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)

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 35-ЛЕТНЕЙ ГОДОВЩИНЕ ПРИНЯТИЯ АЛМАТИНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ВОЗ ПО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



6-7 ноября 2013 г. в г. Алматы состоится международная конференция, посвященная 35-летней годовщине принятия Алматинской декларации ВОЗ по первичной медикосанитарной помощи.

Конференция проводится в тесном сотрудничестве с Европейским бюро Всемирной организации здравоохранения и ЮНИСЕФ.

Уже более трех десятилетий прошли с тех пор, как Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи приняла историческую Алма-Атинскую декларацию. Это была первая международная конференция, которая подчеркнула важность ПМСП. ПМСП была признана основным инструментом в достижении «здоровья для всех» и самым первым этапом национальной системы здравоохранения, который должен быть максимально приближенным и доступным для всего населения.

В этом году на конференции будут обсуждаться основные экономические и социальные изменения, которые произошли в государствах-членах за последние десятилетия, и их влияние на развитие систем здравоохранения и ПМСП, и, в свою очередь, на основные показатели здоровья и неравенства в здоровье. В центре внимания вопрос о всеобщем охвате населения и инновациях в сфере ПМСП с точки зрения внедрения основных принципов Алма-Атинской Декларации.

Организационный комитет

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**

№9 (135), сентябрь, 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 КСЈВКZКХ, РНН 600900017696, БИН 060440013521

Подписано в печать 30.09.2013 г. Заказ № 216.

Журнал отпечатан в типографии ТОО "Signet Print", г. Алматы, ул. Макатаева, 17. Тел.: 279-71-34, 352-82-02

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.1./9:616-095

А.Р. КУШУГУЛОВА, С.С. КОЖАХМЕТОВ, С.А. САДУАХАСОВА, Г.С. ШАХАБАЕВА, И.К. ТЫНЫБАЕВА, Т.С. НУРГОЖИН, Ж.Ш. ЖУМАДИЛОВ

ЧУ «Центр наук о жизни», г. Астана, Казахстан

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕТАГЕНОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА

Данный обзор содержит результаты исследований кишечного микробиома, связи кишечного биоценоза с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ожирением и сахарным диабетом. Последние данные микробиома человека изменили стандартные представления о патогенезе многих заболеваний и послужили пусковым фактором к углубленному изучению микробиоты человека.

Ключевые слова: микробиом кишечника, энтеротипы, атеросклероз, ожирение и сахарный диабет.

ы начали осознавать, что болезни и старение – это не просто неумолимое и непредотвратимое явление. Нашим здоровьем вполне можно управлять и контролировать, придерживаясь здорового образа жизни, своевременного выявления нарушений и применения современных медицинских технологий для исправления этих нарушений.

Важным компонентом, регулирующим ряд важных функций организма, и особенно пищеварительного тракта, является микробиота человека [1].

Проект «Микробиом Человека» Института здоровья США открыл новые перспективы научных исследований микробиоты кишечника человека. Пищеварительный тракт человека населяют более 100 триллионов бактериальных клеток, чьи коллективные геномы, микробиомы отражают эволюционную селекцию, действующую на уровне как макроорганизма, так и микробной клетки [2]. Этот «орган» обладает повышенной метаболической возможностью, участвует в защите от патогенных микроорганизмов, модуляции желудочно-кишечного развития [3]. Нормальная энтеробактериальная флора влияет на ряд функций и играет ключевую роль в питании, поддержании целостности эпителиального барьера, развитии пристеночного иммунитета и метаболизме [4].

Специфичная и стабильная кишечная микробиота была установлена с использованием молекулярных методов [5]. Существование стабильной кишечной микробиоты предполагает наличие индивидуального микробного ядра [6], которое сохраняется даже при применении курса антибиотикотерапии [7].

