом порядке проведена операция кесарево сечения с последующей экстирпацией матки. Особенности операции: произведен разрез на коже срединно-продольный с обходом пупка, что позволило при доношенном сроке беременности произвести донное кесарево сечение без травматизации плаценты. Пуповина перевязана и погружена в полость матки, наложены на матку гемостатические швы. Произведена экстирпация матки без отделения плаценты. Общая кровопотеря 1800,0, за счет значительного кровотечения из расширенный вен при отсепаровки мочевого пузыря. Восполнение кровопотери проведено аппаратной реинфузией аутологичной крови в объеме 1200,0. Родильница в удовлетворительном состоянии выписана домой на 8-е сутки.

Выводы

1. По г. Алматы в динамике с 2001 по 2011 гг. имеет место рост частоты родов при предлежании плаценты с 0,4 до 0,7%, операции кесарево сечение с 15,0 до 22,6%.

2. В связи с регионализацией перинатальной помощи частота предлежания плаценты в ГПНЦ значительно выше городского уровня и в динамике увеличилась с 1,2% в 2001 г. до 1,7% в 2011 г., частота операции кесарево сечение с 20,7% до 39,4%.

3. Рост частоты предлежания плаценты, операции кесарева сечения в ГПНЦ предопределяет рост ИВП в 2,9 раза за период 2001-2011 гг., частота ИВП по г. Алматы составила 0,04%, что не превышает частоту данного показателя в других странах.

4. Беременность и роды у пациенток с истинным приращением плаценты представляют значительный риск перинатальной, материнской смертности, больших объемов кровопотери, органоуносящих операций.

5. УЗИ, допплерография на современном этапе позволяют проведение ранней диагностики аномалий прикрепления плаценты.

6. Отсутствие ангиографа в родовспомогательных учреждениях, где проводится родоразрешение пациенток с истинным приращением плаценты, не позволяет проводить в полной мере кровосберегающие технологии и органосохраняющие операции при такой грозной патологии.

7. Снижение частоты кесарево сечения, внедрение современных технологий в практику родовспоможения может привести к снижению частоты истинного приращения плаценты и улучшению качества оказания медицинской помощи при родоразрешении, сохранению репродуктивного здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Анализ причин смерти беременных рожениц и родильниц / Под ред. Т.К. Кудабергенова, Х.М. Бикташевой. – Алматы. – 2011. – 119 с.

2 Избранные вопросы перинатологии / Под редакцией Р.И. Надишаускене. – Литва, 2012. – С. 405-406

3 Курцер М.А., Панин А.В., Сущевич Л.В. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях // Акушерство и гинекология. – 2005. – №4. – С. 12-15

4 Курцер М.А., Бреслав И.Ю. и др. Истинное врастание плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4

5 Курцер М. А., Лукашина М. В., Панин А. В. и др. Органосохраняющие операции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: научно-практический журнал Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины. – 2009. – № 5. – С. 31-35

6 Комисарова Л.М. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты: обзор // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Том 9, №6. – С. 25-28

7 Протопопова Т.А. Тактика ведения беременных и принципы родоразрешения при предлежании плаценты и миграции плаценты // Российский медицинский журнал. – 2003. – № 5. – С. 48-50

8 Bretelle F., Courbiere B. et al. Management of placenta accreta: morbidity and outcome // Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 2007; 133:1: 34-39

9 Creasy RK, Resnik R, IamsJ , Lockwood C, Moore T. Placenta previa and abruptio placentae. In: Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice: Expert Consult. 6th ed. WB Saunders: Philadelphia, Pa; 2008:725-2

10 El-Bialy G., Kassab A., Armstrong M. Magnetic resonance imagining (MRI) and serial beta-human chorionic gonadotrophin follow up for placenta percreta. Arch Gynec. Obstet 2007; 276: 4: 371-373

11 Heiskanen N., Kroger J., Kainulainen S. Placenta percreta methotrexate treatment and MRI findings. Am J Perinatol 2008; 25:2:91-92

12 Hong S.W., Ying K.G., Zuccolo J. Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accrette. J Clinic Ultrasound 2008; 36:9: 551-559

13 Kayem G., Anselem O., Schmitz T. Conservative versus radical management in cases of placenta accrete historical studi. J Obstet Biol Reprod (Paris) 2007; 36:7:680-687

14 Masamoto H, Uehara H, Gibo M, Okubo E, Sakumoto K, Aoki Y. Elective use of aortic balloon occlusion in cesarean hysterectomy for placenta previapercreta. *GynecolObstet Invest*. 2009;67(2):92-5)

15 Sumigama S., Itacura A., 0ta T., Okada M. at al. Placenta previa increta/percreta in Japan a retrospective study of ultrasound findings management and clinical course. J . Obstet Gynec Res 2007; 33:5:606-611

16 Vazquez J.A., Rivera G.V., Higareda S.N. et al. Obstetric hysterectomy. Incidence indications and complications // Ginecol.Obstet.Mex. – 2008. – Vol.76, №3. – P. 156-160

17 Yamasmit W., Chaithonqwongwatthana S. Risk factors for cesarean hysterectomy in tertiary center in Thailand: A case-control study // J.Obstet.Gynecol.Res. – 2009. -Vol.35, №1. – P.60-65

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Н. КОБЗАРЬ, В.А. БЕЛОЦЕРКОВСКИЙ, А.Б. АГЛАМОВА, М.З. СУМЕМБАЕВА, Д.Т. БАЙБӨЛЕКОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА, Е.С. ФЕДЮНИНА

Қазақстан-Ресейлік медициналық университеті, Қалалық перинаталдық орталық, Алматы қ.

ПЛАЦЕНТАНЫҢ ШЫНАЙЫ ЖЕТІЛУІ, ЖҮКТІЛІКТІҢ СЕБЕПТЕРІ, ЖИІЛІГІ МЕН АҚЫРЛАРЫ, ТУУҒА РҰҚСАТТЫҢ ЖОЛДАРЫ

Акушерлік қан кету құрылым бойынша екінші орын алып, Қазақстандағы ана өлімінің қауіпті себептерінің бірі болып қалуды жалғастыруда. Акушерлік көлемді қан кетудің құрылымындағы алдыңғы себептеріне плацентаның шынайы айналуы (ПША) жатады.

Зерттеудің мақсаты: Алматы қаласындағы қалалық перинаталдық орталық (ҚПНО) бойынша 2001-2011 жылдар кезеңі бойынша плацентаның шынайы жетілуінің, тууыға рұқсат беру мерзімдерінің жиілігін, қан кету көлемін, перинаталдық өлімнің көрсеткіштерін анықтау, техникалық қамтамасыз етудің қолдағы бар тууға рұқсаттың оңтайлы жолдарын әзірлеу.

Зерттеу материалдары: 2001-2011 жылдар арасындағы кезеңдегі (ҚПНО) есептік-есеп беру құжаттамалары, 2010-2011 жылдар кезеңіндегі плацентаның шынайы жетілу жағдайларының 26 туу тарихының (№111-у) сараптамасы.

Нәтижелер мен талқылау: Плацентаның жатуы кезіндегі туу жиілігінің өлшемінің Алматы қаласы бойынша 2001 және 2011 жылдар бойынша плацентаның алда жатуы кезінде туудың жиілігінің 0,4%-дан 0,7%-ға дейін, кесарь тілігі операциялары Алматы қаласы бойынша 15,0%-дан 22,6%-ға дейін, осы көрсеткіштердің ҚПНО сәйкесінше 2001 жылы 1,2%-дан 1,7%-ға дейін, кесарь тілігі операциясының жиілігі 20,7%-дан 39,4%-ға дейін өсуі. Осы көрсесткіштердің өсуі плацентаның алда жатуы кезінде шынайы өсудің ұлғаюына әкелді.

Қорытындылар: Плацентаның шынайы жетілдіруі бар әйелдердегі жүктіліктік пен туу перинаталдық, ана өлімінің, қан кетудің үлкен көлемдерінің, орган әкететін операциялардың айтарлықтай тәуекелін көрсетеді. Замани кезеңдегі УЗИ, доплерографиялар плацентаның жабысуының аномалийлерін ерте диагностикадан өткізуге мүмкіндік береді. Жатырдың шынайы жетілдіруі бар туатын әйелдердің босануы жүргізілетін, тууға көмектесетін мекемелерде ангиографтың болмауы қан жинақтаушы технологиялар мен осындай қауіпті патология кезінде органды сақтау операцияларын кеңінен пайдалануға рұқсат бермейді.

Шешімдер: Қан кету көлемінің азаюы үшін операциялық бригада мен жабдықты (cell saver) тиісті дайындығы бар жатырды плацентаның алыстатпауы бар артынан экстирпациялық жатыры донорлық кесарь тілігін жүргізу арқылы жатырдың кейінгі экстирпациясы бар донорлық кесарь тілігі жүргізіледі.

Негізгі сөздер: *плацентаның шынайы жетілуі, қан кету, орган сақтаушы операциялар.*

S U M M A R Y

N.N. KOBZAR, V.A. BELOTSERKOVSKIY, A.B. AGLAMOVA, M.Z. SUMEMBAYEVA, D.T. BAYBULEKOVA, N.S. MIRZARAIMOVA, H.M. LEYMOYEVA, Y.S. FEDYUNINA

Kazakhstan-Russian Medical University, City Perinatal Center, Almaty c.

TRUE PLACENTA ACCRETA, REASONS, INCIDENCE, PREGNANCY OUTCOMES, MANAGEMENT OF DELIVERY

Obstetric hemorrhage continues to be one of the leading causes of maternal mortality in Kazakhstan, taking the second place in the structure. One of the reasons for the massive threatening obstetric hemorrhage is true placenta accreta (TPA).

The aim of the study was to determine the incidence of true placenta accreta in the City Perinatal Centre of Almaty (CPNC) for the period 2001-2011., identification of risk factors, delivery time, blood loss, perinatal mortality, the development of optimal management of delivery in available opportunities of technical support;

Material for investigation: records and reports (CPNC) for the period 2001-2011, analysis of 26 labor histories (form No 111-y) of cases of true placenta accreta for the period 2001-2011.

Results and discussion: There was an increased incidence of births with placenta previa from 0.4% to 0.7%, cesarean section from 15.0% to 22.6% for the city of Almaty, the increase in these rates in the CPNC, respectively, from 1.2% in 2001 to 1.7% in 2011, the incidence of cesarean section rate – from 20.7% to 39.4%. The growth of these indicators has led to an increase in true placenta accreta in placenta previa.

Conclusions: Pregnancy and delivery in women with true placenta accreta is a significant risk of perinatal and maternal mortalities, large amounts of blood loss, organ-removing operations. Currently an ultrasound examination, Doppler sonography enable to perform an early diagnosis of placentation anomalies. The absence of an angiograph in the obstetric institutions, where the deliveries of patients with true placenta accreta are performed, does not enable to conduct full blood-saving technologies and conservative operations in such a terrible disease. To reduce the amount of blood loss, the bottom caesarean section may be performed followed by hysterectomy without the removal of placenta with the proper training of the surgical team and the preparation of equipment (cell saver).

Key words: *true placenta accreta, hemorrhage, conservative operations.*

УДК 618.36-007.4-005.1

Н.Н. КОБЗАРЬ, Э.К. ЖАКАШЕВА, М.И. НУГМАНОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Л.Б. ДЗУЦЕВА, И.Т. КИСТАУБАЕВА, Д.Т. БАЙБУЛЕКОВА, Ж.Р. ЖАНАЛИЕВА, Т.Б. БАЙЛАРОВА
Казахстанско-Российский медицинский университет,
Городской перинатальный центр, г. Алматы

ПРОБЛЕМА ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ЧАСТОТА, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Акушерские кровотечения продолжают оставаться одной из ведущих причин материнской смертности и в Казахстане, занимая второе место в структуре. В структуре массивных кровотечений ведущей причиной является предлежание плаценты.

Ключевые слова: *предлежание плаценты, кровотечения, исходы беременности.*

Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности РК, составляя в ее структуре в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина – 42%, а как фоновая – до 78%. В структуре массивных кровотечений ведущей причиной является предлежание плаценты [1]. Наиболее частыми причинами предлежания плаценты являются патологические изменения эндометрия вследствие воспаления, оперативных вмешательств (выскабливания, кесарево сечение, удаление миоматозных узлов и др.). Кроме того, нарушения прикрепления плаценты могут быть обусловлены миомой матки, эндометриозом, недоразвитием матки, истмикоцервикальной недостаточностью, воспалением шейки матки, многоплодной беременностью. Частота возникновения предлежания плаценты составляет в среднем от 0,3 до 0,5% от общего числа родов. Частота предлежания плаценты увеличивается в зависимости от количества операций кесарево сечение в анамнезе. Недавний метаанализ показал, что вероятность предлежания плаценты после одной операции кесарево сечение достигает 1%, после двух – 2,8% после трех – от 3,7 до 5,0% [4]. Отмечается высокий риск осложнений при родоразрешении в случаях предлежания плаценты. Вероятность сепсиса 5,5%, тромбофлебита 5,0%, эндометрита 6,6%. Значительно увеличивается потребность в гемотрансфузии [6]. Частота объемных кровотечений достигает 45% в результате развития гипотонии и истинного приращения плаценты [5]. Риск гистерэктомии увеличивается при наличии в анамнезе кесарева сечения и абортов [3]. Материнская смертность, связанная с предлежанием плаценты, во многих странах остается на высоком уровне и составляет 2-3%, в Соединенных Штатах Америки – 0,3% [2].

Цель исследования – определение частоты предлежания плаценты по г. Алматы и Городскому перинатальному центру (ГПНЦ), показателей материнской и перинатальной смертности, факторов, влияющих на частоту предлежания плаценты.

Материалы исследования

Учетно-отчетная документация родильных домов и Городского перинатального центра г. Алматы (ГПНЦ) за период 2001-2011 гг.

Результаты и обсуждение

Частота родов при предлежании плаценты по г. Алматы с 2001 по 2011 гг. имеет тенденцию к росту – с 0,4% до 0,7%. За весь изучаемый период данный показатель составил 0,6% (табл. 1), что соответствует данным литературы [3].

Согласно приказу №746 от 21 декабря 2007 г. «О регионализации перинатальной помощи в РК» и №325 от 7 мая 2010 г. «Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в РК» беременные с предлежанием плаценты госпитализируются в перинатальные центры. В связи с регионализацией перинатальной помощи частота предлежания плаценты в ГПНЦ значительной выше городского уровня и в динамике увеличилась с 1,2% в 2001 г. до 1,7% в 2011 г. (табл. 2).

Наиболее частыми причинами роста частоты предлежания плаценты являются: увеличение инвазивных методов диагностики и лечения в гинекологии, высокий уровень абортов, рост частоты операций кесарево сечение и многоплодия. Количество абортов за период 2001-2011 гг. по г. Алматы не имеет тендендии к снижению. За изучаемый период их количество колебалось от 11813 в 2001 г. до 13156 в 2011 г. Основным показателем эффективной работы по планированию семьи является показатель числа абортов на 1000 женщин фертильного возраста. По г. Алматы этот показатель остается одним из самых высоких в РК и составил в 2011 г. 33,6 при республиканском уровне 22,0 [1]. Частота операций кесарево сечение по г. Алматы неуклонно растет – с 15,0% в 2001 г. до 22,6% в 2011 г. (увеличение в 1,5 раза), соответственно в ГПНЦ с 20,7 до 39,4%.

Частота родов при многоплодии по г. Алматы с 2001 по 2003 гг. оставалась стабильной на уровне 0,8%, с 2004 г. начала отмечаться постепенная тенденция к росту, и в 2011 г. этот показатель составил 1,2%. На это повлияло применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и медикаментов, стимулирующих овуляцию. Таким образом, рост частоты предлежания плаценты по г. Алматы объясняется высоким уровнем абортов, операций кесарево сечение, многоплодия.

Из 1866 случаев предлежания плаценты по г. Алматы за период 2001-2011 гг. в 973, что составило 52,1%, родоразрешение путем операции кесарево сечение сопровождалось кровотечением, превышающим 1000,0 мл. В 111 случаях методы остановки кровотечения не дали эффекта и операция кесарево сечение закончилась ампутацией и экстирпацией матки (11,4%). Кровотечение при предлежании плаценты является одной из причин материнской смертности. По г. Алматы за период 2001-2011 гг. зарегистрировано 3 случая материнской смертности, показатель в группе беременных с предлежанием плаценты составил 160,7 на 100000 живорожденных. Из трех случаев материнской смертности на третьем уровне (ГПНЦ) зарегистрирован только один.

Преждевременные роды продолжают оставаться главной проблемой при предлежании плаценты, что в сочетании с кровопотерей при беременности обуславливает высокий уровень перинатальной смертности (ПНС).

Несмотря на высокий риск материнской и перинатальной смертности, уровень централизации беременных с предлежанием плаценты в ГПНЦ остается недостаточно высоким и составил в 2011 г. 53,1%, что связано с отсутствием своевременной госпитализации беременных

Таблица 1 — **Частота предлежания плаценты по г. Алматы за период 2001-2011 гг.**

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего
Всего родов (абс.)	18103	20050	21410	23903	25307	28790	32213	35236	34606	36137	36142	311897
Кол-во родов с предлежанием плаценты (абс.)	76	96	135	170	164	153	210	196	212	241	239	1866
Частота предлежания плаценты (%)	0,4	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6

Таблица 2 — **Частота предлежания плаценты по ГПНЦ за период 2001-2011 гг.**

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего
Частота предлежания плаценты (%)	1,2	1,2	1,3	1,2	1,0	0,9	1,0	1,4	1,7	1,5	1,7	1,3

Таблица 3 — **Частота операции кесарево сечение по г. Алматы и ГПНЦ за период 2001-2011 гг.**

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Частота КС по г. Алматы	15,0	14,5	16,3	16,0	15,2	16,2	17,7	20,3	23,1	23,6	22,6
Частота КС по ГПНЦ	20,7	18,8	18,4	17,7	18,4	20,3	26,9	31,4	34,1	39,3	39,4

Таблица 4 — **Показатель перинатальной смертности при предлежании плаценты по ГПНЦ за период 2001-2011 гг.**

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего 2001-2011 гг.
ПНС (‰)	72,7	34,4	47,6	104,5	89,3	107,7	73,5	66,0	82,6	101,9	70,9	78,3

в ГПНЦ и доставкой бригадами скорой медицинской помощи беременных с кровотечением по принципу ближайшего родильного дома.

Выводы

1. Частота родов при предлежании плаценты по г. Алматы с 2001по 2011 гг. имеет тенденцию к росту – с 0,4% до 0,7%.

2. Рост частоты предлежания плаценты по г. Алматы объясняется высоким уровнем абортов, операций кесарево сечение, многоплодия.

3. При предлежании плаценты частота кровотечения, превышающего 1000,0 мл, составила 52,1%, что предопределило высокий уровень объемных операций.

4. Частота объемных операций при предлежании плаценты составила 11,4%.

5. Имеет место низкий уровень централизации беременных с предлежанием плаценты в перинатальный центр, что связано с ошибками диагностики и недостаточным качеством оказания медицинской помощи беременным на уровне женских консультаций.

6. Высокие показатели материнской и перинатальной смертности при предлежании плаценты указывают на необходимость значительного улучшения качества организации в оказании медицинской помощи в родовспомогательных организациях города.

7. Снижение частоты абортов, операций кесарево сечение, многоплодия при проведении вспомогательных репродуктивных технологий остаются основными профилактическими факторами в снижении частоты такого грозного осложнения беременности, как предлежание плаценты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Анализ причин смерти беременных рожениц и родильниц / Под ред. Т.К. Кудабергенова, Х.М. Бикташевой. – Алматы, 2011. – 119 с.

2 Bose DA, Assel BG, Hill JB, Chauhan SP. Maintenance tocolytics for preterm symptomatic placenta previa: a review // Am J Perinatol. Jan 2011;28(1):45-50

3 Choi SJ, Song SE, Jung KL, Oh SY, Kim JH, Roh CR. Antepartum risk factors associated with peripartum cesarean hysterectomy in women with placenta previa // Am J Perinatol. Jan 2008;25(1):37-41

4 Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review // Am J Obstet Gynecol. Sep 2011;205(3):262.e1-8

5 Machado LS. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome // N Am J Med Sci. Aug 2011;3(8):358-61

6 Zlatnik MG, Cheng YW, Norton ME, Thiet MP, Caughey AB. Placenta previa and the risk of preterm delivery // J Matern Fetal Neonatal Med. Oct 2007;20(10):719-23

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Н. КОБЗАРЬ, Э.К. ЖАҚАШЕВА, М.И. НҰҒМАНОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА Л.Б. ДЗУЦЕВА, И.Т. КИСТАУБАЕВА, Д.Т. БАЙБӨЛЕКОВА, Ж.Р. ЖАНАЛИЕВА, Т.Б. БАЙЛАРОВА

Қазақстан-Ресейлік медициналық университеті, Қалалық перинаталдық орталық, Алматы қ.

ПЛАЦЕНТАНЫҢ АЛДА ЖАТУ МӘСЕЛЕСІ, ЖҮКТІЛІКТІК ЖИІЛІГІ МЕН АҚЫРЫ

Акушерлік қан кету құрылым бойынша екінші орын алып, Қазақстандағы ана өлімінің негізгі себептерінің бірі болып қалуды жалғастыруда. Көлемді қан кетудің құрылымындағы алдыңғы себептеріне плацентаның алда жатуы жатады.

Зерттеудің мақсаты: Алматы қаласы және қалалық перинаталдық орталық (ҚПНО) бойынша плацентаның алда жатуының, ана және перинаталдық өлімнің, плацентаның алда жатуының жиілігіне әсер ететін ықпалдарының жиілігін анықтау.

Зерттеу материалдары: 2001-2011 жылдар арасындағы Алматы қаласының перзентханалары мен қалалық перинаталдық орталықтың (ҚПНО) есептік-есеп беру құжаттамалары.