Установлено, что преобладающими являются два семейства бактерий - Bacteroidetes и Firmicutes, сопровождаемые Actinobacteria и Verrucomicrobia [8]. Семейство Actinobacteria составляет от 2-10% до 25%, тогда как Proteobacteria и Verrumicrobia обычно представлено 1-2% или менее [9]. Согласно кросс-европейскому исследованию, включающему когорту из 91 индивидуума, основными бактериальными группами или родами кишечника являются: Eubacterium rectale - Clostridium coccoides (28%), Clostridium leptum (25,2%), Bacteroides (8,5%), Bifidobacterium (4,4%), Atopobium (3,1%) и Lactobacillus – Enterococcus (1,3%) [10]. В проведенном метагеномном анализе микробиоты (Qin et al., 2010) было выявлено, что из 142 европейских индивидуумов каждый человек несет в себе, по крайней мере, 160 видов, которые в основном распространены у всех людей, и 57 видов могут быть обнаружены у более 90% индивидуумов [11]. Число обнаруженных видов напрямую зависит от глубины проведенных анализов. Каждый человек имеет уникальную взаимосвязь с кишечной микробиотой [12].

Arumugam M., с соавторами (2011), проанализировав видовой состав кишечной микробиоты 33 человек 6 национальностей (датчан, испанцев, итальянцев, францу-

зов, американцев, японцев), выделили три энтеротипа: энтеротип 1 - Bacteroides, энтеротип 2 - Prevotella и энтеротип 3 - Ruminococcus [13]. Доказано, что формирование энтеротипов происходит вне зависимости от национальности, пола, возраста и индекса массы тела (ВМІ) [14]. Энтеротип 1 включает в себя микроорганизмы, обладающие широким сахаролитическим потенциалом [15], используя глюколиз и пентозофосфатный путь. Энтеротипу 2 свойственно повышенное содержание бактерий рода Prevotella, активно деградирующих муцин. Энтеротипу 3 характерно повышенное содержание Ruminococcus и Akkermansia, также связывающих муцин. Кроме того, энтеротипы 1 и 2 синтезируют различные витамины (биотин, рибофлавин), пантотенат, аскорбиновую кислоту, тиамин и фолиевую кислоту. Энтеротипы являются результатом сбалансированного микробного сообщества, филогенетические и функциональные различия энтеротипов показывают важность их синергетического взаимодействия с организмом хозяина.

Lay с соавторами [16] провели эксперимент на 91 добровольце, придерживающемся западно-европейской диеты из пяти северных европейских стран (Франция, Дания, Германия, Нидерланды, Великобритания), и пришли к выводу, что значительных различий в видовом составе микробиоты в зависимости от места проживания, пола и возраста не наблюдается. Однако известно, что диетические предпочтения формируются в зависимости от географического проживания людей, поэтому возможно ли минимизировать роль диеты в формировании микробиома? Интересным примером является относительный избыток F. prausnitzii, который не обнаруживается у строгих вегетарианцев [17]. Это дало возможность предположить, что повышенный уровень F. prausnitzii в шведской популяции может быть связан с преобладанием в рационе питания рыбных и мясных продуктов.

С помощью биохимических анализов и высокопроизводительного секвенирования 16S рДНК было проведено сравнение состава фекальной микробиоты итальянских детей из Флоренции и детей из африканской деревни Буркина-Фасо. Обнаружено существенное различие в составе кишечной микрофлоры между двумя этими группами. Микрофлора детей Буркина-Фасо была значительно обогащена родами бактероидов (Prevotella - 53% и Xylanibacter - 20%), которые, как известно, содержат множество генов целлюлаз и ксилан-гидролаз, тогда как плотность Firmicutes (Acetitomaculum, Faecalibacterium, Supdoligranulum по 4%) была снижена. Кроме того, значительно снижена концентрация типичных представителей микрофлоры Enterobacteriaceae. Авторы предполагают, что кишечная микрофлора развивалась в зависимости от диеты, богатой полисахаридами, что позволяет извлекать максимальное количество энергии из растительных волокон [18].

С возрастом происходит сдвиг доминирующих видов микроорганизмов. В работе Woodmansey E.J. et. al., 2004, показано исчезновение таких видов, как *B. vulgatus*, *B. coagulans*, *B. uniformis*, *B. tectus*, *B. fragilis*, *B. Distasonis*, в сравнении с молодыми добровольцами. Незначительно изменяется количественный состав бифидобактерий [19], снижается число видов рода *Prevotella* [20], повышается микробное число протеолитических бактерий (фузобактерии, пропионобактерии и клостридии) [21], а также стрептококков, стафилококков и дрожжей. Так же увеличивается и количество *L. rhamnosus* (в 9 раз) [22]. Такого рода изменения могут иметь последствия, поскольку изменения в балансе кишечной микрофлоры приводят к сбою метаболической цепи микробиома.