Нәтижелер мен талқылау: Алматы қаласы бойынша 2001 және 2011 жылдар бойынша плацентаның алда жатуы кезінде туудың жиілігінің 0,4%-дан 0,7%-ға дейін, ҚПНО 1,2%-дан 1,7%-ға дейін өсу тенденциясы бар. Осы көрсеткіштің өсуі түсік жасаудың, кесарь тілігі операцияларының, көп ұрықтанудың жоғары дәрежесімен түсіндіріледі. 1000,0 асатын қан кетудің жиілігі 52,1% құрады,

ол көлемді операциялардың жоғары дәрежесінің – 11,4% көрсеткіші. Алдын-ала туу плацентаның алда жату кезіндегі басты мәселе болып қалады, оның жүктілік кезінде қан кетумен үйлесуі перинаталдық өлімнің жоғары дәрежесімен шарттасады, ол 2001-2011 жылдардың нәтижесіне сай ПНО бойынша 78,3% құрады. Плацентаның алда жатуы кезіндегі ананың өлімінің көрсеткіші Алматы қаласы бойынша 1000000 жаңа туылған нәрестеге 160,7 ананы құрады.

Шешімдер: Плацентаның алда жатуы кезіндегі ананың және перинаталдық өлімнің жоғары көрсеткіштері қаланың тууға көмектесу ұйымдарындағы медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың сапасын айтарлықтай жақсартудың қажеттілігін көрсетеді. Түсік жасаудың, кесарь тілігі операцияларының, қосымша репродуктивтік технологияларды жүргізу кезіндегі көп ұрықтанудың жиілігін төмендету плацентаның алда жату сияқты жүктіліктің қауіпті қиындауының жиілігін төмендетудегі негізгі профилактикалық факторлар болып қалады.

Негізгі сөздер: *плацентаның алда жатуы, қан кету, жүктіліктің ақыры.*

SUMMARY

N.N. KOBZAR, E.K. ZHAKASHEVA, M.I. NUGMANOVA, N.S. MIRZARAIMOVA, L.B. DZUTSEVA, I.T. KISTAUBAYEVA, D.T. BAYBULEKOVA, J.R. ZHANALIYEVA, T.B. BAYLAROVA
Kazakhstan-Russian Medical University, City Perinatal Center, Almaty c.

PROBLEM PLACENTA PREVIA, INCIDENCE, PREGNANCY OUTCOMES

Obstetric hemorrhage continues to be one of the leading causes of maternal mortality in Kazakhstan, taking the second place in the structure. In the structure of massive hemorrhage, the leading cause is placenta previa.

The aim of the study was to determine the incidence of placenta previa in Almaty and in the City Perinatal Centre of Almaty (CPNC), maternal and perinatal mortality rates, factors that influence the incidence of placenta previa.

Material for investigation: records and reports of the maternity hospitals and the City Perinatal Centre of Almaty (CPNC) for the period 2001-2011.

Results and discussion: The incidence of deliveries with placenta previa in Almaty from 2001 to 2011 tended to rise from 0.4% to 0.7%, in the CPNC from 1.2% to 1.7%. The increase in this rate is explained by high levels of abortions, caesarean sections, multiple fetations. The incidence of hemorrhage exceeding 1000.0 was 52.1%, which predetermined the high level of long operations – 11.4%. Preterm deliveries continue to be a major problem in placenta previa, which in combination with the loss of blood during pregnancy causes a high rate of perinatal mortality, that according to the results of 2001 – 2011 was 78.3% in the CPNC. The maternal mortality rate with placenta previa in Almaty was 160.7 per 100,000 live births.

Conclusions: High rates of maternal and perinatal mortalities in placenta previa indicate the need for significant improvement in the quality of the organization of medical care in obstetric institutions of the city. The reduction in the incidence of abortions, caesarean sections, multiple fetations with assisted reproductive technologies remain to be major preventive factors in the reduction of the incidence of such a severe complication of pregnancy as placenta previa.

Key words: *placenta previa, hemorrhage, pregnancy outcomes.*

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ

УДК 614.23:373.5(574-25)

К.М. ФАЙЗУЛЛИНА, Г.К. КАУСОВА, А.Н. НУРБАКЫТ
Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

К ВОПРОСУ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ (на примере г. Алматы и Алматинской области)

В статье освещены вопросы выбора профессии врача среди школьников 9 и 11 классов, характера подготовки к поступлению в медицинский вуз, а также изучены типы личности школьников, выбравших эту профессию.

Ключевые слова: *медицинское образование, школьники, профессиональная направленность.*

Профессия врача предъявляет особые требования к уровню психологической и физической подготовки молодых людей к предстоящей деятельности, тщательности отбора абитуриентов [1], которые с наибольшей вероятностью смогут успешно освоить медицинскую профессию и без ущерба для своего здоровья работать в отрасли здравоохранения на протяжении длительного времени [2, 3].

Быть врачом – это не только великая честь, но и непрестанный труд, самоотверженное служение больному и большая ответственность. Очень важно, чтобы абитуриенты, поступающие в медицинский университет, осознавали это. Очень важно, чтобы в медицинский университет поступали люди, готовые преодолеть все трудности, люди, для которых врачебная специальность станет не службой, а призванием. Такие медики и сами будут счастливыми, и принесут огромную пользу обществу. Напротив, печально выглядит молодой человек, поступивший в медицинский вуз случайно, не разобравшись, как следует, в своих интересах, своих склонностях, способностях и возможностях. Каждый школьник к концу обучения в школе должен определиться с выбором будущей специальности и с выбором вуза.

Данное исследование является репликационным и проводилось в рамках докторской диссертации PhD.

Цель данного исследование – изучение причин выбора профессии врача среди учеников 9 и 11 классов, характера подготовки к поступлению в медицинский вуз, а также изучение типа личности школьников, выбравших профессию врача.

Материал и методы

Объектом исследования были учащиеся 9 и 11 классов общеобразовательных учреждений г. Алматы и Алматинской области (№2, №28, №60, №81, №152), которые будут поступать в медицинский колледж или медицинский вуз. Для проведения социологического опроса была разра-

ботана анкета, состоящая из 20 вопросов, раскрывающих причины выбора профессии врача, характер подготовки к поступлению в медицинский вуз, изучение мнения школьников о профессиональной ориентации и другие. Кроме того, для определения типа личности учащихся школ использовали анкету В.И. Соломина и психодиагностический тест Дж. Холланда.

Методы: информационный, социологический, статистический, с расчетом средних величин и их стандартной ошибки. Обработка данных проводилась при помощи Microsoft Office Excel 2010, программа SPSS версии 15.0.

Результаты

В социологическом опросе приняли участие ученики 9 и 11 классов (выпускные классы), выбравшие для себя профессию врача, в количестве 120 человек: средних школ (37,5%), гимназий (61,7%) и лицеев (0,8%) г. Алматы и Алматинской области. Среди респондентов преобладали учащиеся гимназии 74 (61,7±4,4), при этом жителей Алматы 49 (68,1±5,5), больше, чем из Алматинской области, 25 (52,1±7,2).

Второй по численности является группа респондентов – 45 учащихся средней школы (37,5±4,4), с превалированием жителей сельской местности (48%) над городскими (31%). В опросе принял участие только один учащийся лицея из г. Алматы (1%).

Значительное число опрошенных (78%) выбрали государственный язык в качестве языка обучения. При этом практически все 45 респондентов (93,8±7,2) Алматинской области предпочитают обучаться на казахском языке, две трети жителей Алматы также выбрали этот язык обучения. Русский язык в качестве языка обучения выбрали менее четверти опрошенных (23%), при этом число выбравших этот язык превалирует в городской местности (33%).

Таким образом, полученные данные подтверждают данные о количественном контингенте студентов медицинских вузов г. Алматы, согласно которым количество студентов казахского отделения превальирует над количеством студентов русского отделения.

Исследование причин выбора профессии врача показало (рис. 1), что половина опрошенных (51%) проявляла интерес к данной профессии с детства, практически одинаково как среди городских жителей (53%), так и среди жителей области (48%).

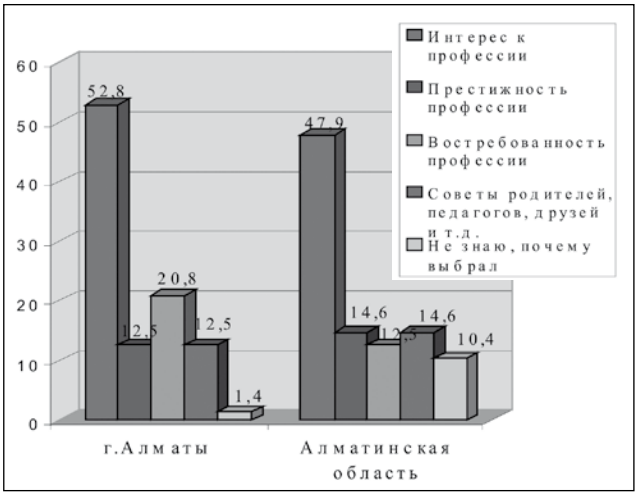


Рисунок 1 – Причины выбора профессии врача среди учеников 9 и 11 классов г. Алматы и Алматинской области

Таблица 1 – **Распределение ответов опрошенных по наличию профориентационной работы в школе**

Проводится в Вашей школе ПО?	г. Алматы		Алматинская область		Всего	
	абс.	X±ς_x	абс.	X±ς_x	абс.	X±ς_x
Нет	35	48,6±5,9	26	54,2±7,2	61	50,8±4,6
Да	16	22,2±4,9	14	29,2±6,6	30	25,0±4,0
Не знаю	21	29,2±5,4	8	16,7±5,4	29	24,2±3,9
Итого	72	100	48	100	120	100

Следующей наиболее распространенной причиной выбора професии стала ее востребованность по мнению опрошенных (около 18%), при этом респонденты города Алматы больше в этом убеждены (21%) по сравнению с учащимися Алматинской области (13%).

Советы родителей (13%), так же как и представление о престижности профессии врача, определили выбор будущей профессии респондентов. Как показал опрос, разница в выборе профессии по данным причинам среди городских и сельских жителей незначительна.

Интересно, что каждый десятый опрошенный из Алматинской области не знает, с чем связан выбор данной профессии, в городе таких меньше (1%).

То есть, в большинстве случаев выбор будущей профессии обусловлен мечтой с детства, а также представлением респондентов о престижности и востребованности профессии врача в обществе.

Анализ данных показал, что продолжателями семейной традиции являются всего 28% опрошенных школьников, при этом показатель среди школьников г. Алматы (23,6%) в 1,5 раза меньше, чем среди школьников Алматинской области (35,4%), т.е. преемственность поколений и авторитет старших в сельской местности играют большую роль. У основной доли (72%) респондентов родители не имеют отношения к медицине, и среди городских школьников данный показатель несколько выше, чем среди сельских, – 76,4% и 71,7%, соответственно.

Таким образом, более две трети участвовавших в опросе свой выбор будущей профессии основывают на собственных представлениях о профессии врача. В то время как каждый третий в сельской местности и каждый четвертый житель города знают о профессии врача от своих родителей-медиков.

При анализе состояния профориентации (ПО) в общеобразовательных учреждениях (табл. 1), выяснили, что более половины учащихся не охвачены работой по профориентации, как в городе 35 (48,6±5,9), так и в области 26 (54,2±7,2). Это свидетельствует о недостаточности проводимой профориентационной работы с молодежью.

Распределение ответов опрошенных по наличию обращения за профориентационной консультацией в различные организации, проводящие такую работу в плане выявления способностей, наклонностей к той или иной профессии, показало незначительную активность респондентов в этом плане. Только 23% респондентов воспользовались такой возможностью, со значительным превалирование среди городских жителей (32%) над жителями области (8%). Такая разница обусловлена больше распространенностью профориентационных организаций в городе, чем на селе.

Не обращались за такими услугами две трети опрошенных, с незначительным перевесом среди жителей области (75%) над жителями города (63%). Каждый десятый респондент не знает о существовании таких организаций, при этом доля таких опрошенных в сельской местности в три раза больше (17%), чем в городе (6%).

Таблица 2 – **Распределение ответов опрошенных по способности сострадать постороннему человеку**

Способность сострадать чужому человеку	г. Алматы		Алматинская область		Всего	
	абс.	X±ς_x	абс.	X±ς_x	абс.	X±ς_x
Да	56	77,8±4,9	33	68,8±6,7	89	74,2±4,0
Нет	16	22,2±4,9	15	31,2±6,7	31	25,8±4,0
Итого	72	100	48	100	120	100,0

Дефекты проводимой профориентации в общеобразовательных учреждениях подтверждаются нашими данными, так основная доля респондентов (56%), выбравших для себя профессию врача, не знакомы с ее спецификой (условиями труда, режимом работы и т.д.). Знакомство с условиями и режимом работы медсестры или врача отметили только 44% опрошенных, при этом среди жителей Алматинской области число имеющих такое представление больше (52%), чем среди жителей Алматы (39%).

Следовательно, выбор профессии большинством опрошенных проводится без наличия полной информации о всех аспектах будущей специальности, что подтверждает необходимость проведения более полного информирования молодежи во избежание разочарований в выбранной профессии и более осознанного выбора.

Интересен тот факт, что осведомленность о времени обучения в медицинском вузе отметили 77% опрошенных, при этом среди респондентов Алматинской области процент таковых несколько больше (81%), чем в городе (74%).

Одни из основополагающих качеств врача – это гуманность, доброта и умение сопереживать людям, как показали полученные данные опроса школьников (табл. 2), способность сострадать чужому человеку отметило большинство респондентов (74%). Интересно, что доля таковых в городе больше (78%), чем в сельской местности (69%). Возможно это связано с более суровыми условиями развития и роста детей (раннее приобщение к труду и т.д.). При этом не готовы сочувствовать, проявлять сострадание (одна из основ профессии медицинского работника) четверть опрошенных (26%), при этом не восприимчивых к стаданиям другого человека в сельской местности несколько больше (31%), чем в городе (22%).

Таким образом, 26% опрошенных, не имея чувства сострадания к постороннему лицу, тем не менее выбрали профессию врача.

По мнению, профессора Климова [4], для определенного типа личности существуют определенные виды работ, которые данный индивид будет выполнять с удовольствием и качественно, так для медицинской практики наиболее подходящими является социологический тип личности, характеризующийся следующими психологическими характеристиками: умение общаться, гуманность, способность к сопереживанию, активность, зависимость от окружающих и общественного мнения, приспособление, решение проблем с опорой на эмоции и чувства, преобладание языковых способностей, являющиеся основными в профессии врача.

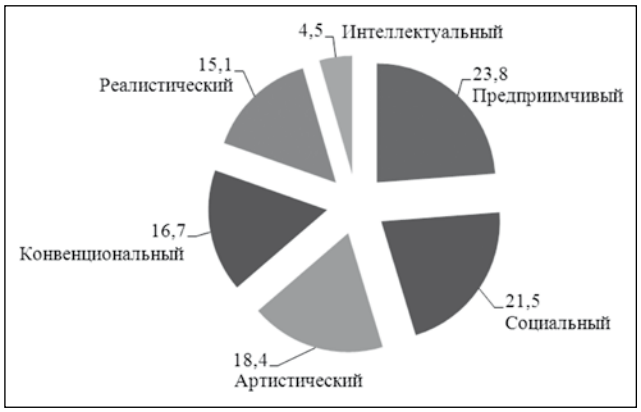


Рисунок 2 – Распределение школьников по типу личности

При изучении типов личности среди учащихся 9 и 11 классов, выбравших для себя профессию врача, практически в равных долях представлены предприимчивый и социальный тип личности, 23,8% и 21,5%, соответственно (рис. 2), затем артистический (18,4%), и наименьшую долю составляют ученики, относящиеся к интеллектуальному типу личности (4,5%).

Интересен тот факт, что именно школьники, относящиеся к реалистическому, конвенциональному, интеллектуальному типу личности, в большинстве (87,8%) не знают, почему выбрали профессию врача.

Обсуждение

Таким образом, в большинстве случаев выбор будущей профессии обусловлен мечтой с детства, а также представлением респондентов о престижности и востребованности профессии врача в обществе, более 2/3 участвовавших в опросе свой выбор будущей профессии основывают на собственных представлениях о профессии врача. В то время как каждый третий в сельской местности и каждый четвертый житель города знают о профессии врача от своих родителей-медиков.

Полученные результаты согласовываются с литературными данными, где авторы указывают, что выбор медицинских профессий среди молодежи происходит под влиянием ряда факторов. Среди них наиболее часто встречаются влияние семьи, чтение специальной литературы, просмотр фильмов [5, 6]. Имеются работы, где выявлен высокий процент поступающих в медицинский вуз по совету родных, знакомых, друзей-медиков, по призванию и склонности к медицине [7, 8], в связи с желанием помогать людям, решением продолжать семейные традиции [9, 10]. Специфическими для медицинских вузов факторами, влияющими на выбор профессии врача, являются болезнь близких или собственная, стремление получить образование, чтобы помочь себе и близким [5].

В зарубежной литературе мы также нашли работы по изучению причин поступления в медицинские школы. Так, к примеру, в Великобритании наиболее распространенной причиной выбора профессии врача были ответы «быть хорошим научным деятелем», «желание иметь хорошую интересную карьеру», «всегда хотел быть врачом», «под влиянием друзей и родственников» и «желание помогать или работать с людьми», в Мозамбике самые популярные причины были «внести свой вклад в благосостояние людей» и «желание самореализации» [11]. В Эфиопии самой распространенной причиной была «заинтересованность в области спасения жизни», затем «желание иметь хороший доход» и «социальный престиж» [12]. Интересно, что почти у 90% студентов-медиков в Мозамбике родители заняты в секторе здравоохранения, хотя «продолжение семейной традиции» отметили только 2% респондентов в качестве причины поступления в медицинскую школу.

Большинство респондентов (57%) как в городе, так и в сельской местности, серьезно подошли к своему профессиональному будущему: посещают дополнительные

курсы, занимаются с репетитором или самостоятельно. Не готовятся к поступлению в медицинский ВУЗ треть респондентов, практически одинаково как среди городских, так и среди сельских жителей, 10% опрошенных вообще не считают такую подготовку необходимой, причем доля давших такой ответ больше среди сельских жителей (13%), чем среди городских (8%), и 76% респондентов убеждены в необходимости посещения дополнительных курсов, занятий для поступления в медицинский вуз или колледж. Не видят необходимости в такой подготовке около 8% опрошенных как в городе, так и на селе. Не определились в необходимости в подготовке для поступления 17% респондентов, при этом среди городских респондентов таковых больше (19%), чем среди сельских (13%).

Выводы

Таким образом, более 2/3 участвовавших в опросе свой выбор будущей профессии основывают на собственных представлениях о профессии врача. В то время как каждый третий в сельской местности и каждый четвертый житель города знают о профессии врача от своих родителей-медиков, т.е. выбор профессии большинством опрошенных проводится без наличия полной информации обо всех аспектах будущей специальности, что подтверждает необходимость проведения более полного информирования молодежи во избежание разочарований в выбранной профессии и более осознанного выбора. Кроме того, при отборе в медицинскую школу необходимо учитывать и личностные характеристики абитуриентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ороховский В.И. Формирование психологической готовности молодежи к медицинскому труду / В.И. Ороховский, И.С. Витенко, Г.П. Кондратенко. – К.: Высшая школа, 1989. – С. 88

2 Чебышев Н. Довузовский этап медицинского образования // Врач. – 1999. – № 1. – С. 38-39

3 Балабанов С.С. Социологическое исследование профессии медсестры // Медицинская сестра. – 2000. – № 4. – С.17-20

4 Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – С. 512

5 Кузьмина Е. Профориентация: эффективность и качество // Высшее образование в России. – 2002. – №3. – С. 24 -31

6 Алексеев А.И., Долгинцев В.И., Сафонова И.И. Роль некоторых факторов в выборе профессии врача // Здравоохранение РФ. – 1982. – № 3. – С. 37-39

7 Медведский Е.Н., Медведский В.Е. Студенческие ориентиры в выборе врачебной специальности // Советское здравоохранение. – 1990. – №11. – С. 50-53

8 Прошляков В.Д., Яковлева Н.В., Варламов С.А. Профессиональный отбор и подготовка студентов – будущих врачей хирургического профиля: Учеб. пособие. – Рязань: РязГМУ, 2003. – С.152

9 Щукина Е.Г. Психологические знания в работе врача // Экология человека. – 1999. – № 4. – С. 59-60

10 Здоровцов Г.И. Формирование общественно необходимой профессионально-квалификационной структуры кадров медицинских работников // Экономика здравоохранения. – 2000. – №7. – С. 22-29

11 Sousa F, Schwalbach, Adam Y, Goncalves L, Ferrinho P: The training and expectations of medical students in Mozambique. Hum Res Health 2007, 5:11

12 Deressa W, Azazh A: Attitudes of undergraduate medical students of Addis Ababa University towards medical practice and migration, Ethiopia. BMC Med Educ 2012, 12:68

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

К.М. ФАЙЗУЛЛИНА, Г.К. ҚАУЫСОВА, А.Н. НҰРБАҚЫТ

ҚР ДМ Қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғарғы мектебі, Алматы қ.

МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ДӘРІГЕР МАМАНДЫҒЫН ТАҢДАУ СҰРАҚТАРЫНА (АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ МЕН АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА)

Өзектілігі: Дәрігердің медициналық қызметі жастардың алдына қойған қызметіне психологиялық және физикалық дайындықтың дәрежесіне ерекше талаптар қояды.

Біздің зерттеудің мақсаты білімін медициналық колледжде немесе ЖОО жалғастыруды көздеген мектеп оқушыларының арасында дәрігер маманын таңдауының себептерін зерттеу, сондай-ақ тұлға типінің өздерінің таудауларына әсер етуін зерттеу еді.

Материалдар мен әдістер: Зерттеуге Алматы қаласы мен Алматы облысының орта мектептерінің, гимназия мен лицейлерінің 120 оқушысы қатысты. Әлеуметтік сұрауға 20 сұрақтан тұратын әзірленген сауалнаманы пайдаландық, ал тұлғаның типін анықтау үшін В.И. Соломин мен Дж. Холландтың сауалнамасын пайдаландық.

Қорытынды: Зерттеу бөтен адамға жанашырлық танытуға қабілетті тұлғалардың – респонденттің 74% (78% қалалық және 69% ауылдық оқушылар) дәрігер болып істей алатындығын көрсетті. Тұлғаның типін зерттеу кезінде, өзіне дәрігер маманын таңдаған 9 және 11 сынып оқушыларының арасында негізінен тұлғаның пысық және әлеуметтік типі сәйкесінше 23,8% және 21,5% құрады, артынан әртістік (18,4%) қасиеті барлар құрады, және ең аз үлес тұлғаның зияткерлік типіне жататын оқушылардың (4,5%) үлесіне тиді.

Негізгі сөздер: *медициналық білім, оқушылар, кәсіби бағыт.*

S U M M A R Y

K.M. FAIZULLINA, G.K. KAUSOVA, A.N. NURBAKYT

Higher School of Public Health, Almaty c.

ON THE QUESTION OF CHOOSING THE CAREER OF DOCTOR BY SCHOOLCHILDREN (ON THE EXAMPLE OF ALMATY AND ALMATY REGION)

Topicality: The medical activity of a doctor has specific requirements for the level of psychological and physical conditioning of young people for the coming activity.

The aim of our study was to investigate the reasons for choosing the medical profession among schoolchildren who intended to continue their education at the medical college or university, as well as to study the influence of personality type on their choice.

Materials and methods: The study involved 120 students of regular schools, gymnasiums and lyceums in Almaty and Almaty region. For the survey, the developed questionnaire was used, which consisted of 20 questions, and V.I. Solomin and J. Holland's form was used to determine the type of personality.

Conclusion: The study revealed that a person can work as a doctor who can have compassion on a stranger – 74% of the respondents (78% urban and 69% rural students). In the study of personality types among the students of grades 9 and 11 who chose the career of a doctor, consist primarily of enterprising and social personality type, 23.8% and 21.5%, respectively, then the artistic one (18.4%) and the lowest share consists of the students who belong to intellectual personality type (4.5%).

Key words: *medical education, schoolchildren, vocational direction.*

Рецензент: к.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения КазНМУ им. С.Д. Асфедиярова Кожекенова Ж.А.

УДК 612.1+616-007-053.1 (574)

Н.С. ИГИСИНОВ[1,2,3], Б.С. ДУЙСЕНБАЕВА[3], Р.И. РАХИМЖАНОВА[3], Т.Б. ДАУТОВ[4], З.А. БИЛЯЛОВА[1], Э.С. ЕЛЬШИБАЕВА[4]

[1]ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана, Казахстан

[2]РГП на ПХВ «НИИ травматологии и ортопедии», г. Астана, Казахстан

[3]АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

[4]АО «Национальный научный кардиохирургический центр», г. Астана

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Представлен анализ распространенности врожденных аномалий системы кровообращения в Казахстане на региональном уровне. Дана пространственно-временная оценка и определены уровни распространенности данной патологии для картограммы: низкий показатель – до 171,8$^0/_{0000}$, средний – от 171,8 до 230,3$^0/_{0000}$, высокий – от 230,3$^0/_{0000}$ и свыше. Высокие показатели установлены в Акмолинской области и городе Астана.

Ключевые слова: *врожденные аномалии системы кровообращения, распространенность, тренды, картограмма.*

Актуальность проблем врожденных пороков развития высока и определяется не только медицинской, но и социальной значимостью этой патологии. В настоящее время в структуре детской заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран на первое место выходят врожденные пороки развития.

По разным данным врожденные пороки развития встречаются примерно у 5% новорожденных, а их вклад в структуру причин младенческой смертности достигает 20% [1, 2, 3]. При этом особое место в структуре врожденных пороков развития занимают врожденные аномалии системы кровообращения, что связано с особенностями диагностики, лечения и исхода данной патологии. Особый научный и практический интерес вызывает эпидемиологическая оценка распространения врожденных аномалий системы кровообращения с учетом природно-климатических, экологических, социально-экономических и других факторов. Одним из видов предоставления данной оценки является медико-географическая картограмма [4, 5], поскольку для планирования и разработки эффективных лечебно-диагностических мероприятий необходимы исследования в данном направлении. В этой связи в данной статье представлена картограмма распространенности врожденных аномалий системы кровообращения в Казахстане с учетом региональных особенностей.

Материал и методы

Материалом исследования послужили данные о числе врожденных аномалий (пороков развития) системы кровообращения (Q20-Q28), зарегистрированных в лечебных организациях (годовая форма 12). По общепринятым методам медико-биологической статистики вычислены среднегодовые значения (P), средняя ошибка (m), доверительный интервал (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста/убыли ($T_{пр/уб}$, %) [6, 7].

Применен способ составления картограммы, предложенный в 1974 г. профессором Игисиновым С.И. [8], основанный на определении среднеквадратического отклонения (σ) от среднего (x). Шкала ступеней вычислена так: приняв σ за интервал, определили максимальный и минимальный уровни распространенности согласно формуле: x±1,5σ, причем минимальный показатель равен x–1,5σ и максимальный равен x+1,5σ.

Результаты и обсуждение

Среднегодовой показатель распространенности врожденных аномалий системы кровообращения в республике составил 208,6±4,3 на 100 000 всего населения (95% ДИ=200,1-217,1$^0/_{0000}$). В динамике показатели имели тенденцию к росту с 190,9$^0/_{0000}$ (2003 г.) до 211,4$^0/_{0000}$ в 2011 году. При выравнивании также была установлена вышеуказанная тенденция, а среднегодовой темп прироста составил $T_{пр}$=+2,0% (рис. 1).

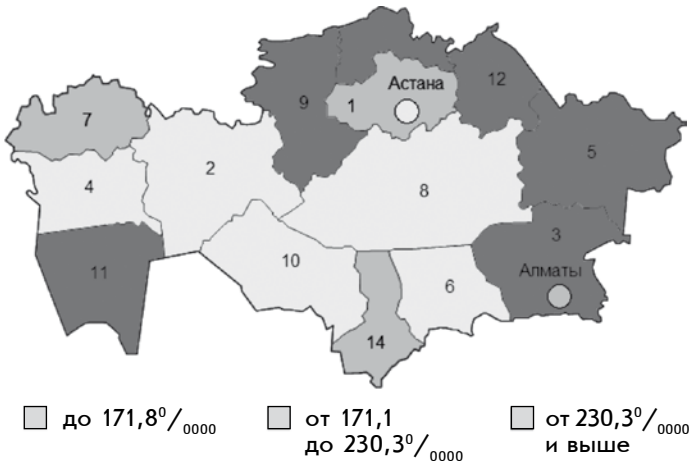
Рисунок 1 – Динамика показателей распространенности врожденных аномалий системы кровообращения в Казахстане за 2003-2011 гг.

Анализ среднегодовых показателей распространенности врожденных аномалий системы кровообращения по регионам показал, что максимальный уровень был установлен в Акмолинской области (312,8±20,9$^0/_{0000}$) и г. Алматы (345,9±11,1$^0/_{0000}$), а минимальный – в Атырауской (142,8±4,3$^0/_{0000}$) и Жамбылской (145,2±2,5$^0/_{0000}$) областях (табл. 1). 95% ДИ показателей распространенности в зонах с высокими и низкими значениями не накладывались друг на друга, т.е. на формирование данных влияли объективно различные факторы и установленные различия между данными регионами были статистически значимыми (p<0,05). В динамике показатели распространенности врожденных пороков ССС имели тенденцию к снижению в 5 регионах страны (табл. 1), при этом среднегодовые темпы убыли выравненных показателей варьировали от $T_{уб}$= 0,8% в Жамбылской области до $T_{уб}$= 7,1% в г. Астана. В остальных регионах тренды росли, а наиболее высокие среднегодовые темпы прироста были установлены в 4 регионах: Костанайской ($T_{пр}$=+8,1%), Акмолинской ($T_{пр}$=+8,4%), Южно-Казахстанской ($T_{пр}$=+8,5%) и Павлодарской ($T_{пр}$=+9,0%) областях.

Далее были определены уровни распространенности врожденных пороков ССС, на основе которых составлена картограмма (рис. 2) и определены следующие группы областей:

Таблица 1 — **Среднегодовые показатели врожденных аномалий системы кровообращения в Казахстане по регионам за 2003-2011 гг.**

Область / город	P	m	95% ДИ		Тпр, %
Атырауская	142,8	4,3	134,5	151,1	+0,7
Жамбылская	145,2	2,5	140,4	150,1	−0,8
Карагандинская	153,9	2,2	149,5	158,3	+0,7
Актюбинская	159,7	0,9	158,0	161,4	+0,2
Астана	163,2	11,8	140,1	186,3	−7,1
КЗО	166,9	8,5	150,1	183,6	−5,7
Костанайская	172,8	13,1	147,1	198,4	+8,1
СКО	179,1	4,3	170,6	187,5	+1,0
Мангистауская	180,9	5,4	170,3	191,4	+1,0
Алматинская	187,9	4,6	179,0	196,9	−2,6
Республика	**208,6**	**4,3**	**200,1**	**217,1**	**+2,0**
Павлодарская	215,2	16,4	183,1	247,3	+9,0
ВКО	218,8	3,9	211,1	226,5	+0,8
ЗКО	232,0	8,2	215,9	248,0	+3,8
ЮКО	239,7	22,6	195,4	283,9	+8,5
Акмолинская	312,8	20,9	271,9	353,7	+8,4
Алматы	345,9	11,1	324,0	367,7	−3,3



Области: 1. Акмолинская, 2. Актюбинская, 3. Алматинская, 4. Атырауская, 5. ВКО, 6. Жамбылская, 7. ЗКО, 8. Карагандинская, 9. Костанайская, 10. КЗО, 11. Мангыстауская, 12. Павлодарская, 13. СКО, 14. ЮКО

Рисунок 2 – Картограмма распространенности врожденных аномалий системы кровообращения в Казахстане за 2003-2011 гг.

1. С низкими показателями (до 171,8$^0/_{0000}$) – Атырауская (142,8$^0/_{0000}$), Жамбылская (145,2$^0/_{0000}$), Карагандинская (153,9$^0/_{0000}$), Актюбинская (159,7$^0/_{0000}$), Кызылординская (166,9$^0/_{0000}$) области и г. Астана (163,2$^0/_{0000}$);

2. Со средними показателями (от 171,8 до 230,3$^0/_{0000}$) – Костанайская (172,8$^0/_{0000}$), Северо-Казахстанская (179,1$^0/_{0000}$), Мангыстауская (180,9$^0/_{0000}$), Алматинская (187,9$^0/_{0000}$), Павлодарская (215,24$^0/_{0000}$) и Восточно-Казахстанская (218,8$^0/_{0000}$) области;

3. С высокими показателями (от 230,3$^0/_{0000}$ и свыше) – Западно-Казахстанская (232,0$^0/_{0000}$), Южно-Казахстанская (239,7$^0/_{0000}$), Акмолинская (312,8$^0/_{0000}$) области и г. Алматы (345,9$^0/_{0000}$).

Выявленные региональные особенности распространенности врожденных аномалий системы кровообращения рекомендуются использовать в проведении целенаправленных мероприятий по дальнейшему улучшению лечебно-диагностических мероприятий данной патологии в Казахстане. Дальнейшее углубленное изучение данной проблемы, установление причинно-следственных связей будут приоритетными научными направлениями наших перспективных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бржезовский М.М. Методологические аспекты изучения факторов риска неинфекционных заболеваний у детей // Педиатрия. – 1990. – №3. – С. 67-72

2 Колосовская Е.Н. Эпидемиология иммунодефицитных состояний у детей раннего возраста: Дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2001. – 212 с.

3 Демикова Н.С., Лапина А.С., Кобринский Б.А. Эпидемиология врожденных пороков развития в Российской Федерации. Сборник материалов конференции «Современные достижения генетических исследований: клинические аспекты»: – Ростов – на – Дону, 2004. – С. 24-25

4 Власов В.В. Эпидемиология: Учеб. пос. для вузов. – М., 2004. – 464 с.

5 Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – СПб., 2005. – 752 с.

6 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л., 1974. – 384 с.

7 Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М.; 1999. – 460 с.

8 Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике // Здрав. Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.С. ИГІСІНОВ[1,2,3], Б.С. ДҮЙСЕНБАЕВА[3], Р.И. РАХИМЖАНОВА[3], Т.Б. ДАУЫТОВ[4], З.А. БИЛЯЛОВА[1], Э.С. ЕЛШІБАЕВА[4]

[1]«Central Asian Cancer Institute» ҚБ, Астана қ.,
[2]«Жарақаттану мен ортопедияның ҒЗИ» ШЖҚ РМК, Астана қ.,
[3]«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.,
[4]«Ұлттық кардиохирургиялық ғылыми орталық» АҚ, Астана қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ҚАН АЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНІҢ ТУА БІТКЕН АНАМАЛИЙДІҢ ТАРАЛУЫНЫҢ ӨҢІРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Кіріспе. Қан айналым жүйесінің туа біткен анамалийдің таралуының жиілігін зерттеудің ғылыми және тәжірибелік қызығушылығы бар. Қан айналым жүйесінің туа біткен анамалийдің таралуының эпидемиологилық деректері денсаулық сақтау органдарына мақсатқа бағытталған басқарушылық шешімдерді қабылдауға мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты: Қазақстанда қан айналым жүйесінің туа біткен анамалийдің таралуын өңірлік дәрежеде сараптау.

Материалдар мен әдістер: Зерттеудің материалдары ретінде емдеу ұйымдарында тіркелген қан айналым жүйесінің (Q20-Q28) туа біткен анамалийдің (даму сатыларының) саны туралы деректер (жылдың 12 форма) демеу болды. Орташа жылдық мәндер (P), орташа қате (m), сенімділік интервал (95% ДИ) және өсудің/кемудің ($Т_{пр/уб}$, %) орташа қарқындары [6, 7] есептелінді. 1974 жылы профессор Игісінов ұсынған картограмманы құрудың әдісі қолданылды.

Қорытындылар: Жалпы республика бойынша таралу көрсеткіштерінің динамикасында өсуге деген тенденцияның

бар екендігін көрсетеді, теңестірілген көрсеткіштердің өсуінің орташа жылдық қарқынының өсуге деген тенденциясының бар екендігі анықталды. Өңірлердегі трендтердің әр түрлі тенденциялары бар. Кеңістіктік-уақытша баға берілді және картограммаға арналған осы патологияның таралу дәрежелері анықталды: орташа көрсеткіш – 171,8$^0/_{0000}$ дейін, орташа – 171,8 мен 230,3$^0/_{0000}$ дейін, жоғарғы – 230,3$^0/_{0000}$ және одан жоғары. Жоғары көрсеткіштер Ақмола облысы мен Астана қаласында анықталған.

Сөйтіп, жүргізілген зерттеу осы патологияның республикадағы нақты көрінісін береді және оның уақыт бойынша өзгеруін сипаттайды, оны денсаулық сақтау менеджерлерінің жұмысында пайдалануға кепілдеме беріледі.

Негізгі сөздер: *қан айналым жүйесінің туа біткен анамалийі, таралуы, трендтер, картограмма.*

S U M M A R Y

N.S. IGISINOV[1, 2,3], B.S. DUYSENBAYEVA[3], R.I. RAHIMZHANOVA[3], T.B. DAUTOV[4], Z.A. BILYALOVA[1], E.S. YELSHIBAYEVA[4]

[1]Central Asian Cancer Institute, Astana c.,
[2] Republican State Enterprise on the Right of Economic Jurisdiction "Research Institute of Traumatology and Orthopedics", Astana c.,
[3] Astana Medical University JSC, Astana c.,
[4] National Scientific Cardiac-Surgery Center JSC, Astana c., Kazakhstan

REGIONAL FEATURES OF THE PREVALENCE OF CONGENITAL ABNORMALITIES OF THE BLOOD CIRCULATORY SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Introduction. Studying the prevalence of congenital abnormalities of the blood circulatory system is of scientific and practical interest. As the epidemiological data of the prevalence of congenital abnormalities of the blood circulatory system enable the health authorities to take well-directed management decisions.

The aim of the study: the analysis of the prevalence of congenital abnormalities of the blood circulatory system in Kazakhstan at the regional level.

Materials and Methods: The material for investigation was the data on congenital abnormalities (malformations) of the blood circulatory system (Q20-Q28), registered in the medical organizations (annual form 12). The average values (P), the mean error (m), the confidence interval (95% CI) and the average annual rate of growth / decline ($T_{g/d}$, %) [6, 7] were calculated. A method of making cartograms proposed by Professor S.I. Igisinov in 1974 was used.

Results: It was found that in the whole country, in the dynamics, the prevalence tended to increase, so the average annual growth rate of aligned indicators tended to grow. The trends in the regions had different tendency.

The space-time assessment was given and the prevalence rates of this disease were determined for the cartogram: low – up to 171.8$^0/_{0000}$, average – from 171.8 to 230.3$^0/_{0000}$, high – from 230.3$^0/_{0000}$ and over. High rates are determined in Akmola region and Astana.

Thus, this study gives a clear idea of this disease in the country and characterizes it changes over time, which is recommended for use in the work of the health care managers.

Key words: *congenital abnormalities of the blood circulatory system, prevalence, trends, cartogram.*

УДК 616.12-008.46-085:615.22

Г.А. ДЖУНУСБЕКОВА, А.Х. ИСАБЕКОВА, А.У. КОНЫСБЕКОВА, Б.С. КУТТЫБАЕВА, Д.М. МЕКЕБЕКОВА

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЙБОТЕНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Данная статья представляет совместную работу сотрудников отдела кардиологии и отдела функциональной диагностики НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК.

Представлен краткий обзор о кардиопротекторах и их роли в терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Дана информация об экзогенном фосфокреатинине Лайботен. Оценены эффективность и безопасность терапии данным препаратом. Представлены данные изменений ряда показателей кардиогемодинамии, качества жизни. Терапия Лайботеном показала положительную динамику структурно-функциональных показателей миокарда левого желудочка. Также нами отмечено преобладающее влияние Лайботена на значимое повышение ключевых показателей качества жизни.

Ключевые слова: *ХСН, терапия, препарат Лайботен, кардиопротекторы.*

В настоящее время в патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН) ведущая роль отводится гиперактивации нейрогормональных систем: симпатико-адреналовая система, ренин-ангиотензин-альдостероновая система. Однако современные исследования показали, что при ХСН в условиях хронической тканевой гипоксии помимо нейрогуморальных расстройств существуют и другие адаптационно-дезадаптационные процессы, оказывающие существенное влияние на кардиомиоциты и миокард в целом, тем самым способствуя изменениям структуры и функции сердца как насоса и прогрессированию заболевания. В 90-х годах XX столетия возник интерес к препаратам, способным поддерживать энергетику миокарда на уровне, обеспечивающем насосную деятельность сердца [1]. Вопрос о целесообразности и эффективности применения средств метаболической терапии в настоящее время является одним из наиболее дискутабельных как в научной медицинской среде, так и в практическом здравоохранении. С одной стороны, сама концепция метаболической терапии, подразумевающая непосредственное воздействие на обменные процессы на тканевом и клеточном уровнях, по–прежнему является очень интересной и перспективной, а с другой – ряд лекарственных средств, отнесенных к гетерогенной группе метаболических препаратов, к сожалению, не продемонстрировал

ожидаемых результатов ни в условиях клинических испытаний, ни в реальной клинической практике [2]. Оптимальный цитопротектор должен обладать как энергооптимизирующими (кислородсберегающими), так и антиоксидантными свойствами, позволяющими корригировать ключевые патогенетические звенья морфофункциональных нарушений миокарда при ишемии [3]. Известный рывок в лечении органных гипоксических поражений начался после внедрения в клиническую практику препаратов экзогенного фосфокреатина. Фосфокреатин, который содержится в нормальных кардиомиоцитах в высокой концентрации, следует рассматривать как один из естественных факторов стабилизации клеточных мембран. Исчезновение его из кардиомиоцитов при ишемии может являться одной из причин дестабилизации и повреждения их мембран. На основании значительных по объему и разносторонних экспериментальных исследований было показано, что экзогенный фосфокреатин, вводимый в кровь в больших дозах, оказывает существенное влияние на энергетику, структурную целостность мембран ишемических кардиомиоцитов и их сократительную функцию. На фоне действия экзогенного фосфокреатина происходит уменьшение функциональных проявлений ишемии миокарда, аритмогенной активности ишемического очага, избыточной активации ПОЛ [4]. В современных экспериментальных исследованиях прямой кардиопротекторный механизм действия установлен почти у 2000 молекул. В группу кардиометаболических протекторов включают лекарственные вещества, способные, с одной стороны, позитивно влиять на клеточный метаболизм, ионный гомеостаз, структуру и функцию мембран клеток, а с другой – препятствовать развитию их повреждения и реперфузии [5]. Сегодня под метаболической терапией в кардиологии понимают улучшение энергетического метаболизма кардиомиоцита (КМЦ) путем фармакологического управления процессами образования и переноса энергии на уровне самого КМЦ без влияния на перфузию сердечной мышцы и гемодинамические параметры (частота сердечных сокращений (ЧСС), пред– и постнагрузка) [6]. Как известно, необходимым условием нормального функционирования «исполнительных» клеток сердечной мышцы является поддержание должного (то есть соответствующего их потребностям) уровня синтеза, транспорта и утилизации АТФ – универсального носителя энергии в клетке. Исходными веществами, из которых в миокарде путем биохимического превращения с участием кислорода (окисления) образуется АТФ, являются захватываемые КМЦ из кровотока свободные жирные кислоты и глюкоза. Из жирных кислот (ЖК) вырабатывается 60–80% АТФ, из глюкозы – 20–40% (в том числе без участия кислорода, то есть путем анаэробного гликолиза – менее 10%). При этом образование АТФ через окисление глюкозы требует на 10–30% меньше кислорода, чем образование АТФ из ЖК. Поддержание стабильной концентрации АТФ в условиях ее постоянного потребления клеткой обеспечивается ее перманентным рефосфорилированием за счет креатинфосфата. Поэтому поддержание внутри клетки стабильного соотношения креатинфосфат/АТФ отражает адекватность энергетического метаболизма КМЦ [7].