Gary D. Wu с соавторами (2011) в исследовании влияния диеты на энтеротипы отметили, что Bacteroides энтеротип дополнен присутствием Alistipes, Parabacteroides (Phylum Bacteroidetes). Prevotella enterotype отличается дополнительным присутствием Paraprevotella (Phylum Bacteriodetes) и Catenibacterium (Phylum Firmicutes). Сравнение долгосрочной и краткосрочной диеты показало, что только долгосрочная диета ассоциирована с энтеротипами.

Биологическое равновесие между человеком и микробной флорой, сложившееся в результате эволюции, является своеобразным индикатором состояния макроорганизма, микробиом кишечника является важной системой для поддержания гомеостаза между индивидуумом и внешней средой [23]. Разбалансировка кишечной микрофлоры может приводить к дисфункции и болезням. Так, изменения в кишечной микробиоте ассоциированы с воспалительными заболеваниями кишечника [24]. Селективное уменьшение *F. prausnitzii*, члена семейства *Firmicutes*, замечено у пациентов с язвенным колитом [25]. Нарушение кишечного микробиома связано с развитием аллергии [26], раком кишечника [27], ВИЧ [28].

Дисбиоз связан с разбалансировкой продукции Т-хелперных клеток (Th1, Th2 и Th17) и антивоспалительных клеток Treg. Гиперпродукция Th1- и Th17 приводит к IBD и болезни Крона, язвенному колиту [29], аутоиммунным заболеваниям (волчанка, псориаз, ревматоидный артрит). Разбалансировка продукции Th2 связана с астмой, аллергическими заболеваниями и язвенным колитом [30].

Joossens M., с соавторами (2011) определили, что микробный состав изменяется при болезни Крона. Наблюдается уменьшение количества *C. leptum* и группы *C. coccoides* (включая *E. rectale*) в составе микрофлоры, а количество *E.rectale*, *R. albus*, *R. callidus*, *R. bromii*, *F. Prausnitzii* увеличивалось от 5 до 10 раз [31]. Giada De Palma с соавторами (2010) выявили повышенное присутствие бактерий *C. histolyticum*, *C. lituseburense и F. prausnitzii* у здоровых людей по сравнению с пациентами с болезнью Крона. Виды *С. соссоides* и *С. leptum* встречались в низкой концентрации при болезни Крона и язвенном колите [32].

Роль микробиоты в развитии атеросклероза

Микроорганизмы желудочно-кишечного тракта участвуют в холестериновом метаболизме, воздействуя непосредственно на ферментные системы клеток человека, синтезирующие эндогенный холестерин. Возрастные нарушения липидного обмена происходят на фоне глубоких микроэкологических нарушений в кишечнике. Эти нарушения проявляются в виде повышенного количества анаэробов, гемолитических кишечных палочек, стафилококков, грибов с одновременным снижением числа лактобацилл и бифидобацилл. Различные соединения микробного происхождения способны индуцировать повышенный синтез холестерина в различных клетках

организма человека, особенно у лиц, склонных к гиперхолестеринемии.

При синдроме избыточного бактериального роста микробиота толстого кишечника при помощи ударного ферментативного аппарата бактерий и высвобождения эндотоксинов поражается слизистая оболочка кишки. В частности, эндотоксины повреждают эпителий илеоцекального отдела кишечника, в значительной мере нарушают метаболизм желчных кислот в цикле их энтерогепатической циркуляции, приводя в итоге к дислипопротеидемии. Основным органом-мишенью при этом становится печень.

Установлено, что при дислипидемии (облитерирующем атеросклерозе, жировой инфильтрации печени, метаболическом синдроме и др.) происходят выраженные дисбиотические изменения кишечника, следствием которых является эндотоксемия, бактериальная транслокация, нарушение функции и структуры печени. Нарушения функции печени при дислипопротеидемии обусловлены, главным образом, выраженным дисбиозом толстой кишки, выражающимся понижением общего уровня летучих жирных кислот и повышением анаэробного индекса, характерных для угнетения резидентной микрофлоры кишечника. Таким образом, создается «порочный круг»: нарушение микроэкологии кишечника, накопление эндотоксинов – нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот – нарушение функции печени – нарушение обмена липидов – нарушение структуры печени (жировая инфильтрация, фиброз) - нарушение обмена липидов поддержание (усугубление) нарушенного кишечного дисбиоза [33].