Таблица 1 – **Клиническая характеристика групп больных с ХСН II-III ФК в зависимости от назначенной медикаментозной терапии**

Критерий	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)	Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	p
Возраст (годы)	50,75±3,09	54,95±2,74	0,16
Мужчины (n, %)	14 (70%)	12 (60%)	0,74
Частота ИМ (n, %)	8 (40%)	12 (60%)	0,54
Частота АГ (n, %)	13 (65%)	15 (75%)	0,78
Частота СД (n, %)	4 (20%)	6 (30%)	0,66
ИМТ (кг/мl)	34,5 ±1,43	32,9±0,8	0,63
ОТ (см)	97,1±6,31	94,1±7,01	0,54
Исход. САД (мм рт.ст.) Исход. ДАД (мм рт.ст.)	142,2±10,83 93,6±11,1	148,4±11,34 90,1±10,18	0,17 0,46
ЧСС (уд./мин.)	85,1±10,4	83,7±8,7	0,41
Холестерин (ммоль/л)	5,1±1,23	5,2±1,89	0,65
ЛПНП (ммоль/л)	2,49±0,33	2,56±0,35	0,69
ТГ (ммоль/л)	1,09±0,59	1,33±0,68	0,76
Глюкоза (ммоль/л)	5,03±0,56	5,31±0,29	0,53
Креатинин (мкмоль/л)	91,6±13,56	93,3±12,33	0,73

В последние десятилетия научный поиск фармакологов, фармацевтов и клиницистов был направлен на синтез, создание и внедрение в медицинскую практику кардиопротекторов – средств, которые успешно устраняют нарушения клеточного метаболизма, ионного гомеостаза и функций мембран КМЦ, предупреждая развитие необратимых процессов в миокарде. И на сегодняшний день метаболическая терапия полноправно заняла ведущее место в схемах лечения сердечно-сосудистой патологии, войдя в международные рекомендации [6, 8, 9, 10].

Цель настоящего исследования – оценка клинической эффективности Лайботена (производитель «Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD) у больных с ХСН. Задачами данного исследования являлись оценка динамики клинических показателей больных ХСН на фоне терапии Лайботеном эхокардиографии (ЭхоКГ), ФК по NYHA, шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), Миннесотского опросника качества жизни, 6-минутного теста ходьбы.

Материал и методы

В исследование включено 40 больных (26 мужчин, 14 женщин) с ХСН II-III ФК по NYHA, находящихся на стационарном лечении. Критериями включения являлись: амбулаторные и стационарные пациенты обоего пола в возрасте 45-70 лет; пациенты с хронической сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA и фракцией выброса менее 45%, со стабильной клинической картиной заболевания; отсутствием применения препаратов, влияющих на метаболизм миокарда в течение 3 месяцев до начала терапии. Все больные были рандомизированы методом «случайных конвертов» на 2 группы по 20 пациентов: основную и контрольную. Состав обеих групп был сопоставим по возрасту, полу, ИМТ, ОТ, ЧСС, клиническому АД пациентов, составу липидного спектра, уровням креатинина, базальной глюкозы крови, а также тяжести течения основного заболевания, применяемым дозам базисной терапии, сопутствующей патологией (артериальная гипертония, сахарный диабет) (табл. 1).

Пациенты обеих групп получали базисную терапию, включающую ИАПФ, бета-блокаторы, диуретик, антиагрегант. Кроме того, в основной группе больным дополнительно к базисной терапии назначался Лайботен в дозе 2 г 2 раза в день в течение 14 дней. В контрольной группе

Таблица 2 – **Динамика клинических показателей групп больных хронической сердечной недостаточностью на фоне лечения с учетом назначенной медикаментозной терапии**

Показатель	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)		Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	
	исходно	в динамике	исходно	в динамике
ИМТ (кг/мl)	27,3±8,49	26,9±7,9	28,1±4,91	27,5±9,51
ОТ (см)	96,1±7,37	92,7±6,88	95,3±6,26	91,9±8,12
Исход. САД Исход. ДАД (мм рт.ст.)	146,2±9,83 92,1±12,0	127,8±7,65* 88,4±7,0	141,2±12,34 88,2±9,78	130,1±7,11* 85,9±8,12
ЧСС (уд./мин.)	85,1±10,2	64,8±6,72*	81,6±6,7	66,4±7,13*
Глюкоза (ммоль/л)	5,13±0,49	5,17±0,54	5,31±0,89	5,26±0,33
Креатинин (мкмоль/л)	92,6±16,55	87,5±12,44	94,3±14,31	83,2±11,51
ШОКС (баллы)	8,76±3,8	1,68±4,2*#	9,01±3,12	2,8±2,68
Миннесотский опросник КЖ	23,2±9,24	11,6±5,2*#	22,7±9,02	13,7±6,98
6-минутный тест	171,25± 19,61	236,7±16,29	118,75±2,29	202,7±19,1 *
ФК по NYHA	2,9±0,68	2,1±0,45*	2,75±0,44	2,0±0,81*
Примечание: исходные значения показателей сопоставимы по группам; * – различия значимы (p<0,05) в сравнении с исходными параметрами; # – – различия значимы (p<0,05) в сравнении с показателями группы А.				

Таблица 3 – **Динамика показателей качества жизни на фоне различных комбинаций медикаментозных препаратов в подгруппах больных со стрессиндуцированных течением АГ**

Показатель (баллы)	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)		Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	
	исход	через 3 мес.	исход	через 3 мес.
Физическое функционирование	64,2±15,3	68,2±22,5	65,8±15,3	69,9±19,3
Общее здоровье	38,7±22,3	42,3±23,2	33,5±13,2	41,2±25,4
Жизнеспособность	44,7±15,4	48,7±13,9	42,2±15,7	51,7±14,3*
Примечание: исходные значения показателей сопоставимы по группам; * – различия значимы (p<0,05) в сравнении с исходными параметрами; # – – различия значимы (p<0,05) в сравнении с показателями группы А.				

пациенты получали базисную терапию без назначения каких-либо метаболических препаратов. Пациентам при поступлении в стационар и через 14 дней после начала лечения в проводили ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторные исследования. Эхокардиографическое исследование выполняли на аппарате «Vivid 7» фирмы General Electric (США) по стандартной методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE) [11]. При выписке из стационара, через 14 дней терапии, определяли изменение клинического статуса, толерантность к физической нагрузке по тесту с 6-минутной ходьбой, а также проводили Миннесотский опросник качества жизни. Наибольшее использование для диагностики функционального состояния у больных ХСН получил тест 6-минутной ходьбы. Тест позволяет оценить уровень повседневной активности больных, а его результаты хорошо коррелируют с показателями качества жизни, кроме того, их можно использовать в качестве дополнительных критериев оценки эффективности лечения и реабилитации больных. Дистанции более 550 м за 6 мин преодолевают только здоровые люди (ФК 0 по NYHA), 6-минутная дистанция больных ХСН I ФК составляет от 426 м до 549 м, а ХСН II ФК –301 м – 425 м. Для пациентов III и IV ФК по NYHA 6-минутная дистанция не превышает, соответственно, 300 м и 150 м [12]. Балльная оценка шкалы клинического состояния больного с ХСН (ШОКС) (модификация Мареева В.Ю., 2000), включающая 10 вопросов по симптомам заболевания, составила 7,31±3,34 балла, что в среднем соответствует третьему ФК ХСН. Согласно нормативам максимально больной с ХСН может набрать 20 баллов (терминальная ХСН); 0 баллов – полное отсутствие признаков ХСН; I ФК ≤ 3 баллов; II ФК 4–6 баллов; III ФК 7–9 баллов; IV ФК > 9 баллов [13]. Применение Миннесотского опросника качества жизни больных с ХСН, предназначенного для оценки степени ограничения возможности пациента за последний месяц (лучшее качество жизни – 0 баллов; худшее качество жизни – 105 баллов), продемонстрировало ухудшение показателей качества жизни обследованных больных ХСН – 23,2±11,24 балла [14]. Тест 6-минутной ходьбы у пациентов составил 226,46±72,82 метра, что также соответствует в среднем третьему ФК.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Данные представлены в виде M±σ. Достоверными считали различия при p<0,05.

Результаты и обсуждение

За время наблюдения было отмечено значимое улучшение клинического состояния больных в обеих группах, что обусловлено комплексным лечением хронической сердечной недостаточности. В процессе лечения приверженность к лечению составила 100%, что позволило оценить результаты терапии у всех больных. При опросе больных об изменении самочувствия на фоне лечения, большинство пациентов высказали мнение об улучшении состояния, только двое больных (по одному в каждой группе) оценили свое состояние как “без изменений”. Каких-либо побочных эффектов в процессе лечения не наблюдалось. Так динамический анализ клинических показателей групп на фоне назначенной медикаментозной терапии продемонстрировал значимое сопоставимое снижение систолического артериального давления и частоты сердечной сократимости, обусловленное скорее наличием в составе базисной терапии бета-блокаторов и ИАПФ (табл. 2).

Анализ в динамике клинических характеристик больных ХСН по группам в зависимости от получаемой терапии (табл. 2) показал значимое снижение в обеих группах ФК по NYHA, Миннесотского опросника качества жизни и показателя 6-минутного теста ходьбы. Аналогичная динамика отмечена в отношении шкалы ШОКС, отражающей выраженность у больного с ХСН 10 основных симптомов заболевания. Результаты теста с 6-минутной ходьбой продемонстрировали достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке на фоне применения Лайботена. Средний показатель проходимой дистанции в ходе 6-минутной ходьбы в контрольной группе составил 236,7±16,29 м при исходном значении 171,25±19,61 м (p=0,005), в основной группе – 202,75±19,09 м при исходном показателе – 118,75±2,29 м (p<0,05). Анализ показателей качества жизни по опроснику SF-36 у больных ХСН показал тенденцию к улучшению большинства показателей на фоне приема обеих исследуемых схем препаратов, а также значимое повышение ключевых показателей качества жизни (табл. 3).

Сравнительный анализ результатов ЭхоКГ-исследования на фоне терапии показал положительную динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка: толщины межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда левого желудочка, соотношению периодов раннего и позднего наполнения ЛЖ (табл. 4).

При оценке результатов переносимости и эффективности терапии по группам выявлены значимое преобладание лиц с высокой переносимостью, меньшая частота пациентов с низкой переносимостью терапии на фоне приема Лайботена, а также преобладание больных ХСН, отметивших хорошую эффективность терапии (табл. 5).

Выводы

У пациентов с ХСН II-III функциональных классов по NYHA на фоне приема Лайботена («Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD) отмечаются следующие значимые различия клинических показателей: снижение клинических проявлений ХСН по шкале ШОКС; лучшие показатели качества жизни по Миннесотскому опроснику; достоверное уменьшение темпа дезадаптивного ремоделирования миокарда. Включение в состав базового лечения больных с хронической сердечной недостаточностью прямого кардиопротектора Лайботена обуславливает статистически значимое увеличение толерантности к физическим нагрузкам. Кроме того, на фоне названной терапии выявлена положительная динамика структурно-функциональных показателей миокарда левого желудочка. Также отмечено преобладающее влияние Лайботена на значимое повышение ключевых показателей качества жизни.

Таблица 4 – **Сравнительная динамика показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка**

Показатель	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)		Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	
	исход	через 3 мес.	исход	через 3 мес.
ТМЖПд (см)	1,33±0,04	1,29±0,05*	1,30±0,06	1,25±0,03*
ТЗСЛЖд (см)	1,22±0,051	1,13±0,038	1,16±0,06	1,21±0,04
КДР (см)	5,3±0,65	4,95±0,62	5,4±0,67	4,92±0,28
КСР (см)	3,98±0,84	3,06±0,87	3,93±0,82	3,08±0,17
КДО (мл)	128,1±26,1	114,9±18,01	125,23±21,14	109,13±22,1*
КСО (мл)	41,1±11,4	38,2±11,9	39,8±11,2	38,12±9,53
УО (мл)	84,04±12,14	87,12±13,23	79,12±13,16	89,1±11,22*
МО (л/мин)	5,7±0,13	5,6±0,39	5,9±0,3	5,8±0,12
ФВ (%)	59,1±6,11	62,4±5,15	60,5±7,27	62,9±7,12
ΔS (%)	33,6±3,13	35,7±5,33	34,1±4,25	35,9±4,15
ИММЛЖ (г/м^2)	126,2±11,33	116,5±10,03*	124,5±14,23	114,1±11,16*
Е (см/с)	79,5±9,84	83,6±13,12	74,5±13,4	87,7±11,41*
А (см/с)	68,8±10,12	62,2±11,43	72,2±2,35	63,12±1,72
Е/А	1,01±0,27	1,13±0,26	1,02±0,18	1,22±0,11*

Примечание: исходные значения показателей сопоставимы по группам;
* – различия значимы (p<0,05) в сравнении с исходными параметрами;
# – различия значимы (p<0,05) в сравнении с показателями группы А.

Таблица 5 – **Переносимость и безопасность терапии кардиометаболиком у больных ХСН**

Показатели		Контрольная группа (базовая терапия, n=20)	Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)
Переносимость терапии	высокая	11 (55%)	18 (90%)*
	удовлетв.	5 (25%)	2 (10%)
	низкая	4 (20%)	0*
Эффективность терапии	хорошая	12 (60%)	17 (85%)*
	удовлетв.	8 (40%)	3 (15%)
	неудовлетв.	-	-

Примечание: * – значимое различие между группами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шилов А.М., Осия А.О., Еремина И.В., Черепанова Е.В. Возможности применения препаратов с метаболической направленностью (триметазидин) при лечении хронической сердечной недостаточности // Русский медицинский журнал. – 2010. – №25. – С. 14-93

2 Житникова Л.М. Метаболическая терапия, или кардиопротекция – как необходимый компонент комбинированной терапии сердечно-сосудистых заболеваний // Русский медицинский журнал. – 2012. – №4

3 Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Свободнорадикальные процессы в норме и при патологических состояниях. – М.: РКНПК МЗ РФ, 2001

4 Горчакова Н.А., Гудивок Я.С., Гунина Л.М. и др. Фармакология спорта / под. общ. ред. С.А. Олейника, Л.М. Гуниной, Р.Д. Сейфуллы. – К.: Олимп. Л-ра, 2010. – 649 с.

5 Туровская Т.В Современные аспекты применения метаболической терапии у больных с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией //Артериальная гипертензия. – 2012. – №6 (26)

6 Лишневская В.Ю. Метаболическая терапия при ИБС – из прошлого в будущее // Consilium medicum, Ukraina. – 2008. – №1

7 Cargnoni A., Pasini E., Ceconi C. et al. Insight into cytoprotection with methabolic agents // Eur. Heart J. – 1999. – Vol. 1. – P. 40–48

8 Амосова Е.Н. Метаболическая терапия поврежденний миокарда, обусловленных ишемией. Новый подход к лечению ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности // Укр. кардиол. журнал. – 2000. – № 4. – С.86–92

9 Lee L., Horowitz J., Frenneaux M. Metabolic manipulation in ischaemic heart disease, a novel approach to treatment // Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 25. – P. 634–641

10. Садовникова И.И. Кардиопротекторы. Недооцененные возможности // РМЖ. – 2009. – Т.17, № 18. – С. 1132–1135

11 Henry W.L., DeMaria A., Gramiak R. et al. Report of the American Society of Echocardiography Committee on Nomenclature and Standarts in Two-dimensional Echocardiography //Circulation. – 1980. – Vol. 62. – P. 212-223

12 Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. К вопросу о классификации хронической сердечной недостаточности на рубеже веков // Сердечная недостаточность. – 2000. – Том 2. – №3

13. Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). www.cardiosite.ru

14. Rector Th., Cohn J. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-mind, placebo-controlled trial of pimobendan //Am Heart J. – 1992. – 124 (4). – 1017-1024

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.А. ЖҮНІСБЕКОВА, А.Х. ИСАБЕКОВА, А.У. ҚОНЫСБЕКОВА, Б.С. ҚҰТТЫБАЕВА, Д.М. МЕКЕБЕКОВА

ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК КЕМІСТІГІНЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ЛАЙБОТЕНДІ ҚОЛДАНУ

Зерттеу мақсаты. СЖК науқастарында Лайботеннің клиникалық тиімділігін бағалау (өндіруші «Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD)

Материал мен әдістер. Зерттеу NYHA бойынша СЖК II-III ФК стационарлық емдеуде жатқан 40 науқасты (26 ер адамды, 14 әйел адамды) қамтыды. Қамту критерийлері мыналар болды: екі жыныстың да 45-70 жастағы стационарлық және амбулаториялық науқастары; NYHA бойынша I-III ФК созылмалы жүрек кемістігі мен шығару фракциялары 45%-дан кем, тұрақты клиникалық ауру көрінісі бар науқастар; терапияның басталуына дейін 30 ай бойы миокард метаболизміне әсер ететін препараттардың қолданылмауы. Барлық науқастар «кездейсоқ конверттер» әдісімен 20 науқастан 2 топқа рандомизирленді: негізгі және бақылау. Екі топтың құрамы да жасы, жынысы, ДСИ, ОТ, ЖЖЖ, науқастардың АД, липидттік спектр құрамы, креатинин деңгейі, қанның базальды глюкозасы, сондай-ақ ілеспе патологиясымен (артериялық гипертония, қант диабеті), базистік терапия дозаларында қолданылатын негізгі ауруының ауыртпалығы салыстырмалы болды.

Зерттеу нәтижелері. Лайботенді қабылдау жағдайында («Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD) функциялық кластарының NYHA бойынша СЖК II – III шалдыққан науқастарда клиникалық көрсеткіштердің келесідей мәнді айырмашылықтары байқалды: ШОКС шәкілі бойынша СЖК клиникалық көрінулерінің төмендеуі; Миннесотск сауалнамасы бойынша өмір сапасыныңы ең үздік көрсеткіштері; миокардттың дезадаптивті ремодельдеу екпінің анық төмендеуі..

Қорытынды. Созылмалы жүрек кемістігіне шалдыққан науқастарды базалық емдеу құрамына лайботеннің тура кардиопротекторын қосу физикалық жүктемелерге төзімділіктердің статистикалық мәнді ұлғаюын шарттайды. Сонымен қатар, аталған терапия аясында сол қарынша миокардының құрылымдық-функционалды көрсеткіштерінің оң динамикасы анықталды. Сондай-ақ Лайботеннің өмір сапасының негізі көрсеткіштерін айтарлықтай жоғарылатуға басым әсері анықталды.

Негізгі сөздер: *СЖК, терапия, Лайботен препараты, кардиопротекторлар.*

S U M M A R Y

G.A. DZHUNUSBEKOVA, A.Kh. ISABEKOVA, A.U. KONYSBEKOVA, B.S. KUTTYBAYEV, D.M. MEKEBEKOVA

Research Institute of Cardiology and Internal Diseases of MH of the RoK, Almaty c.

LAIBOTEN USE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE (CHF)

The purpose of the study. Evaluation of LAIBOTEN clinical efficacy (manufacturer “Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD”) in patients with CHF.

Material and methods. The 40 patients (26 men, 14 women) with chronic heart failure of II-III NYHA functional class underwent in-patient treatment were included into the study. The inclusion criteria were: outpatient and hospital patients of both sexes aged 45-70 years; patients with chronic heart failure of II-III NYHA functional class and with ejection fraction less than 45% and a stable clinical picture of the disease; absence of drugs use that affect the metabolism of myocardium for 3 months prior to initiation of therapy. All patients were randomized by the "random envelopes" into 2 groups of 20 patients: the main and control group. The composition of both groups were comparable in age, sex, BMI (body mass index), WC (waist circumference), HR (heart rate), clinical BP (blood pressure) of patients, the composition of lipid profile, creatinine levels, basal blood glucose, as well as the severity of the primary disease, used doses of basic therapy, concomitant diseases (hypertension, diabetes diabetes).

The results of the study. There are noted the following significant differences in clinical indicators of patients with CHF of II – III NYHA functional class while taking LAIBOTEN (“Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD”): reduction of clinical manifestations of chronic heart failure on a scale SHOKS; better quality of life for Minnesota questionnaire; a significant decrease of the rate of maladaptive myocardial remodeling.

Conclusion. The inclusion in the structure of basic treatment of patients with chronic heart failure the direct cardioprotector LAIBOTEN causes a statistically significant increase in exercise tolerance. Moreover, a positive dynamics of structural and functional parameters of the left ventricular myocardium were revealed on a background of entitled therapy. Also the predominant influence of LAIBOTEN on the significant increase of the key indicators of quality of life was noted.

Key words: *chronic heart failure, therapy, drug LAIBOTEN, cardioprotectors.*

УДК 616.7/54.18

М.К. АБЕЕВ
Городская клиническая поликлиника №20, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХОНДРОКСИД В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В данной статье рассматривается применение хондроксида в комплексной терапии больных при заболеваниях соединительной ткани, коллагенозах, васкулитах, болезнях суставов. Хондроксид в лечении болевого синдрома дает терапевтический результат, исчезновение боли и улучшение качества жизни.

Ключевые слова: *заболевание хрящевой и соединительной ткани, синовиит, васкулит, ревматоидный артрит, хондроитина сульфат.*

Хронические заболевания соединительной ткани проявляются главным образом прогрессирующим воспалением суставов. Несмотря на определенные успехи медицинских лечебно-диагностических технологий, эти заболевания в странах СНГ имеют тенденцию к росту [1].

Проблема системного заболевания соединительной ткани весьма актуальна, ибо эта патология наблюдается у среднего возраста и лиц молодого работоспособного возраста. К сожалению, в большинстве случаев поражение соединительной ткани выявляется при случайном обследовании по поводу различных заболеваний. Несмотря на отсутствие ярких проявлений, заболевания соединительной ткани опасны из-за тенденции к прогрессированию [2].

Наиболее распространенная иммуно-генетическая теория иммунной системы ревматоидного артрита, предполагающая наличие генетически обусловленного дефекта иммунной системы. Связь с аутоиммунными нарушениями, в первую очередь с ревматоидным факторами (антителами к иммуноглобинам) и иммунокомплексными процессами, которые приводят к развитию синовиита, а в ряде случаев генерализованного васкулита. Деформацию суставов при ревматоидном артрите связывают с образованием и разрастанием в синовиальной оболочке грануляционной ткани, которая постепенно разрушает хрящ и субхондральные отделы костей, а затем и костного анкилоза [3].

Прогноз в отношении заболеваний соединительной ткани не так уж безнадежен, особенно при условии своевременной адекватной противовоспалительной и метаболической терапии. Кроме того, заболевания соединительной ткани, как правило, сопровождаются выраженными расстройствами метаболизма, белковосинтетической функции печени, нарушением жирового и углеводного обменов.

Однако необходимо признать, что проблема лечения многих болезней соединительной ткани далека от разрешения, а сам лечебный процесс при этих заболеваниях зачастую и в отдельных случаях вызывает у врачей чувство отчаянии.

Хотя на фармацевтическом рынке представлено обилие обезболивающих и противовоспалительных препаратов, тормозящих разрушение хрящевой и соединительной ткани и стимулирующих восстановление хрящевой ткани, ни один из них в полной мере не способен решить все задачи в терапии коллагенозов. Поэтому для повышения ее эффективности эти средства часто применяют в различных комбинациях.

Клинический опыт показывает, что заболевания хрящевой и соединительной ткани проявляются стойким артритом (обычно полиартритом) с ранним и предпочтительным вовлечением пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и плюсне-фаланговых суставов. В принципе могут поражаться практически все периферические суставы. Характерны ощущение утренней скованности, боль, припухлость суставов, гиперемия тканей над ними, симметричность артрита. Типично постепенное или подострое начало болезни с волнообразными колебаниями выраженности симптомов, медленным, но неуклонным прогрессированием артрита, вовлечением все новых суставов.

Иногда ревматоидный артрит длительное время может проявляться моноартритом крупного, чаще коленного сустава. Известен также вариант острого начала болезни, при котором, помимо поражения суставов, отмечаются высокая лихорадка и внесуставные проявления (серозиты, кардит, гепатолиенальный синдром и т.д.) [4].

Развернутая стадия болезни характеризуется деформирующим артритом. Особенно типичны деформации пястно-фаланговых (сгибательные контрактуры, подвывихи) и проксимальных межфаланговых суставов (сгибательные контрактуры), так называемая ревматоидная кисть, плюсне-фаланговых суставов (молоточковидная форма пальцев, их подвывихи, плоскостопие), составляющие понятие ревматоидные стопы.

Лечение при отсутствии внесуставных проявлений начинают с подбора нестероидных противовоспалительных средств: ибупрофен в дозе 1200-400 мг/день, индометацин (100-150 мг/сут), вальтарен (100-150 мг/сут.), их принимают длительно. Одновременно в наиболее пораженные суставы вводят кортикостероидные препараты (гидрокортизон, кеналог). Кортикостероиды внутрь при отсутствии внесуставных проявлений необходимо назначать как можно реже. Обычно лишь при выраженных болях в суставах, не купирующихся нестероидными противовоспалительными препаратами и внутрисуставным введением кортикостероидов, в небольших дозах (преднизолон, гидрокортизон, дипроспан) на небольшой срок и в сочетании с базисными средствами, позволяющими впоследствии уменьшить дозу гормонов и полностью их отменить. Кортикостероиды абсолютно показаны при наличии высокой лихорадки, генерализованного васкулита. Иммунодепрессанты являются препаратами выбора при наличии ярких внесуставных проявлений.

В комплексной терапии при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника (остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава, спондилоартроза, остеохондроза, остеопороза, хейроартропатии) хорошо зарекомендовал себя препарат хондроксид. Основным действующим веществом комплексного препарата хондроксид является хондроитин сульфат, который выделяют из хрящевой ткани трахеи крупнорогатого скота. Это вещество влияет на фосфорно-кальциевый обмен в хрящевой ткани, за-

медляет резорбцию костной ткани, тормозит процесс дегенерации хрящевой ткани, препятствует уплотнению соединительной ткани и играет роль дубликанта суставных поверхностей [4]. Нормализует продукцию суставной жидкости, улучшает подвижность суставов, необходим для воспроизведения основного вещества костной и хрящевой ткани. Хондроитин сульфат защищает хрящ от повреждений и способствует ресинтезу его матрикса. При применении препарата замедляется прогрессирование остеопороза, нормализуется обмен гиалина, он стимулирует регенерацию суставного хряща, уменьшает выраженность воспаления и боли в пораженных суставах, улучшает качество жизни больного.

Цель исследования – оценка эффективности препарата Хондроксид в комплексной терапии больных при системных заболеваниях соединительной ткани.

Материал и методы

В ходе проводимого комплексного лечения в амбулаторных условиях, в период с января по декабрь 2012 г. наблюдались больные, васкулитом коленных, тазобедренных суставов и мелких суставов кистей (дистальные и проксимальные). Всего 21 пациент, из которых 8 мужчин и 13 женщин в возрасте от 53 до 69 и старше. Наличие заболевания у пациентов установлено на основании объективных методов, рентгенологических исследований, некоторые из них ранее обследовались в условиях Городского ревматологического центра г. Алматы. У всех пациентов через 6 месяцев лечения отмечалось достоверное уменьшение боли. Оценка эффективности лечения проводилась по общепринятым на сегодняшний день критериям оценки лечения врачом и пациентом.

Результаты и обсуждение

Для анализа степени функциональной способности коленных и тазобедренных суставов применялся индекс Лейкена. Уровень боли можно было оценить как умеренный у 8 пациентов и выраженный у остальных больных. Средняя оценка боли по ВАШ составила 6,04±1,42 балла.

Все пациенты применяли внутрь хондроксид таблетки в дозе 0,5 г 2 раза в сутки в течение 6 мес. Следует учесть, что терапевтическое действие препарата сохраняется в течение 3-5 месяцев после его отмены в зависимости от локализации и стадии заболевания. При необходимости возможно проведение повторных курсов лечения, продолжительность которых определяется индивидуально.

После окончания курса применения хондроксида проводили повторную оценку перечисленных параметров. Наиболее заметно изменялись показатели боли и скованности: достоверно снизилась средняя оценка боли по ВАШ, показатели индекса Лекена достоверно уменьшились на 2 ступени: от резко выраженной до выраженной. Потребность в приеме НПВП у 17 (80%) пациентов, принимавших их исходно, снизилась в 1,5 раза; 4 (19%) пациента отказались от приема НПВП, а 6 (28%) перешли к эпизодическому приему обезболивающих препаратов.

Выводы

Применение хондроксида внутрь обеспечивает более быстрое насыщение организма хондропротекторами, а также более выраженным клиническим эффектом. В результате лечения у всех пациентов достоверно уменьшились боль и скованность в пораженных суставах, улучшилось их функциональное состояние, что позволило снизить дозу, а иногда и полностью отменить принимаемые больными НПВП. Препарат хондроксид обладает хорошей переносимостью и высокой безопасностью, является одним из эффективных хондропротекторов, и его применение занимает важное место в комплексной терапии ОА коленных суставов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворецкий Л.И. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: руководство для практикующих врачей. – М.: ЛитТерра, 2003. – 976 с.

2. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза // РМЖ. – 2003 г. – Т 11, № 4. – С. 201-205

3. Martel-Pelletier J, Lajeunesse D, Pelletier JP; Etiopathogenesis of osteoarthritis. In Arthritis and Allied Conditions // A Textbook of Rheumatology. – Edited by; Koopman WJ, Moreland LW, Baltimore; Lippincott, William Wikins; 2005. – P. 2199-2296

4. Носонова В.А., Алексеева В.И., Архангельская Г.С. и др. Хондроитин сульфат при лечении остеоартроза: патогенетическое обоснование и клиническая эффективность // Терапевтический архив. – 2001. – № 11. – С. 87-89

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.К. АБЕЕВ

№20 қалалық клиникалық емхана, Алматы қ.

ХОНДРОКСИД ДӘРІСІН ҚОСУ ТКАНЬДАРЫНЫҢ ЖҮЙЕЛІК АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕ НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІК ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ

Қосу тканьдарының созылмалы аурулары негізінде буындардың ілгеріндік қабынуымен пайда болады.

Зерттеудің мақсаты – Хондроксид дәрісін қосу тканьдарының жүйелік аурулары кезінде науқастарды кешендік емдеуде қолданудың тиімділігін бағалау.

Материал мен әдістер: 2012 жылдың қаңтары мен желтоқсаны арасында тізе, жамбас-сан буындарының және білектің кішкентай буындарындағы васкулиті бар 21 науқас қаралды. Барлық науқастарда емдеудің 6 айынан кейін аурудың елеулі азаюы байқалды. Емдеу тиімділігін бағалау бүгінгі таңдағы бағалаудың ортақ қабылданған өлшемдері, дәрігермен және науқаспен емдеу бойынша жүргізілді.

Нәтижелер мен талқылау: Тізе және жамбас-сан буындарының функционалдық қабілеттілігінің дәрежесінің сараптамасы үшін Лейкен индексі қолданылды. Аурудың дәрежесін 8 науқаста баяу және науқастардың қалғандарында айқын деп бағалауға болады. ВАШ бойынша аурудың орташа бағасы 6,04±1,42 балды құрады. Науқастардың барлығы Хондроксид таблеткаларын тәулігіне 2 рет 0,5 граммнан 6 ай ішінде қабылдады. Қажеттілікке байланысты емдеу курсы қайталанды да. Курс аяқталғаннан кейін ауру мен қақсаудың көрсеткіштерінің қайталама бағасы жүргізілді, Лекен индексінің көрсеткіштері 2 сатыға анық азайды.

Шешімдер: Хондроксидті ішке қабылдау ағзаның хондропротекторлармен жылдам қануын қамтамасыз етті. Дәріні қабылдау тізе буынының ОА кешендік емдеу кезінде маңызды орынға ие.

Негізгі сөздер: *шеміршек және қосу тканьдарының аурулары, синовиит, васкулит, ревматоидтық артрит, хондроитин сульфаты.*

S U M M A R Y

M.K. ABEYEV

City clinical hospital No.20, Almaty c.

USE OF THE DRUG CHONDROXIDE IN THE COMPLEX THERAPY OF PATIENTS IN SYSTEMIC CONNECTIVE TISSUE DISEASES

Chronic connective tissue diseases occur mainly as progressive inflammation of joints.

The aim of the study was to assess the effectiveness of the drug “Chondroxide” in the complex therapy of patients with systemic connective tissue diseases.

Material and methods: 21 patients with vasculitis of knee joints, hip joints and small joints of the hands were observed during the period from January to December 2012. The presence of the disease in patients was determined on

the basis of objective methods, X-ray examinations. In all the patients after 6 months of treatment, there was a significant reduction in pain. The assessment of the effectiveness of the treatment was conducted according to the generally accepted current assessment criteria of the treatment by the doctor and patient.

Results and discussion: Lequesne index was used to analyze the degree of functional ability of the knee and hip joints. The level of pain could be assessed as moderate in 8 patients and severe in the rest of the patients. The average pain score on the VAS was 6,04 ± 1,42. All the patients took the tablets of Chondroxide orally at the dose of 0.5 g, 2 times a day for 6 months. The courses of treatment repeated, if required. After the completion of the course, the pain and stiffness were reassessed: a decreased average pain score on the VAS was determined, Lequesne index figures significantly decreased by 2 points.

Conclusions: Oral use of Chondroxide provides a faster saturation of the body chondroprotectors. The use of the drug has an important place in the complex therapy of osteoarthrosis of the knee.

Key words: *disease of cartilaginous and connective tissues, synovitis, vasculitis, rheumatoid arthritis, chondroitin sulfate.*

Проф. И.В. МАЕВ[1], проф. А.А. САМСОНОВ[1], д.м.н. А.О. БУЕВЕРОВ[2], С.А. КОЧЕТОВ[1]
[1]МГМСУ, [2]ММА имени И.М. Сеченова

МЕСТО ПРОКИНЕТИКОВ В ПОСЛЕДНИХ АЛГОРИТМАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

Статья посвящена вопросам диагностики функциональной диспепсии, возникающие в результате нарушений процессов моторной активности желудочно-кишечного тракта. Обсуждаются актуальные вопросы патогенеза, дифференциальной диагностики диспепсических проявлений функционального и органического генеза, описываются современные подходы к терапиии. Особое внимание уделено роли прокинетиков в коррекции диспепсических явлений, их месту в современных международных рекомендациях, приводятся современные схемы, алгоритмы диагностики и терапии указанной патологии и ее рефрактерных форм.

Ключевые слова*: диспепсия, функциональная диспепсия, гастрит, прокинетики, Ганатон.*

Ранее под понятием «диспепсия» (диспепсический синдром), от греческого – «плохое пищеварение», понимался комплекс симптомов, свидетельствующий о нарушении пищеварительной функции желудка (желудочная диспепсия) или кишечника (кишечная диспепсия). В настоящее время понятие функциональная диспепсия (ФД) приобрело несколько иной смысл, смысл нозологической единицы, функционального заболевания ЖКТ, получившей в МКБ 10 шифр К 30 – Диспепсия.

Вопрос о функциональных заболеваниях ЖКТ имеет богатую историю, знающую периоды и расцвета, и практически абсолютного отрицания существования функциональных заболеваний ЖКТ в XVIII, XIX веке, в 50–е годы XX века. Причем данная ситуация наблюдалась как в нашей стране, так и за рубежом. Это не странно. Всегда, когда отсутствует морфологическое подтверждение, диагноз болезни считался и считается сомнительным и требует всестороннего скрупулезного анализа с привлечением всех возможных средств диагностики. Вместе с тем, в конце XIX в., в добавление к морфологической концепции патологических процессов Г. Морганьи, К. Рокитанского, Р. Вирхова, пришла и функциональная теория – концепция невроза как причины многих функциональных нарушений в организме и в первую очередь в ЖКТ, основывалась на исследованиях выдающихся физиологов И.П. Павлова, И.М. Сеченова, И.Т. Курцына и др. В настоящее время понятие функциональной патологии вновь возрождено и наполнено конкретным содержанием, соответствующим современному уровню медицинских знаний. Решением Всемирного конгресса гастроэнтерологов, проходившего в 1988 г. в Риме, создан постоянно действующий комитет по функциональным заболеваниям ЖКТ. Согласно решению согласительного совещания по функциональным расстройствам желудочно–кишечного тракта, состоявшегося в 1999 г. в Риме (Римские критерии II), синдром ФД включен в группу функциональных гастродуоденальных расстройств [1].

Распространенность жалоб диспепсического характера в западной популяции составляет 13–40% больных гастроэнтерологического профиля [2]. Тем не менее при наличии широкого спектра расстройств, существенно ухудшающих качество жизни пациентов, в значительной части случаев признаков органического поражения верхних отделов желудочно–кишечного тракта (ЖКТ) выявить не удается, и в этом случае пациенту выставляется диагноз **функциональной диспепсии.** Следует отметить, что обследование и лечение данных пациентов в большинстве случаев сопряжены со значительными трудностями и расходами.

На последнем заседании Международной рабочей группы по изучению проблем функциональных желудочно–кишечных расстройств, известном как Римский консенсус III (2006), ФД определяется как комплекс клинических симптомов (боли или ощущение жжения в эпигастральной области либо чувство раннего насыщения и переполнения в подложечной области), возникающих в период не менее чем за 6 мес. до постановки диагноза и отмечающихся в течение последних 3 мес. [3]. На основании указанных жалоб по преобладающей клинике выделяется **два основных синдрома**: синдром эпигастральной боли (язвенноподобная форма по Римским критериям II) и постпрандиальный дистресс–синдром (дискинетическая форма по Римским критериям II).

Диагноз ФД ставится методом исключения в тех случаях, когда в результате проведенного обследования (ЭГДС и морфологическое исследование) отсутствуют какие–либо органические, системные или метаболические заболевания, способные объяснить данные проявления [4].

Распространенность ФД колеблется на уровне 30–50%, практически одинаково, как в странах Запада, так и восточном регионе земного шара. У женщин ФД встречается в два раза чаще, чем у мужчин, а пик обращаемости с диспепсическими жалобами приходится на возраст 35–45 лет. Высокая частота диспепсических расстройств среди населения обусловливает повышенный интерес ведущих гастроэнтерологов мира к этой проблеме.

Анализируя данные международной конференции гастроэнтерологов и гепатологов 2010 (International Conference on Gastroenterology and Hepatology 2010), проходившей в Таиланде, следует заметить, что у пациентов с ФД наряду с перечисленными признаками имеет место симптоматика, характерная для других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Так, симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) встречаются у 7-20% пациентов ФД, а синдром раздраженного кишечника (СРК) – у 8-50% больных. Наличие данной патологии не исключает ФД, а служит поводом для постановки нескольких самостоятельных диагнозов и применения соответствующей диагностической и терапевтической тактики.

На сегодняшний день **ФД рассматривается как гетерогенное расстройство с многообразными этиопатогенетическими механизмами.** Согласно Talley N.J., Choung R.S., 2009 [5], выделяют следующие этиологические факторы развития ФД:

- наследственность – GN.3β cc генотип;
- наличие нарушений моторной функции желудка и кишечника;
- инфекция H. pylori;
- психосоциальные факторы.

В России провоцирующими факторами развития данного заболевания являются кроме указанных употребление алкоголя, курение, а также прием НПВП (антибиотиков, теофиллина, препаратов наперстянки и др.).

Главную роль в формировании симптомов ФД, по D. Drossman (1999) [6, 7, 8, 9], играют нарушения двигательной функции верхних отделов ЖКТ. У 75% больных функциональной диспепсией выявляются различные нарушения гастродуоденальной моторики:

- замедление эвакуаторной функции желудка;
- снижение частоты и амплитуды перистальтики желудка;
- нарушение антродуоденальной координации;
- ослабление постпрандиальной моторики антрального отдела;
- нарушение рецептивной и адаптивной релаксации желудка, что приводит к нарушению распределения пищи внутри желудка и вызывает чувство быстрого насыщения;
- нарушения циклической активности желудка в межпищеварительном периоде – тахи–, брадигастрия, антральная фибрилляция.

Обсуждается также и роль кислотно–пептического фактора, желудочной гиперсекреции как вероятного фактора патогенеза, особенно при болевой форме ФД.

Исследованиями висцеральной чувствительности установлено, что у больных с ФД наблюдается снижение порога чувствительности рецепторного аппарата стенки желудка к его растяжению – так называемая **висцеральная гиперчувствительность.** Наличие данного патологического состояния нервно–мышечного аппарата желудка свидетельствует о нарушении сенсорных и афферентных связей между мозгом и ЖКТ. У пациентов с ФД также часто имеются особенности психосоциального статуса, выражающиеся в наличии повышенного уровня тревожности, хронического стресса, депрессивности, снижения психологической адаптации, невротические и ипохондрические реакции. Отличительной особенностью является то, что все перечисленные симптомы тесно связаны с проявлениями ФД, нередко провоцируют их появление, исчезают после соответствующей медикаментозной коррекции или изменения обстановки, в которой находится больной. Известно, что острая стрессовая реакция может оказывать тормозящее действие на моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (функциональный гастро– и дуоденостаз).

Следует иметь в виду, что в России, в отличие от других стран, диагноз ФД ставится достаточно редко. Если у больного в процессе обследования не выявляются заболевания, входящие в группу органической диспепсии (язвенная болезнь, ГЭРБ, опухоли желудка), то ему, как правило, выставляется диагноз хронического гастрита. Разграничение этих двух понятий является непростым вопросом как для отечественных, так и зарубежных гастроэнтерологов. Прежде всего надо иметь в виду, что «клинический» диагноз гастрита, т.е. диагноз без морфологического исследования гастробиоптатов, практически не имеет смысла, ведь жалобы, – а это, как правило, симптомы диспепсии, – носят в большинстве случаев функциональный характер, не сопровождаясь морфологическими изменениями, которые составляют суть гастрита.

Следует сказать, что проблеме функциональных заболеваний желудочно–кишечного тракта посвящено значительное количество зарубежных и отечественных исследований, тем не менее до недавнего времени, продолжают существовать различные мнения относительно терминологии, этиопатогенеза и лечения ФД.

В целом лечение пациентов с ФД строится по традиционному плану для пациентов с патологией ЖКТ: диетические рекомендации, рекомендации по режиму и образу жизни, медикаментозная и немедикаментозная терапия.

В настоящее время на основании принципов доказательной медицины разработана **стратегия ведения больных, которые впервые обратились с диспептическими жалобами,** предопределяющая соблюдение следующих пунктов:

- необходимость получения доказательств связи симптомов с верхними отделами ЖКТ;
- исключить «симптомы тревоги», которые требуют добросовестного дообследования пациентов, с целью выявления более тяжелой скрытой патологии;
- исключить прием ацетилсалициловой кислоты или других НПВП;
- при наличии типичных рефлюксных симптомов необходимо поставить предварительный диагноз ГЭРБ и назначить лечение;
- целесообразным является неинвазивное определение H. pylori, и при положительном ответе необходимо провести эрадикацию пилорического хеликобактера – стратегия «test and treat»;
- больным с «симптомами тревоги» или в возрасте старше 40–45 лет обязательна ЭГДС.

Указанные принципы легли в основу последних алгоритмов ведения пациентов с ФД, которые были разработаны международной группой экспертов с участием российских специалистов, обсужденных и предложенных к использованию на международной конференции по вопросам гастроэнтерологии и гепатологии, проходившей в январе 2010 г. в Таиланде [10]. Так, для врачей общей практики был предложен несколько упрощенный алгоритм ведения больного ФД (рис. 1).

В первую очередь при регистрации у пациента диспепсических жалоб необходимо исключать так называемые симптомы тревоги, которые включают немотивированное похудение, повторяющуюся рвоту, кровотечение (рвота

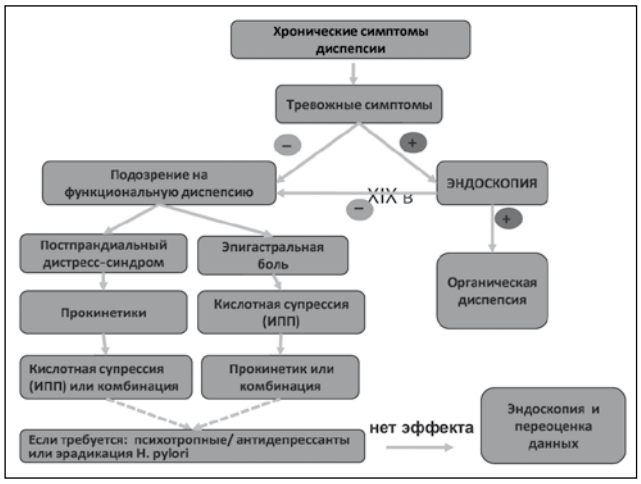


Рисунок 1 – Алгоритм диагностики и лечения ФД, рекомендованный врачам общей практики (семейным врачам) на консультативном совете по вопросам ФД и препарату Ганатон (Чанг–Май, Таиланд, 29 января 2010 г.)