Ряд проведенных исследований позволил объяснить некоторые патофизиологические механизмы хронической сердечной недостаточности. Как оказалось, эндотоксин, входящий в состав клеточной стенки грамотрицательных бактерий, является причиной местной воспалительной реакции, которая вначале ограничивается слизистой оболочкой кишки. Бактерии и продукты их жизнедеятельности фагоцитируются макрофагами кишечной стенки и клетками ретикуло-эндотелиальной системы. Активированные макрофаги проникают в региональные лимфоузлы, где бактерии разрушаются и в кровь попадают продукты их распада (фрагменты ДНК), активированные макрофаги, которые приводят к системной активации иммунной системы. Каждый новый период сердечной декомпенсации с нарастанием застойных явлений в большом круге кровообращения (отечного синдрома, цианоза) усугубляет изменения в стенке кишечника, что приводит к увеличению количества грамотрицательных бактерий, их перемещению в дистальные отделы тонкой кишки и увеличению проницаемости кишечной стенки для бактериального эндотоксина. Бактериальный эндотоксин, попадая в систему портальной вены, а затем в печень, активирует макрофагальную систему печени, вызывая как иммунное воспаление ткани печени (приводящее к ее фиброзу и циррозу), так и системное воспаление и системную цитокинемию. Клетки кишечника не только синтезируют холестерин, но и продуцируют соединения, регулирующие его синтез в печени. Эти соединения (преимущественно белковой природы) могут воздействовать на клеточный синтез холестерина как прямо, так и опосредованно, влияя на образование в печени желчных кислот.

Кишечная микробиота, ожирение и сахарный диабет 2 типа

Развитие ожирения связано с нарушениями энергетического баланса организма, т.е. регуляции потребления, расхода и хранения энергии [34]. Метаболическая активность кишечной микрофлоры помогает извлекать энергию

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

из потребляемой пищи и запасать ее в жировой ткани человека для последующего использования. Индивидуальные различия в способности к поглощению энергии из питательных веществ объясняют то, что некоторые пациенты с ожирением не страдают перееданием и расход энергии в покое у больных ожирением не меньше, а наоборот, больше, чем у лиц с нормальной массой тела [34]. Ряд исследователей считает, что кишечная микрофлора каждого человека имеет свою метаболическую активность и определенные изменения ее состава могут служить предрасполагающим фактором к развитию ожирения [35].

В серии экспериментов проводилась пересадка кишечной флоры безмикробным мышам, выросшим в стерильной среде. В результате наблюдалось увеличение массы жировой ткани за две недели на 60% без каких-либо изменений в питании, что сопровождалось развитием инсулинорезистентности, гипертрофией адипоцитов, повышением уровней лептина и глюкозы в крови. Было установлено, что кишечная микрофлора влияет на энергобаланс не только за счет эффективного извлечения энергии из питательных веществ, но и за счет воздействия на гены, регулирующие ее расход и запасание [36].

Еще в одном исследовании проводилась пересадка безмикробным мышам кишечной флоры от худых и тучных мышей. Оказалось, что безмикробные мыши, которым пересадили кишечную флору от тучных мышей, набирали вес гораздо быстрее, чем те, кому пересаживали флору от худых собратьев [37]. Полученные данные позволили предположить, что изменения микрофлоры кишечника могут играть роль в патогенезе ожирения и требуют дальнейшего изучения.

Известно, что ожирение и инсулинорезистентность тесно связаны с хроническим системным воспалением [38], которое может быть вызвано нарушениями состава кишечной микрофлоры [39]. Бактериальные липополисахариды (ЛПС) являются триггерным фактором системного воспаления, способствуя продукции провоспалительных цитокинов: ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-альфа, ИАП-1. В экспериментах на мышах было показано, что диета с высоким содержанием жиров приводит к увеличению концентрации ЛПС в плазме крови вследствие дисбиоза кишечника (преобладания грамотрицательных микробов). Хроническая эндотоксемия способствует развитию метаболических нарушений [40]. Предполагают, что ЛПС через CD14-рецепторный аппарат влияют на чувствительность к инсулину, приводя к развитию этих расстройств. Так, у пациентов с СД 2-го типа наблюдается более высокий уровень ЛПС, чем у пациентов без диабета [41].