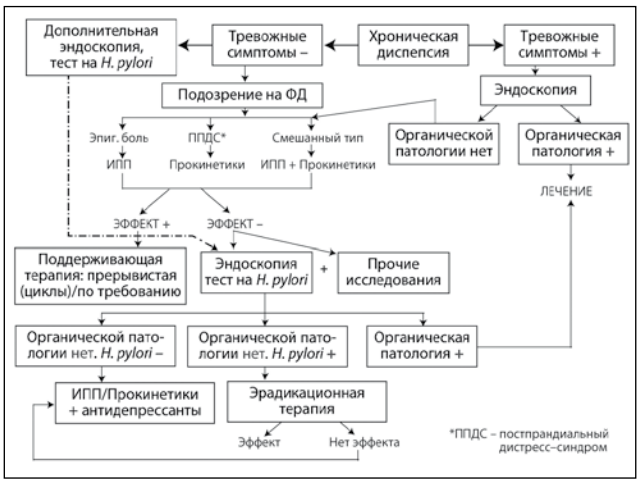


Рисунок 2 – Алгоритм диагностики и лечения ФД, принятый для гастроэнтерологов, терапевтов-консультантов и хирургов на консультативном совете по вопросам ФД и препарату Ганатон (Чанг–Май, Таиланд, 29 января 2010 г.)

кровью или «кофейной гущей», мелена, гематохезия), дисфагию, лихорадку. Это связано прежде всего с тем, что ФД при наличии симптомов тревоги маловероятна, а недооценка их важности крайне опасна для прогноза. Данным пациентам независимо от возраста необходимо безотлагательное проведение эндоскопического исследования (ФЭГДС) верхних отделов желудочно–кишечного тракта с прицельной биопсией и морфологическим изучением биопсийного материала. В случае обнаружения органической причины диспепсии (эрозивно–язвенные или опухолевые изменения) устанавливается соответствующий диагноз. При отсутствии таковых формулируется диагноз ФД и проводится лечение в зависимости от клинического варианта синдрома в соответствии с указанным алгоритмом.

Несмотря на то, что накопленные на сегодняшний день данные не дают основания считать хеликобактерную инфекцию значимым этиологическим фактором в развитии диспепсических явлений, **проведение эрадикационной терапии способствует исчезновению симптомов ФД у 25% пациентов.** В регионах с высокой инфицированностью H. pylori, к которым относится и Россия, оправдана стратегия «test and treat», когда производятся неинвазивное определение H. pylori и последующая эрадикация. Если и после данных процедур эффект не достигнут, необходимо повторное проведение ФЭГДС с последующей переоценкой результатов, что и отражено в алгоритме для гастроэнтерологов и других специалистов, занимающихся больными ФД (рис. 2) [10].

В соответствии с указанным алгоритмом при подозрении на ФД и отсутствия симптомов тревоги, а также данных за наличие какой-либо органической патологии необходимо начало фармакотерапии заболевания.

В России в качестве медикаментозной терапии ФД в основном назначают антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы, реже – H_2-блокаторы рецепторов гистамина), антациды, прокинетики либо их комбинации. При этом следует отметить, что положительный ответ на прием ИПП наблюдается чаще у пациентов с явлениями эпигастральной боли. При отсутствии эффекта от проводимой терапии целесообразно назначение препаратов с анксиолитическим действием и антидепрессантов.

Учитывая, что основным патогенетическим механизмом возникновения симптомов функциональной диспепсии является дискинезия желудка и двенадцатиперстной кишки, в основном по гипокинетическому типу, обязательным компонентом лечения при любых клинических формах диспепсии (а при постпрандиальной диспепсической форме – терапией выбора) являются современные **прокинетики.** Среди препаратов с прокинетическим действием в настоящее время наиболее широкое распространение получили антагонисты допаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон), стимуляторы $5HT_4$-рецепторов (мозаприд) и новый прокинетик с двойным комбинированным механизмом действия итоприда гидрохлорид **(Ганатон).**

Фармакологические эффекты антагонистов допаминовых рецепторов метоклопрамида и домперидона связаны с блокадой допаминовых рецепторов. Препараты повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливают сократительную способность желудка и препятствуют его релаксации, ускоряют эвакуацию из желудка, а также оказывают противорвотный эффект, который обусловлен подавлением активности хеморецепторных триггерных зон. Однако при применении метоклопрамида достаточно часто встречаются побочные эффекты (до 10–20%), которые проявляются в виде экстрапирамидных нарушений, гиперпролактинемии, галактореи, нарушения менструального цикла и гинекомастии. При применении домперидона данные побочные эффекты встречаются реже и выражены в меньшей степени.

Цизаприд – стимулятор ацетилхолиновых и $5HT_4$-серотониновых рецепторов, оказывающий прокинетическое действие на верхние и нижние отделы ЖКТ, в настоящее время из-за выраженных побочных эффектов (желудочковые аритмии, остановка сердца, внезапная смерть в связи с синдромом удлиненного интервала QT) запрещен к применению в ряде стран, в том числе и России. При этом он продолжает использоваться в некоторых странах Азиатско-Тихоокеанского региона.

Учитывая необходимость у больных ФД длительного применения средств, регулирующих моторику желудка и двенадцатиперстной кишки, наиболее предпочтительными являются средства, не обладающие побочными эффектами, свойственными метоклопрамиду, например итоприда гидрохлорид (Ганатон). Ганатон – новый препарат с двойным комбинированным механизмом действия – представляет собой антагонист допаминовых рецепторов

Рисунок 3 – Алгоритм ведения пациента с функциональной диспепсией и рефрактерным синдромом абдоминальной боли [12]

Рисунок 4 – Алгоритм ведения пациента с ФД и рефрактерной тошнотой/рвотой [12]

и блокатор ацетилхолинэстеразы. Препарат активизирует высвобождение ацетилхолина, одновременно препятствуя его деградации. Итоприда гидрохлорид обладает минимальной способностью проникать через гематоэнцефалический барьер, не влияет на продолжительность интервала QT и не взаимодействует с лекарственными препаратами, метаболизирующимися ферментами системы цитохрома Р–450, в том числе ингибиторами протонной помпы I поколения, часто применяемыми при ФД. Итоприда гидрохлорид оказывает также выраженное противорвотное действие, усиливает пропульсивную моторику желудка и ускоряет его опорожнение.

Безусловно, использование итоприда при ФД предпочтительнее из-за минимального спектра побочных эффектов в терапевтическом диапазоне доз (50 мг, 3 раза/сут.), а лечение ФД должно быть длительным, не менее месяца. Все это делает итоприда гидрохлорид препаратом выбора при ФД, что и подтверждено многочисленными мультицентровыми исследованиями эффективности данного препарата у больных ФД.

Яркой иллюстрацией этого факта являются данные последнего крупного проспективного мультицентрового исследования, проведенного в Китае в 2010 г. [11], в котором участвовало 585 пациентов. Его результаты свидетельствуют о высокой клинической эффективности данного препарата у больных ФД (на уровне 75%) , а также его хорошей переносимости. Итоприд гидрохлорид эффективно стимулировал сократительную способность желудка, ускорял его опорожнение, устраняя антродуоденальную дискоординацию, т.е. нормализуя тонус и координацию моторики ЖКТ.

Что же касается случаев ФД с рефрактерным течением, то на Международном консультативном совете по ФД (Таиланд, 2010) были предложены конкретные алгоритмы ведения подобных пациентов (рис. 3) [12]. Так, пациентам с некупируемым эпигастральным болевым синдромом при неэффективности предшествующей традиционной терапии после исключения патологии передней брюшной стенки (миозита и др.) рекомендуется назначение антидепрессантов, основываясь на тех фактах, что рефрактерное течение ФД часто сопровождается наличием выраженной тревоги, явлений депрессии, панических и ипохондрических расстройств. Добавление антидепрессантов к терапии помогает купировать аффективные расстройства, а также ускоряет исчезновение соматической боли. Пациентам, у которых рефрактерный абдоминальный болевой синдром вызван ФД, рекомендуется начинать терапию с трициклических антидепрессантов (амитриптилин 5–50 мг; $\geq$6 нед.). При недостаточном клиническом эффекте показано проведение компьютерной томографии органов брюшной полости, исследование абдоминального кровообращения, исключение абдоминальной ишемии. В случае же отсутствия у пациента указанной патологии целесообразно дальнейшее продолжение терапии антидепрессантами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин 75–100 мг или дулоксетин 65 мг $\geq$6 нед.) или гибридных средств (миртазапин), которые назначают внутрь, перед сном, в дозе 15–45 мг/сут. в зависимости от степени наблюдаемых терапевтических и побочных эффектов. Коррекция дозы возможна после 1–2 нед. наблюдения. Общая длительность лечения может продолжаться до 6 мес. Указанные препараты действуют как нейромодуляторы, обладая анальгетическим эффектом, в основном из–за улучшения сна и в меньшей степени, снижая порог болевой чувствительности. Эффективность их несколько выше, чем трициклических антидепрессантов, а число побочных эффектов значительно меньше.

Не менее важной проблемой наряду с рефрактерной абдоминальной болью, связанной с ФД, является рефрактерная желудочная диспепсия, и в первую очередь, жалобы на постоянную или периодическую тошноту и рвоту. В этой связи представляет интерес алгоритм ведения пациентов ФД и рефрактерной тошнотой/рвотой, также представленный на консультативном совете по ФД стран Юго–Восточной Азии с участием России (рис. 4) [12].

Следует отметить, что данные жалобы встречаются чаще у молодых людей и особенно мучительны в утренние часы, усиливаясь при волнении и резких колебаниях атмосферного давления. Несмотря на то, что рефрактерная рвота – довольно редкая ситуация в клинической практике, круг дифференциальной диагностики при ней весьма велик. В первую очередь следует исключить медикаментозный генез. Второе по частоте место занимают механическая обструкция различных отделов ЖКТ, заболевания центральной нервной системы и, наконец, функциональные нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, явления первичной и вторичной псевдообструкции.

Согласно предложенному алгоритму, терапия больных с рефрактерной тошнотой и/или рвотой требует в первую очередь исследования эвакуаторной функции желудка и ДПК. Пациентам с задержкой желудочной эвакуации показано назначение эритромицина в дозе 200 мг 3 раза/

сут., стимулирующего перистальтику антрального отдела желудка и тонкой кишки через мотилин–зависимый механизм. Следует отметить, что после 4 нед. применения его эффект, как правило, ослабевает. При отсутствии улучшения от проводимой терапии эритромицином целесообразно проведение рентгенографии тонкого кишечника. Если данные за наличие органической патологии отсутствуют, то в качестве препаратов второй линии пациентам показано назначение прокинетиков (итоприда гидрохлорид по 50 мг, 3 раза/сут. на срок от 2 нед. до месяца). Это оправданно, поскольку у пациентов с ФД и рефрактерной тошнотой и/или рвотой ведущим этиопатогенетическим фактором является нарушение моторно–эвакуаторной функции желудка и кишечника.

При отсутствии ответа на проводимую терапию прокинетиками необходимо проведение повторного исследования желудочной эвакуации с последующей переоценкой результатов. При отсутствии патологии, согласно рекомендациям J. Tack., 2010, возможно начало терапии трициклическими антидепрессантами. При наличии эвакуаторных нарушений, например, при диабетическом гастропарезе, и отсутствии эффекта от прокинетиков возможно применение ботулотоксина или проведение процедур электростимуляции желудка.

В целом, рассматривая предложенные алгоритмы диагностики и лечения больных ФД, в том числе с рефрактерным течением, совершенно очевидно, что вопрос эффективной коррекции моторных расстройств при данной функциональной патологии верхних отделов ЖКТ является весьма актуальным. В этой связи прокинетики по праву подтверждают свою роль как препараты выбора на разных этапах лечения больных при любых клинических формах диспепсии, особенно при постпрандиальном дистресс-синдроме. Однако следует помнить, что ФД неоднородна, поэтому оценку и поиск причин рефрактерности симптомов диспепсии следует проводить с позиций их возможной психогенной природы и своевременно обращаться за помощью к психологу или психотерапевту. Вегетативная дистония, которая, в свою очередь, отражает полиморфные нарушения в центральной регуляции висцеральных функций, является универсальной для функциональных заболеваний пищеварительной системы в целом и желудка в частности. Как известно, синдром вегетативной дистонии характерен для любого невроза. Пищеварительная относится к самым реактогенным системам по отношению к экзогенным воздействиям, что было многократно доказано работами школы И.П. Павлова и множеством психофизиологических исследований последующих десятилетий.

Следует учитывать, что более точное определение патофизиологических вариантов ФД предполагает разработку новых лекарственных препаратов и новых подходов к лечению таких пациентов. При этом следует понимать, что каждый пациент уникален и к каждому больному ФД необходим индивидуальный подход, а представленные здесь алгоритмы призваны облегчить выработку оптимального варианта лечения больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Talley T.J., Stanghellini V., Heading R.C. et al Functional gastroduodenal disoders – Rome II: Amultinational consensus Document on functional gastrointestinal disorders // Gut. – 1999. – Vol. 45 (Suppl. 11). – P. 1137-1142

2 Маев И.В., Самсонов А.А. Болезни двенадцатиперстной кишки. М.МЕДпресс-информ. – 2005. – 512 с.

3 Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. – 2006. – Vol.130. – P. 1466–1479

4 Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. Витебск: Издательство ВГМУ, 2006.–160 с.

5 Talley N.J. Choung R.S. J. Gastroenterology and Hepathology, 24 (2009), Supl. 3; s. 20–28

6 Шептулин А.А. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении синдрома функциональной диспепсии. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003; 1: 19–25

7 Shuster MM. Atlas of gastroentestinal motiliti in Health and Disease. Hamilton London, 2002; 472

8 Smout MD, Arrermans PhD. Normal and disturbed Motility of the gastrointestinal tract. 1992; 313

9 Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. Gastroenterology 2004; 127: 1239–55

10 Материалы консультативного совета по вопросам функциональной диспепсии и препарату Ганатон. Азиатско-Тихоокеанский регион.Тайланд, Чанг-Май, 2010

11 Qi Zhu Recent Data of Itopride in the Treatment of Functional Dyspepsia in Chinese Patients; Ganaton Regional Advisory Board Meeting Thailand 2010; 3 :1–8

12 Tack J. Update on Functional Dyspepsia; Ganaton Regional Advisory Board Meeting Thailand 2010; 2:1–15

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Проф. И.В. МАЕВ[1], проф. А.А. САМСОНОВ[1], м.ғ.д. А.О. БУЕВЕРОВ[2], С.А. КОЧЕТОВ[1]

[1]ММСУ, [2]И.М. Сеченов атындағы ММА

ФУНКЦИОНАЛДЫ ДИСПЕПСИЯ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ СОҢҒЫ АЛГОРИТМДЕРІ МЕН ЕМДЕУІНДЕГІ ПРОКИНЕТИКТЕРДІҢ РӨЛІ

Мақала асқазан жолының қозғалыс белсенділігі процесінің бұзылу нәтижесінде пайда болатын функционалды диспепсия диагностикасының мәселелеріне арналған. Патогенездің,функционалды және органикалық генездің диспепсиялық көрінулерінің нақты диагностикасының көкейкесті мәселелері талқыланып, терапияның заманауи жолдары сипатталады. Диспепсиялық құбылыстарды түзетудегі прокинетиктердің рөліне, олардың заманауи халықаралық ұсыныстардағы орнына ерекше назар аударылады, заманауи сұлбалар, диагностика алгоритмдері мен аталған патология мен оның рефрактерлік түрлерінің терапиясы келтіріледі .

Негізгі сөздер: *диспепсия, функционалды диспепсия, гастрит, прокинетиктер, Ганатон.*

S U M M A R Y

Prof. I.V. MAYEV[1], Prof. A.A. SAMSONOV[1], A.O. BUYEVEROV[2] M. D., S.A. KOCHETOV[1]

[1]Moscow State Medical Stomatological University,

[2]I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

PLACE OF PROKINETICS IN RECENT DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ALGORITHMS OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA

The article is devoted to the questions on the diagnosis of functional dyspepsia arising as a result of disorders in the processes of the motor activity of the gastrointestinal tract. Topical issues of the pathogenesis, differential diagnosis of dyspeptic symptoms of the functional and organic genesis are discussed; current approaches to the therapy are described. Particular attention is paid to the role of prokinetics in the correction of dyspeptic symptoms, their place in the contemporary international recommendations; the current schemes, diagnostic and therapeutic algorithms for this disease and its refractory forms are provided.

Key words: *dyspepsia, functional dyspepsia, gastritis, prokinetics, Ganaton.*

УДК 616.314-002-085

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА
Стоматологическая клиника «Орбита Дент», г. Алматы

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПОЛИМЕНИРОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Полученные данные в результате проведенного исследования 30 человек в возрасте от 20 до 50 лет с диагнозом: хронический генерализованный пародонтит легкой и средней степени тяжести, показали, что использование препарата полиминерол в комбинации с линкомицином в комплексном лечении данного заболевания оказался более эффективен по сравнению со стандартной схемой лечения с применением метрогил геля.

***Ключевые слова**: хронический генерализованный пародонтит, полименирол, линкомицин.*

Проблема лечения больных с патологией пародонта по-прежнему остается актуальной. Воспалительные процессы в тканях пародонта приводят к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств. При этом отмечается устойчивая тенденция к росту тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта во всех возрастных группах. Высокая распространенность заболевания, недостаточная эффективность лечения, отсутствие гарантированной системы профилактики являются главной причиной изучения этиологии, патогенеза, диагностики и поиска новых методов лечения [1, 2].

В связи с этим наше внимание привлек природный минералсодержащиий лекарственный препарат для местного применения в стоматологии полименирол. Действие полименирола обусловлено свойствами компонентов, входящих в состав щелочи Поморийского озера (макро- и микроэлементы, их соли, коллоидные вещества). Мы посчитали возможным провести исследование по усилению противовоспалительного действия полименирола в стоматологической практике в комбинации с линкомицином. Полиминерол оказывает местное противовоспалительное действие, уменьшает проницаемость кровеносных сосудов, стимулирует фагоцитоз, улучшает регенерацию тканей, оказывает местное анальгезирующее действие. Линкомицин – антибиотик, наиболее часто применяемый в стоматологии в связи с его высокими остеотропными свойствами и способностью местного избирательного воздействия на ткани пародонта [3].

Цель настоящего исследования – определение клинической эффективности полименирола в комбинации с линкомицином при лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материал и методы

В исследовании под нашим наблюдением находилось 30 человек в возрасте от 20 до 50 лет с диагнозом: хронический генерализованный пародонтит легкой и средней степени тяжести.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – группа исследования -15 пациентов; 2 группа – контрольная – 15 пациентов.

В первое посещение после предварительной обработки полости рта антисептическим раствором Глистер и профессиональной гигиены при помощи системы «Вектор», пациентам обрабатывали зубодесневые карманы 0,1% раствором хлоргексидина. Далее у исследуемой группы местно применяли разведенный раствор полименирола с дистиллированной водой (1:4) в комбинации с 30% линкомицина гидрохлорида в виде 15-минутных аппликаций на десну, а в контрольной группе на десны накладывали лечебные повязки с содержанием мази метрогил-дента под фиксирующим покрытием.

В последующие дни пациентам обеих групп проводили при необходимости повторную обработку зубодесневых карманов 0,1% раствором хлоргексидина с последующими аппликациями соответствующего препарата для данной группы.

Предварительно всем пациентам были проведены индивидуальный подбор средств гигиены и обучение методике чистки зубов с последующим контролем с помощью диагностического препарата «Колор-тест №2» фирмы ВладМива (Россия).

Результаты и обсуждение

Для получения объективных результатов больные 1-й и 2-й групп были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности болезни, характеру и глубине поражения тканей пародонта.

Для определения эффективности проводимой терапии нами были оценены такие критерии, как индекс гигиены (ИГ) по Green-Vermillion (1960) и папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) по Parma C. (1960) в сроки до лечения, во время лечения (7-й день) и после проведенной терапии (через 1 месяц после начала лечения) [4]. Данные о ИГ у исследуемой (И) и контрольной (К) групп были занесены в таблицу 1.

По данным таблицы 1 видно, что при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести через 7 дней после начала лечения значение показателя ИГ снизилось в 4,4 раза в исследуемой группе и в 3 раза в контрольной группе по отношению к данным показателям до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение показателя ИГ было в 3,4 раза, а в контрольной группе в 2,5 раза ниже данных показателей до лечения. При лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести показатели ИГ через 7 дней после начала лечения снизились в исследуемой группе в 4,7 раза и в контрольной группе в 3,7 раза, соответственно, по отношению к данным показателям до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение показателя ИГ было ниже в 3,9 раза, а в контрольной группе в 3 раза по сравнению с данными показателей до лечения (табл. 2).

Из таблицы 2 видно, что при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести через 7 дней после начала лечения значение показателя РМА снизилось в 5,2 раза в исследуемой группе и в 3,4 раза в контрольной группе по отношению к данным показателям до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение показателя РМА было в 3,8 раза, а в контрольной группе в 2,8 раза ниже данных показателей до лечения. При лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяже-

Таблица 1 – **Сравнительная оценка значений ИГ у пациентов исследуемой и контрольной группы**

Критерии индексной оценки	Хронический пародонтит легкой степени тяжести (n=12)		Хронический пародонтит средней степени тяжести (n=18)	
	1 группа (И)	2 группа (К)	1 группа (И)	2 группа (К)
До лечения	2,76±0,12	2,66±0,10	1,39±0,14	3,60±0,19
7-й день после лечения	0,63±0,39	0,89±0,02	0,8±0,5	0,97±0,04
Через 1 месяц после лечения	0,81±0,19	1,06±0,09	0,96±0,19	1,21±0,11

Таблица 2 – **Сравнительная оценка значений индекса РМА у пациентов исследуемой и контрольной группы**

Критерии индексной оценки	Хронический пародонтит легкой степени тяжести (n=12)		Хронический пародонтит средней степени тяжести (n=18)	
	1 группа (И)	2 группа (К)	1 группа (И)	2 группа (К)
До лечения	37,58±1,76	3,61±1,88	49,22±1,6	51,05±1,61
7-й день после лечения	7,18±0,46	10,72±0,27	9,78±0,42	12,10±0,27
Через 1 месяц после лечения	9,88±0,46	13,06±1,33	11,83±2,19	14,3±1,08

сти показатели РМА через 7 дней после начала лечения снизились в исследуемой группе в 5 раз и в контрольной группе в 4,2 раза, соответственно, по отношению к данным показателям до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение показателя РМА было ниже в 4,1 раза, а в контрольной группе в 3,6 раза по сравнению с данными показателей до лечения. При этом 14 пациентов (93,3%) в исследуемой группе через 1 месяц после лечения жалоб не предъявляли, при объективном исследовании слизистая оболочка десны имела нормальную окраску, плотную консистенцию, кровоточивости не наблюдалось. У 1 больного (6,7%) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести отмечалась умеренная гиперемия десневых сосочков, сохранились жалобы на кровоточивость при чистке зубов и приеме пищи. В контрольной группе исчезновение признаков заболевания отмечалось у 11 больных (73,3%), а у 3 больных (26,7%) сохранились воспалительные явления в тканях пародонта и жалобы на зуд в деснах и кровоточивость.

Таким образом, в исследовании препарат полиминерол в комбинации с линкомицином в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести оказался более эффективен по сравнению со стандартной схемой лечения с применением метрогил-геля. Применение полиминерола в комбинации с линкомицином способствует более быстрой ликвидации проявлений воспалительного процесса, нормализации состояния тканей пародонта. Все это делает целесообразным применение препарата полиминерол в комбинации с линкомицином при лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Баимбетова А.М. Применение лекарственных средств пролонгированной формы в комплексном лечении заболеваний пародонта: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21. – Алматы, 2007. – 17 с.

2 Баяхметова А.А. Заболевания пародонта. – Алматы, 2009

3 Барер Г.М., Лемецкая Т.И. Болезни пародонта, клиника, диагностика и лечение // Учебное пособие. – М: ВУНМЦ. – 1996. – 86 с.

4 Баранникова И.А., Заславский С.А., Свирин В.В. Индексная оценка состояния тканей пародонта в процессе комплексного лечения больных с генерализованным пародонтитом // Стоматология. – 1990. – №4. – С. 17-20

ТҰЖЫРЫМ

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

«Орбита Дент» стоматологиялық клиникасы, Алматы қ.

ПАРОДОНТТЫҢ ҚАБЫНБАЛЫ АУРУЛАРЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕГІ ПОЛИМЕНИРОЛ ПРЕПАРАТЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Пародонт патологиясына шалдыққан науқастарды емдеу әлі де өзекті мәселе болып отыр.

Бұл зерттеудің мақсаты – қабынбалы пародонт ауруларына шалдыққан науқастарды емдеу кезінде полименирольды линкомицинмен үйлестірудің клиникалық тиімділігін анықтау.

Материал мен әдістер: Зерттеуде біздің бақылауымызда 20-дан 50 жасқа дейінгі созылмалы генерализацияланған жеңіл және орта дәрежедегі пародонтит диагнозы бар 30 адам болды.

Нәтижелер мен талқылаулар: Дәл нәтижелер алу үшін 1 және 2-топтағы науқастардың жасы, жынысы, ауыру ұзақтығы, пародонт тіндерінің жарақаттану сипаты мен тереңдігі салыстырмалы болды. Жүргізілген терапияның тиімділігін анықтау үшін (1960) емдеу мерзіміне дейін, емдеу мерзімінде (7-ші күн) және жүргізілген терапиядан кейін (емдеуді бастаған соң 1 айдан кейін) Green-Vermillion (1960) бойынша гигиена индексі (ГИ) және Parma C бойынша папиллярлық-маргиналды-альвеолярлық индексі (РМА) сияқты критерийлері бағаланды.

Қорытындылар: Полиминеролды линкомицинмен үйлестікте қолдану қабыну процесінің пайда болуын жылдам жоюға, пародонт тіндерін қалпына келтіруге ықпал етеді.

Негізгі сөздер: *созылмалы генерализацияланған пародонтит, полименирол, линкомицин.*

SUMMARY

I.A. SEREBRENNIKOVA

Orbita-Dent dentist's clinic, Almaty c.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF POLYMINEROL IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

The problem of treating patients with periodontal pathology is still relevant.

The aim of this study was to determine the clinical efficacy of Polyminerol in combination with Lincomycin in the treatment of patients with inflammatory periodontal diseases.

Material and Methods: In this study we observed 30 people aged 20 to 50 years with the diagnosis of mild to moderate chronic generalized periodontitis.

Results and Discussion: In order to obtain objective results, the patients of the 1st and 2nd groups were consistent with the age, sex, disease duration, nature and depth of periodontal tissue damage.

To determine the effectiveness of the conducted therapy, the criteria such as hygiene index (GI) according to Green-Vermillion (1960) and papillary-marginal-alveolar index (PMA) according to Parma, S. (1960) in the period before the treatment, during the treatment (day 7), and after the therapy conducted (1 month after the start of treatment) were evaluated.

Conclusions: The application of Polyminerol in combination with Lincomycin promotes more rapid elimination of the inflammatory process manifestations, the normalization of the condition of periodontal tissues.

Key words: *chronic generalized periodontitis, Polyminerol, Lincomycin.*

УДК 616.314-089:616.07/

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

Стоматологическая клиника «Орбита Дент», г. Алматы

ИЗВЛЕЧЕНИЕ СЛОМАННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ИЗ КАНАЛОВ КОРНЕЙ ЗУБОВ

В статье предложен алгоритм манипуляций извлечения фрагментов эндодонтических инструментов из канала корня зуба.

Ключевые слова*: эндодонтия, эндодонтические инструменты, канал корня зуба.*

Наиболее частыми ошибками в эндодонтии являются образование уступов, или ложных искусственных ходов, в канале корня зуба, либо отлом эндодонтических инструментов. Учитывая вышеизложенное, нами обращено внимание на самый трудный аспект ошибок в эндодонтии: отлом эндодонтических инструментов в корневом канале зуба. На основании проведённого клинического анализа нами установлено, что чаще всего в корневом канале зуба ломаются римеры (в 50% случаев), к-файлы и н-файлы (24%), реже – пульпоэкстракторы (16%), ещё реже – каналонаполнители (8%), очень редко – гейтс-глиддены и другие (2%) [1]. Причинами этих ошибок могут быть:

1) незнание функции эндодонтических инструментов;

2) незнание их структуры;

3) незнание правил пользования этими инструментами;

4) незнание режима работы этими инструментами;

Тем не менее, несмотря на все эти правила предосторожности, эндодонтические инструменты продолжают ломаться при работе ими в корневом канале зуба. Отлом эндодонтических инструментов вызывает стресс у стоматолога, серьёзные трудности при дальнейшем лечении зуба, вплоть до его удаления, и способствует конфликтным ситуациям, поэтому извлечение эндодонтических инструментов из каналов корней зубов актуально и представляет серьёзную проблему в стоматологии и эндодонтии, в частности.

Цель настоящей работы – повышение эффективности извлечения обломков эндодонтических инструментов из корневого канала зуба и, как следствие, качества лечения осложнённого кариеса зубов.

Методы исследования

С целью извлечения фрагментов эндодонтических инструментов из корневого канала зуба и благоприятного исхода лечения осложнённого кариеса зубов предложен алгоритм манипуляций, зависящих от расположения эндодонтического фрагмента в корневом канале зуба. Расположения отломков эндодонтических инструментов в корневом канале зуба бывают 4 видов. Первый вариант: фрагмент эндодонтического инструмента выступает из устья корневого канала зуба. Второй вариант: эндодонтический фрагмент скрыт в корневом канале зуба и находится в любой части канала зуба: в верхней трети, в средней или в приапикальной части канала, не выходя за верхушечное отверстие. Третий вариант: эндодонтический фрагмент выходит за пределы верхушечного отверстия канала корня зуба. Прежде чем приступить к извлечению фрагмента эндодонтического инструмента, необходимо определить его позицию в корневом канале зуба и сделать рентгеновский или визиографический снимок (желательно в системе 3д). При нахождении эндодонтического фрагмента в устье корневого канала, то есть свободно выступающего над устьем корневого канала зуба и визуально определяемого, необходимо для его извлечения применить глазной пинцет (прямой или угловой), либо москиты, либо крампонные щипцы. При этой клинической ситуации можно использовать и трепаны Masseran [2]. Извлечение отломков эндодонтических инструментов, полностью скрытых в корневом канале зуба, необходимо, применяя фармакологические препараты, механическое расширение корневого канала зуба и ультразвук. Расширение корневого канала необходимо произвести непосредственно до фрагмента диаметром в два и более раз шире, чем диаметр фрагмента, находящегося в корневом канале зуба. Затем продолжить расширение вокруг фрагмента до его обнажения в канале, лучше на 1/2 или более. Далее для извлечения частично или полностью обнажённого фрагмента берётся профайл или протейпер и рычагообразными движениями вывихивается этот фрагмент. При этом необходимо использовать основное правило: извлекающий инструмент должен быть диаметром больше извлекаемого (лучше в два и более раз). Это предотвращает деструкцию извлекаемого инструмента.

В искривлённых корневых каналах, особенно если фрагмент фиксировался в линии изгиба, предварительно необходимо выпрямить корневой канал. С этой целью берётся дриль и воронкообразно расширяется устье корневого канала, что обеспечивает лучший обзор

и доступ к фрагменту. Далее процедура выполняется по вышеприведённой методике. При извлечении фрагментов, выходящих за верхушку корневого канала зуба в периодонт, что встречается очень редко, необходимо использовать хирургический метод – резекцию верхушки корня вместе с фрагментом эндодонтического инструмента. Нами были проведены попытки удаления фрагментов эндодонтических инструментов из 82 зубов у 82 пациентов (по одному зубу у каждого пациента) с наличием отломков, скрытых в канале корня зуба (второй вариант). Фрагменты эндодонтических инструментов удалялись в основном (80,5%) из корневых каналов премоляров. Полное удаление фрагментов эндодонтических инструментов из канала корня зуба нами состоялось в 36 случаях из 42.

Предложенный алгоритм манипуляций извлечения фрагментов эндодонтических инструментов из канала корня зуба предусматривает выполнение следующих условий:

1) анализ положения эндодонтического фрагмента путём применения рентгенографии, визиографии, в системе 3д;

2) извлечение фрагмента проводить с учётом местонахождения его в корневом канале зуба (в устье канала, или заключённом в канале на разных уровнях, или выходящем за пределы канала корня зуба);

3) расширение корневого канала зуба проводить в два и более раз больше, чем диаметр фрагмента, находящегося в канале корня зуба;

4) извлекающий инструмент должен быть больше диаметром, чем извлекаемый (в два и более раз).

Таким образом, предложенный способ извлечения отломков эндодонтических инструментов показал высокую эффективность в лечении осложнённого кариеса зубов, особенно с изогнутыми корневыми каналами зубов, что повышает качество лечения зубов. Ещё одним преимуществом метода является то, что не надо иметь специальных наборов для удаления этих отломков, что экономически выгодно.

В тех случаях, когда невозможно удалить фрагменты, альтернативным методом является применение депофореза гидроокиси меди-кальция [3, 4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия – М.: АО «Стоматология», 1999. – 208 с.: ил.

2 Carrotte P. Endodontic Problems / P.Carrotte // British Dental Jornal. – 2005. – Vol. 198, N 3. – P. 127-133

3 Абильдина Г.Н. Клинико-экспериментальная оценка эффективности лечения осложненного кариеса зубов с использованием депофореза гидроокиси меди-кальция: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21. – Алматы, 2005. – С. 22

4 Кнаппвост А. Депофорез гидроокиси меди-кальция. // Клиническая стоматология. – 1998. – № 2. – С. 12-15

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

«Орбита Дент» стоматологиялық клиникасы, Алматы қ.

ТІС ТҮБІРІНІҢ КАНАЛДАРЫНАН СЫНҒАН ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ АСПАПТАРДЫ АЛУ

Мақалада келесі шарттарды қарастыратын тіс түбірінің каналдарынан эндодотиялық аспаптардың үзінділерін шығару амалдарының алгоритмі ұсынылған: 3 д жүйесінде визиография, рентгенографияны қолдану жолымен эндодонтиялық үзіндінің жағдайын талдау; үзіндіні шығару оның тіс түбірінің каналындағы орналасуын ескере отырып жүргізілуі керек; тіс түбірінің каналын кеңейту тіс түбірінің каналында орналасқан үзінді диаметрінен екі есе немесе одан көп жүргізу керек; алатын аспап диаметрі алынатынға қарағанда үлкен болуы керек. Эндодонтиялық аспап сынықтарын алудың ұсынылған әдістері тісті емдеу сапасын арттыратын тістердің асқынған тіс жегілерін, әсіресе, иілген тіс түбірінің каналдарын емдеуде жоғары тиімділікті көрсетті.

Негізгі сөздер: *эндодонтия, эндодонтиялық аспаптар, тіс түбірінің каналы.*

S U M M A R Y

I.A. SEREBRENNIKOVA

Orbita-Dent dentist's clinic, Almaty c.

REMOVING BROKEN ENDODONTIC INSTRUMENTS FROM THE ROOT CANAL OF A TOOTH

In the article, an algorithm for the manipulation of removing the fragments of endodontic instruments from the root canal of a tooth is suggested, providing for the following conditions: the analysis of the position of an endodontic fragment by the use of X-rays, visiography, in 3D system; removing the fragment should be performed taking into account its location in the root canal of a tooth; the expansion of the root canal of a tooth should be two or more times greater than the diameter of the fragment which is in the root canal of a tooth; the retrieving tool should have a diameter greater than the retrievable one. The suggested method of removing the fragments of endodontic instruments showed high efficacy in the treatment of complicated caries of teeth, especially teeth with curved root canals, which improves the quality of dental treatment.

Key words: *endodontics, endodontic instruments, root canal of the tooth.*

УДК 616.314-056

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА
Стоматологическая клиника «Орбита Дент», г. Алматы

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ Г. АЛМАТЫ

В статье представлены данные анкетирования жителей г. Алматы по определению факторов риска возникновения кариеса зубов.

***Ключевые слова**: кариес, факторы риска, гигиена полости рта.*

Кариес зубов относят к числу наиболее распространенных заболеваний. Доказано, что эффективная борьба с кариесом зубов и болезнями пародонта зависит от профилактики. При этом определение факторов риска, их количественная характеристика позволяют индивидуализировать профилактические меры в зависимости от рациона питания, образа жизни, вредных привычек характерных для жителей конкретного региона [1].

Мы решили исследовать некоторые аспекты жизни респондентов путем анкетирования, которое хотя и носит субъективный характер, однако позволяет выявить ряд факторов риска возникновения кариеса зубов [2].

Цель исследования – определение факторов риска возникновения кариеса зубов у жителей крупного города – Алматы.

Материалы и методы

В исследовании в качестве респондентов приняли участие жители Алматы, как самого многочисленного города Казахстана. Опрошено 572 человека (случайная выборка): мужчины – 31,12% (178 человек) и женщины – 68,88% (394 человека), в возрасте 20 – 79 лет и 20 – 82 лет, соответственно.

Результаты и обсуждение

Анкетирование проводилось на приеме стоматологических клиник «Орбита Дент» и «Версаль». По данным наших исследований у жителей г. Алматы преобладает смешанный тип питания – 35,02% респондентов; предпочитают мучную и сладкую пищу – 7,04%; мучную, сладкую пищу в сочетании с другими продуктами – 62,64%. Данные результаты согласуются с исследованиями [3], которые выявили, что среди взрослых людей в возрасте 35-44 лет потребляют быстрорастворимые углеводы в большом количестве (в каждый прием пищи) – 46,4%; а предпочитают мягкую пищу – 55,4% респондентов. Обращает на себя внимание то, что 70,97% опрошенных отмечают у себя вредные привычки, причем одну вредную привычку имеют 32,61%, примерно столько же респондентов имеют две-три вредные привычки – 33,79%. Из вредных привычек самый большой процент составило употребление семечек – 49,59%; грызут кости, орехи – 23,12%; курят – 21,14%; откусывают нитки – 21,35%, примерно равный процент опрошенных. Меньший процент респондентов открывают зубами бутылки, крышки, банки – 5,58% и держат шпильки, булавки 3,96% во рту.

Проведенное анкетирование выявило, что индивидуальную гигиену полости рта проводят все; чистят зубы 99,48%; не чистят зубы вообще, но они же пользуются зубочистками – 0,52% (3 человека) респондентов. Чистят зубными пастами – 98,95%, чистят порошком – 0,18%, чистят зубы народными методами – 0,35% респондентов, чистят зубы 2 раза в день 67,54% людей. Длительность чистки зубов составила: менее 1 минуты – 1,88%, 1–3 минуты – 44,36%, более 3 минут – 22,19%, затруднились с ответом – 1,51% (рис. 1). Исследования некоторых авторов при опросе выявили, что регулярно ухаживали за полостью рта 74,0±4,1% всех обследованных, однако, осмотр показал, что состояние гигиены полости рта было удовлетворительным лишь у 19,2±3,6% из них. Подобные результаты могут свидетельствовать, с одной стороны, о субъективизме оценки респондентами уровня гигиены, а с другой – о недостаточно тщательной гигиене полости рта даже при нужном количестве чисток зубов [4]. Поэтому, рассматривая наши результаты о времени, затрачиваемом респондентами на частоту чистки зубов, их можно считать завышенными.

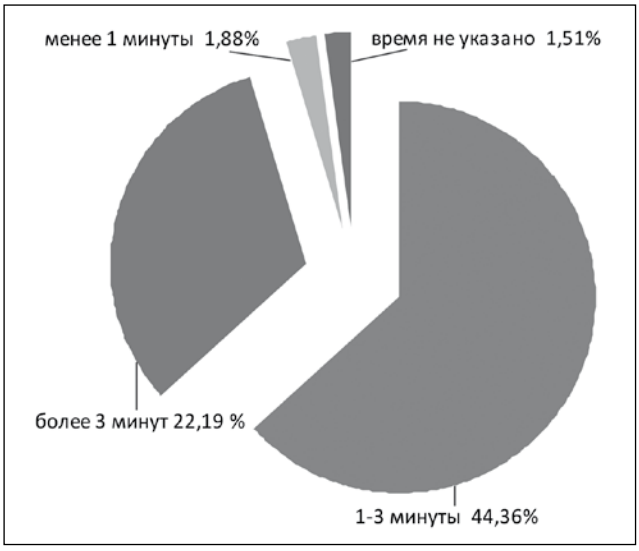


Рисунок 1 – Распределение респондентов по длительности чистки зубов

По нашим данным, только 0,88% (5 человек) респондентов отметили, что чистят зубы после еды, хотя по другим данным [4] было выявлено, что чистят зубы щеткой после еды 2-6% опрошенных. Ополаскиватели, эликсиры используют 19,49%; не используют – 80,5%. Витамины и микроэлементы принимают 48,41%; не принимают – 51,59%. Частота удаления зубных отложений респондентами: 2 раза в год и чаще удаляют зубные отложения – 8,28%; 1 раз в год – 23,7%; еще реже – 68,02% респондентов.

По нашим данным, не пользуются зубочистками и нитями 50,56% респондентов. По данным других авторов никогда не пользовались зубочистками 31%, а нитями – 70% опрошенных [5]. Кроме того, ни один из респондентов не отметил графу, касающуюся флоссов, однако указали, что пользуются нитями, поэтому можно предположить, что население пользуется не специальными нитями для гигиены полости рта (флоссами) заводского изготовления, а швейными нитками.

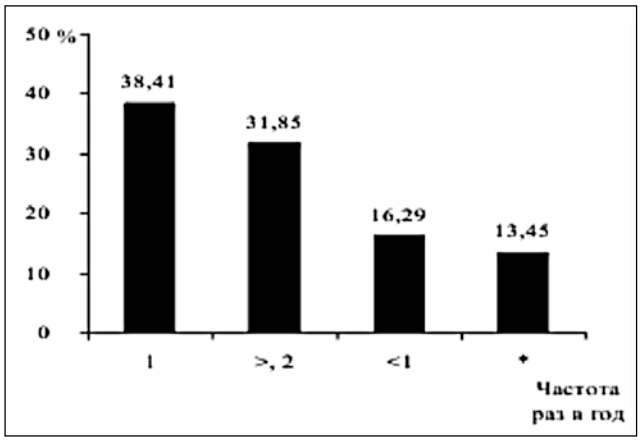


Рисунок 2 – Распределение респондентов по частоте посещения стоматолога.

По нашим данным, посещают стоматолога 1 раз в год 38,41%; 2 раза в год и чаще – 31,85%; реже одного раза в год – 16,29% (рис. 2).

Выводы

Таким образом, у более чем половины респондентов:

- имеется преобладание в рационе сладких и мучных изделий (62,64%);
- имеются вредные привычки (70,97%);
- чистка зубов занимает менее 3-х мин (77,81%);
- отсутствует чистка зубов после еды (99,11%);
- не используются полоскатели, эликсиры (80,51%);
- удаление зубных отложений проводится реже 1 раза в год (68,02%);
- посещение стоматолога реже 2 раз в год (68,15%).

Исходя из результатов исследования, в целом следует признать высокой степень риска развития кариеса зубов у населения г. Алматы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Делендик А.И. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования // Стоматология. – 2000. – № 6. – С. 58-60

2 Есембаева С.С. Структура и распространенность заболеваний пародонта у сельских жителей Республики Казахстан // Проблемы стоматологии. – 2005. – №2 (28). – С. 15-20

3 Рединова Л.Т., Леонтьев В.К. Уровень потребления населением сладостей и кариес зубов // Стоматология. – 1990. – Т.69, №1. – С. 66-68

4 Виноградова И.И. Современные средства гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта у лиц молодого возраста // Сборник научных трудов XI конгресса стоматологов СНГ «Инновации в стоматологии». – 2013. – С. 120-123

5 Макарова Р. П., Кольмай Н.А. Информированность населения о средствах гигиены полости рта // Научные труды V Международной научно-практической конференции “Здоровье и Образование в XXI веке”. – Москва, 2004. – С. 238

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

«Орбита Дент» стоматологиялық клиникасы, Алматы қ.

АЛМАТЫ Қ. ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІ БОЙЫНША ТІСТЕРДЕ ТІС ЖЕГІЛЕРДІҢ ПАЙДА БОЛУЫНЫҢ ТӘУЕКЕЛ ФАКТОРЛАРЫ

Тістердің тіс жегілері мен пародонт ауруларымен тиімді күресу профилактикаға байланысты болады.

Зерттеу мақсаты – ірі қала – Алматы тұрғындарының тістерінде тіс жегінің пайда болуының тәуекел факторларын анықтау.

Материалдар мен әдістер: Зерттеуде сұхбаткерлер ретінде Алматы қаласының 572 тұрғыны қатысты, 20-дан 79-ға жасқа дейінгі ерлер – 31,12%, 20-дан 82 жасқа дейінгі әйелдер – 68,88%.

Қорытындылар мен талқылаулар: Сауалнама «Орбита Дент» және «Версаль» стоматологиялық клиникаларының қабылдауында жүргізілді. Зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, сұхбаткерлердің жартысынан көбінің (62,64%) рационында тәтті және ұн өнімдері басым екендігі; зиянды әдеттерге ие (70,97%); тіс шаю 3 минуттан кем уақытты алатыны (77,81%); тамақтанған соң тістің шайылмайтыны (99,11%); шайғыштар, элексирлерді қолданылмайтыны (80,51%); тістегі қабаттануларды жоюды жылына 1 реттен сирек жүргізілетіні (68,02%); тіс дәрігеріне жылына 2 реттен сирек баратындары (68,15%) анықталды.

Қорытындылар: Зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, жалпы алғанда Алматы қаласының тұрғындарында тістерінде тіс жегілердің даму тәуекелінің жоғары екендігін мойындаған жөн.

Негізгі сөздер: *тіс жегі, тәуекел факторлары, ауыз қуысының гигиенасы.*

S U M M A R Y

I.A. SEREBRENNIKOVA

Orbita-Dent dentist’s clinic, Almaty c.

DENTAL CARIES OCCURRENCE RISK FACTORS AS PER THE QUESTIONING RESULTS OF THE ALMATY RESIDENTS

The effective dental caries and periodontal diseases control depends upon preventive measures.

Research objective: determining the dental caries occurrence risk factors with regard to the Almaty residents.

Materials and methods: the 572 Almaty residents took part as respondents in the research, the male respondents – 31.12% aged 20 to 79, the female respondents – 68.88% aged 20 to 82.

Results and discussion: The questioning was conducted within the Orbita Dent and Versailles dental clinics. With the research results taken into account, it is revealed that more than a half of the respondents have a prevalence of sweet and flour products in their rations (62.64%), have pernicious habits (70.97%), spend less than 3 min for tooth brushing (77.81%), do not brush their teeth after meals (99.11%), do not use mouth rinses (80.51%), remove dental deposits less often than 1 time per year (68.02%), visit odontologists less often than 2 times per year (68.15%).

Conclusions: With the research results taken into account, it is generally revealed and recognised that the dental caries development risk degree with regard to the Almaty population is high.

Key words*: caries, risk factors, oral hygiene.*

УДК 616.31-002.157.2-036.12-039.35-085.862

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА
Стоматологическая клиника «Орбита Дент», г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СТОМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ГЕПОН

В статье показана эффективность применения иммуномодулятора гепон в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

***Ключевые слова**: стоматит, афта, гепон.*

На современном этапе важной медико-социальной проблемой является разработка новых эффективных методов лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита, так как наличие эрозивно-язвенных элементов на слизистой оболочке полости рта сопровождается выраженным болевым синдромом, нарушает полноценное питание, профессиональную и социальную деятельность и в конечном итоге резко снижает качество жизни пациентов [1]. Поиск новых иммунологических препаратов позволил обратить внимание на препарат гепон, который не только обладает иммуномодулирующими свойствами за счет изменения спектра синтезируемых клетками цитокинов, но и повышает функциональную активность фибробластов и эпителиальных клеток, что повышает способности эпителиальных покровов к регенерации [2, 3].

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС) путем включения в комплексное лечение иммуномодулятора гепон.

Материал и методы

Под наблюдением находились 18 больных в возрасте от 15 до 55 лет, преимущественно женщины (70%), с давностью заболевания от одного года (четверо больных) до 20 лет (пятеро больных).

Результаты и обсуждение

Сопутствующие заболевания были выявлены у 65% больных: заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания ЛОР-органов, генерализованный пародонтит и др. У 45% больных были выявлены одновременно несколько заболеваний (2-3). Однако у 15% больных, несмотря на тщательный опрос и учет тех факторов, которые, как полагают многие авторы, имеют большое значение (нервное потрясение, аллергический фактор, переохлаждение и пр.), выяснить причину рецидивов не удалось. Важным предрасполагающим фактором можно считать негигиеничное состояние полости рта, которое осложняет заболевание и способствует проявлению его в более тяжелой форме.

Клиническая картина заболевания характеризовалась появлением афт, которые имели округло-овальные очертания и лишь в области переходной складки – вид расширенных трещин различной длины, покрытых плотным фибринозным налетом желтоватого цвета, с гиперемированным ободком по периферии. Афты резко болезненны, особенно при локализации их на переходных складках и на языке. В их основании возможны небольшой инфильтрат, отек и гиперемия окружающих тканей, одиночные или множественные высыпания. Они располагались во всех отделах слизистой оболочки полости рта. Так, у пяти больных афты локализовались на слизистой щек, губ, языка, в области переходных складок, у восьми было поражено в основном дно полости рта, у пяти больных – задние отделы ротовой полости: язычок, нёбные дужки, мягкое нёбо. Заболевание протекало при сравнительно удовлетворительном общем состоянии. Явления катарального гингивита отмечены у 28% больных. Легкая форма заболевания наблюдалась нами у 65% больных и характеризовалась появлением единичных афт раз в несколько лет. Среднетяжелая форма диагностирована у 35% больных, при которой афты появляются с периодичностью несколько раз в год. Лечение носило комплексный характер и включало местную терапию, которая была направлена на устранение болевого синдрома и улучшение процессов эпителизации, а также мероприятия, направленные на лечение сопутствующих заболеваний. Местно применялись обезболивающие, антисептические, противовоспалительные, кератопластические средства и протеолитические ферменты. В качестве компонента патогенетической терапии назначали иммуномоделирующий препарат гепон в виде аппликаций мази (гепон 0,006; масло оливковое 10,0; вода для инъекций 10,0) на поверхность афтозных поражений слизистой оболочки полости рта 1 раз в день на ночь, продолжительность курса 14 дней.

У всех пациентов проводили работу по выявлению очагов хронической инфекции, в том числе и стоматогенной, и их санации. Общее лечение состояло из гипосенсибилизирующей терапии, при интоксикации добавлялась детоксикационная терапия. Пациенты ставились на диспансерный учет. У больных с легкой степенью заболевания уже на вторые сутки после лечения значительно уменьшались слюноотделение и болезненность афт, улучшались сон и аппетит. Эпителизация афт начиналась после трех дней лечения у 30% больных; на четвертые сутки у 60% больных; после пяти дней лечения у 10%. При среднетяжелом течении рецидивирующего афтозного стоматита эпителизация афт наступала после трех-четырех дней лечения. Только у трех больных с локализацией афт в задних отделах СОПР эпителизация наступила на 5–6-е сутки, что, по-видимому, связано с труднодоступностью для лечения данного участка. Положительная динамика в эпителизации афтозных повреждений при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите позволила нам в основной группе на одни-двое суток сократить сроки применения кератопластических средств.

Вывод

Таким образом, применение гепона в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита значительно ускоряет эпителизацию афт, уменьшает гиперемию и отек слизистой оболочки полости рта и снижает болевые ощущения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Байтурсынова Ш.А. Клиника, диагностика и лечение герпетического стоматита // Проблемы стоматологии. – 2003. – № 2. – С. 126-127

2 Масычева В.И. Особенности формирования противовирусной устойчивости при местном применении

индукторов интерферона // Вопр. вирусол. – 1997. – №3. – С. 126-128

3 Ершов Ф.И. Антивирусные препараты. – М.: Медицина, 1998. – 192 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

«Орбита Дент» стоматологиялық клиникасы, Алматы қ.

ГЕПОН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАНБАЛЫ СТОМАТИТТІ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе созылмалы қайталанбалы афтозды стоматитті емдеудің тиімді жаңа әдістерін өңдеу болып табылады.

Зерттеу мақсаты – созылмалы қайталанбалы афтоздық стоматитке шалдыққан науқастарды кешенді емдеуге гепон иммуномодуляторын қосу жолымен емдеу тиімділігін арттыру.

Материалдар мен әдістер: Бақылауда 15-тен 55 жасқа дейінгі 18 науқас, көбісі ауыру мерзімінің ұзақтығы бір жылдан 20 жылға дейінгі әйелдер болды.

Нәтижелер мен талқылаулар: Емдеу кешенді сипатта болды және ауыру синдромын жоюға және эпителилену процесін жақсартуға бағытталған жергілікті терапияны, сондай-ақ ілеспе ауруларды емдеуге бағытталған шараларды қамтыды. Патогенетикалық терапия компоненті ретінде ауыз қуысының сілемейлі қабықшаларының афтоздық зақымдану бетіне жақпа май аппликациялары түріндегі иммуномодуляциялаушы гепон препараты тағайындалды. Жалпы емдеу гипосенсибилизациялық терапиядан құралды, улану кезінде уытсыздандыру терапиясы қосылды.

Қорытындылар: қайталанбалы созылмалы афтоздық стоматитті кешенді емдеуде гепонды қолдану, афталардың эпителиленуін едәуір жылдамдатып, гиперемия мен ауыз қуысының сілемейлі қабықшасының ісінуін төмендетеді және ауыру сезімдерін азайтады.

***Негізгі сөздер**: стоматит, афта, гепон.*

S U M M A R Y

I.A. SEREBRENNIKOVA

Orbita-Dent dentist's clinic, Almaty c.

PROPERTIES OF THE COMBINATION TREATMENT OF THE CHRONIC RECURRENT STOMATITIS WITH USE OF THE GEPON PREPARATION

The important medical and social problem is to develop new effective methods of treatment of the chronic recurrent aphthous stomatitis.

Research objective: making the chronic recurrent aphthous stomatitis patient treatment more effective by including the Gepon immunomodulator in the combination treatment.

Materials and methods: the 18 patients aged 15 to 55, the female patients in general, with the disease prescription of 1 to 20 years, were under the medical supervision.

Results and discussion: The treatment was of a combination nature and included the local therapy that was aimed at eliminating the pain syndrome and improving the epithelisation processes, and also the activities oriented to treat associated diseases. As a component of the pathogenetic therapy, they prescribed the Gepon immunomodulatory preparation in the form of ointment applications onto the surface of the aphthous lesions of the oral mucosa. The general treatment consisted of the hyposensitisation therapy. In case of intoxication, they added the detoxification therapy.

Conclusions: Applying the Gepon preparation in the combination treatment of the chronic recurrent aphthous stomatitis considerably promotes the epithelisation of the aphthae, reduces the hyperemia and the oedema of the oral mucosa, and reduces any painful feelings.

***Key words**: stomatitis, aphthae, Gepon.*

УДК 616.34-089.23:616.314.9

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

Стоматологическая клиника «Орбита Дент», г. Алматы

ЗАКРЫТИЕ ДИАСТЕМЫ (случай из практики)

В статье описан клинический случай из практики закрытия диастемы путем реставрации, с использованием Filtek™ Ultimate, компании 3M ESPE.

***Ключевые слова:** диастема, композитный материал Filtek™ Ultimate, 3M ESPE*

Наличие диастемы – частая причина обращения пациента к стоматологу. Диастемы и тремы нарушают симметрию улыбки, поэтому они более заметны, чем неправильные пропорции зубов. Диастемы и тремы можно закрыть ортодонтическим путем. Однако многие пациенты предпочитают длительному ортодонтическому лечению реставрацию при помощи композита. К коррекции диастемы существует несколько подходов [1]. С реставрационных позиций можно выбрать между керамическими винирами, классическими коронками и композитными материалами. Именно последний вариант представляется наиболее оптимальным при лечении молодых пациентов. Сегодня в распоряжении стоматолога есть такие реставрационные материалы, которые могут удовлетворить всем функциональным и эстетическим потребностям, которые предъявляет пациент. И мы, специалисты, ищем материал, которым легко и удобно работать, который имеет адекватную и долгую ретенцию блеска, а также физические и оптические характеристики, сходные с таковыми у натуральных зубов [2, 3]. Нам представляется интересным клинический случай, который нам хотелось бы обсудить.

Клинический случай. В клинику обратилась 18-летняя пациентка, которая отказалась от предложенного ортодонтического лечения. В первое посещение мы предлагали пациентке различные варианты лечения, однако, принимая во внимание ее юный возраст и расположение зубов, мы остановились на самом консервативном способе лечения – восстановлении композитным материалом. В данном случае наш выбор пал на универсальную мультиопаковую реставрационную систему на основе нанотехнологий – Filtek™ Ultimate, компании 3M ESPE. Были отлиты диагностические модели челюстей, а также были сделаны фотографии для изучения клинической ситуации и представления, как должны в итоге выглядеть зубы. При отправлении моделей в лабораторию для изготовления восковой моделировки, мы сделали для техника подробный комментарий по желаемым

пропорциям зубов (их длина и ширина) с эстетических позиций. Также техник должен был наносить воск на модель без препарирования и добавления воска с нёбной стороны моделей. После тщательного анализа восковой моделировки с нее был сделан силиконовый ключ, чтобы легче добиться воспроизведения ее в полости рта.

Во второе посещение мы сделали так называемую «быструю реставрацию», для чего использовали композитный материал для временного протезирования (Protemp™ 4, 3M ESPE). Мы нанесли его в силиконовый шаблон, подождали положенное для его полимеризации время и убрали излишки. Таким образом, мы смогли продемонстрировать пациентке, какую форму зубов мы ожидали в итоге получить, сделали коррекцию при помощи дисков и пасты и, при одобрении пациенткой предложенной формы, назначили ее на окончательную реставрацию.

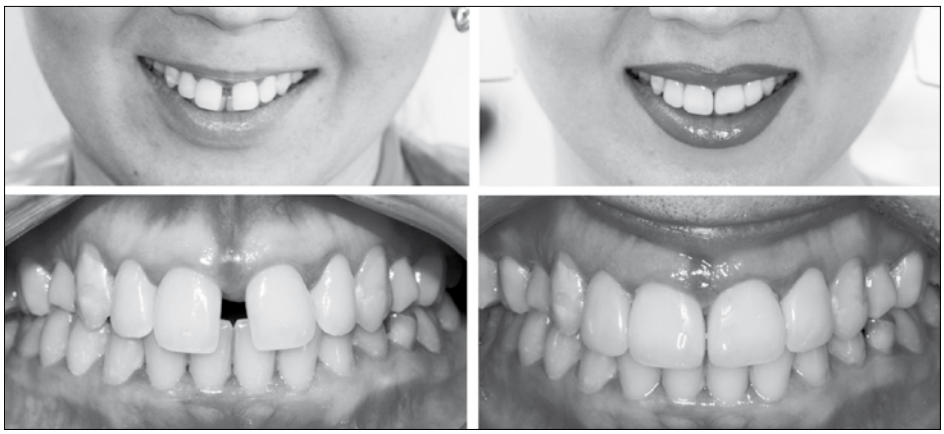


Рисунок 1 – До и после закрытия диастемы.

Третье посещение: мы уложили вокруг зубов нить, смоченную в гемостатической жидкости, и наложили раббердам. Мы начали с препарирования поверхности контактных поверхностей зубов грубым полировочным диском (Sof-Lex™, 3M ESPE). Адгезивная процедура производилась с использованием адгезивной системы пятого поколения (Adper™ SingleBond 2, 3M ESPE). Процедуру стратификации мы начали с нёбной стенки оттенком A2E (Filtek™ Ultimate, эмалевый оттенок), который определил мезио-дистальную ширину зубов, ориентированную на подготовленный по восковой моделировке силиконовый шаблон. Сразу после этого мы выстроили новый зуб двумя большими блоками – пришеечный участок (который мы воспроизвели при помощи металлической матрицы) и среднюю и резцовую треть (которые мы восстановили при помощи прозрачной матрицы). В пришеечном участке мы использовали оттенок Body (Filtek™ Ultimate, A2B), который имеет достаточную опаковость при сохранении оптических свойств композита. Когда полностью закончили работать с зубом 1.1, мы покрыли реставрацию изоляционным гелем и после полимеризации придали зубу первичную, базовую форму. Точно так же мы восстановили зубы 2.1, 1.2, 1.3, 2.2, 2.3. Все зубы были восстановлены оттенками Body и Enamel, за исключением зуба 2.2, в который мы дополнительно наложили слой дентинного оттенка (Filtek™ Ulimate, A3D), чтобы добиться лучшей полихроматичности зуба. После проведения стратификации всех зубов мы сделали шлифовку и полировку наших реставраций при помощи полировочных дисков и паст (Sof-Lex™, 3M ESPE и Shinysystem).

Убрав раббердам, мы убедились, что получили форму зубов, подходящую нашей пациентке. Последующими наблюдениями определили, что придесневая часть восстановлена адекватно, нет гингивита, и пациентка могла использовать флосс для проведения гигиены полости рта в обычном режиме. Повторные назначения помогли нам убедиться в правильности поведенной коррекции.

Проведенная нами работа показывает, что при закрытии диастемы главную роль играют правильный выбор реставрационной системы и анализ ее оптических и физических характеристик, в нашем случае неотъемлемой составляющей успеха лечения явился композитный материал Filtek™ Ulimate (рис. 1).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Baratieri LN; AraujoJr EM; MonteiroJr S. Composite Restorations in Anterior Teeth: Fundamentals and Possibilities. Quintessence Books, 2005

2 Magne P; Belser U; Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition. A Biomimetic Approach. Quintessence Books, 2000

3 Дж. Шмиседер Эстетическая стоматология. – Москва. МЕДпресс-информ, 2004

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

И.А. СЕРЕБРЕННИКОВА

«Орбита Дент» стоматологиялық клиникасы, Алматы қ.

ДИАСТЕМАНЫ ЖАБУ (тәжірибеден алынған оқиға)

Қалпына келтіру жолымен диастеманы жабу тәжірибесінен алынған клиникалық оқиға сипатталған. Жүргізілген жұмыс диастеманы жабу кезінде қалпына келтіру жүйесін дұрыс таңдау мен оның оптикалық және физикалық сипаттамаларын талдау басты рөл ойнайтындығын көрсетті, біздің жағдайда сәтті емдеудің ажырамас құрамды бөлігі Filtek™ Ulimate композиттік материалы болып табылады.

Негізгі сөздер: *диастема, Filtek™ Ultimate композиттік материалы, 3M ESPE.*

S U M M A R Y

I.A. SEREBRENNIKOVA

Orbita-Dent dentist's clinic, Almaty c.

DIASTEMA CLOSURE: Case report

The clinical case from the diastema closure restoration practical experience is described. The work carried out by us shows that when we deal with the diastema closure, the most important part is to choose a correct restoration system and to analyse its optical and physical characteristics. In our case the successful treatment included using a composite material, such as Filtek™ Ulimate.

Key words: *diastema, composite material Filtek™ Ultimate, 3M ESPE.*

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нурмаганова А.С. Согласованность действий населения с медицинскими учреждениями в отношении здоровья 2

НУТРИЦИОЛОГИЯ

Сулейменова Д.С., Мыркасымова А.К., Айтмагамбетова А.М. Принципы лечебно-профилактических воздействий при конструировании функциональных продуктов питания для профилактики остеопороза среди уязвимых групп населения 5

ОНКОЛОГИЯ

Нургожин Т.С., Гуляев А.Е., Ермекбаева Б.А., Абуова Г.Т., Жаугашева С.К. Применение вакцины Церварикс – доминантная стратегия предотвращения рака шейки матки 8

НЕВРОЛОГИЯ

Коваленко О.Е., Литвин Е.В. Особенности функциональной активности головного мозга у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и гипотиреозом 15

Коваленко О.Е., Оводюк Н.Н. Клинико-параклинические сопоставления при ранних экстрапирамидных нарушениях у больных после ишемического инсульта с очагами поражения вне зоны подкорковых узлов 18

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Чегедекова Ш.Б. Международный опыт регулирования процесса внедрения вспомогательных репродуктивных технологий 21

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Кобзарь Н.Н., Белоцерковский В.А., Агламова А.Б., Сумембаева М.З., Байбулекова Д.Т., Мирзараимова Н.С., Леймоева Х.М., Федюнина Е.С. Истинное приращение плаценты, причины, частота, исходы беременности, тактика родоразрешения 24

Кобзарь Н.Н., Жакашева Э.К., Нугманова М.И., Мирзараимова Н.С., Дзуцева Л.Б., Кистаубаева И.Т., Байбулекова Д.Т., Жаналиева Ж.Р., Байларова Т.Б. Проблема предлежания плаценты, частота, исходы беременности 28

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ

Файзуллина К.М., Каусова Г.К., Нурбакыт А.Н. К вопросу выбора профессии врача среди учащихся школ (на примере г. Алматы и Алматинской области) 30

КАРДИОЛОГИЯ

Игисинов Н.С., Дуйсенбаева Б.С., Рахимжанова Р.И., Даутов Т.Б., Билялова З.А., Ельшибаева Э.С. Региональные особенности распространенности врожденных аномалий системы кровообращения в Республике Казахстан 34

Джунусбекова Г.А., Исабекова А.Х., Конысбекова А.У., Куттыбаева Б.С., Мекебекова Д.М. Применение Лайботена в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью 36

РЕВМАТОЛОГИЯ

Абеев М.К. Применение препарата Хондроксид в комплексной терапии больных при системных заболеваниях соединительной ткани 41

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Маев И.В., Самсонов А.А., Буеверов А.О., Кочетов С.А. Место прокинетиков в последних алгоритмах диагностики и лечения функциональной диспепсии 43

СТОМАТОЛОГИЯ

Серебренникова И.А. Клиническая эффективность препарата полименирол в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта 48

Серебренникова И.А. Извлечение сломанных эндодонтических инструментов из каналов корней зубов 50

Серебренникова И.А. Факторы риска возникновения кариеса зубов по результатам анкетирования жителей г. Алматы 52

Серебренникова И.А. Особенности комплексного лечения хронического рецидивирующего стоматита с использованием препарата гепон 54

Серебренникова И.А. Закрытие диастемы (случай из практики) 55

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