При анализе бактериального генома у мышей, страдающих наследственным ожирением, выявлено резкое снижение в кишечнике доли бактерий группы Bacteroidetes по сравнению с обычными мышами, тогда как доля бактерий группы Firmicutes, напротив, повышена. Схожие изменения были выявлены и у людей: при обследовании 12 пациентов с ожирением обнаружено, что в их кишечнике меньше Bacteroidetes и больше Firmicutes по сравнению с контрольной группой худых людей [42]. В соответствии с этими результатами, Zhang H.S. и др. [43] показали, что Prevotellaceae преобладают у лиц, страдающих ожирением. Спорные данные были недавно опубликованы Schwiertz и его коллегами [44]. Они определили соотношения Firmicutes и Bacterodetes у людей с избыточной и нормальной массой тела взрослых людей. Другое исследование, где с помощью диеты снижался вес, не нашли доказательств связи между Bacteroidetes и Firmicutes у людей, страдающих ожирением [45]. Следовательно, состав микробиома у людей, страдающих и не страдающих ожирением, все еще сомнителен, и необходимы дальнейшие научные изыскания для выяснения соотношений между составом микроорганизмов кишечника и нарушением обмена веществ.

Larsen N. и др. [46] предположили, что кишечная микрофлора у людей с диабетом 2 типа отличается от не страдающих диабетом лиц. Исследователи показали, что численность Firmicutes была значительно ниже, а количество Bacteroidetes и протеобактерий было несколько выше у больных сахарным диабетом по сравнению с контрольной группой. Соответственно, соотношение Bacteroidetes и Firmicutes значимо и положительно коррелировало со снижением толерантности к глюкозе. Предполагая, что сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе связаны с ожирением, результаты Larsen N. совпадают с данными, полученными Schwiertz [44], хотя и противоречат результатам других исследований [45].

Бактериальные группы, которые отличаются от диабетической и недиабетической микробиомом, включены Bacteroides, Prevotella группы класса клостридий C. coccoides-E.rectale, соотношения которых были значительно выше у больных сахарным диабетом. Эти результаты подтверждаются данными предыдущего исследования, показывающего снижение в Bacteroides, Prevotella spp., связанных с сильным снижением метаболических эндотоксемий и воспалением у мышей, страдающих 2 типом сахарного диабета [47]. Таким образом, отмечено значительное снижение Clostridium подвида, C. coccoides и увеличение Bacteroides, Prevotella в группе, где наблюдалась потеря веса в исследованиях на человеке [48]. Известны значительно более высокие уровни бацилл и лактобацилл в группе больных диабетом 2 типа по сравнению с контролем у мышей [48] и ожирения у взрослого человека [49].

Низкокалорийная диета в течение года привела к значительному снижению численности *Firmicutes* и росту численности *Bacteroidetes*, причем эти изменения коррелировали со степенью снижения массы тела [50].

В кишечном биоценозе также присутствуют метаногенные археи, среди которых преобладает Methanobrevibacter smithii. Эти выделяющие метан микроорганизмы повышают эффективность усвоения пищи микробным сообществом, поскольку они утилизируют водород и другие конечные продукты, образующиеся в результате ферментации полисахаридов. При двойной колонизации кишечника безмикробных мышей Methanobrevibacter smithii и Bacteroides thetaiotaomicron было установлено, что извлечение энергии из полисахаридов пищи более эффективно, чем при раздельной колонизации, и сопровождается увеличением массы жировой ткани [51].

Выводы

Широкое распространение дисбиотических процессов является одним из важнейших факторов, определяющих увеличение частоты и тяжести хронических заболеваний, постепенно увеличивающихся с возрастом.

Последние результаты исследований перевернули наши представления о патогенезе многих заболеваний, что вызвало огромный интерес к углубленному изучению микробиоты человека. Нынешние попытки распределить микрофлору человека на энтеротипы, каталогизировать, а также раскрыть взаимодействие этих бактерий между собой, необходимы для того, чтобы выяснить, к каким болезням предрасположен тот или иной человек, какая диета показана или противопоказана, как будет чувствовать себя больной при определённых заболеваниях и как отреагирует на приём того или иного лекарства, учитывая способность бактерий метаболизировать некоторые лекарства.

Большая проблема заболеваний ССС, сахарный диабет и ожирение способствуют поиску факторов, играющих роль в патогенезе этих заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Paul B. Eckburg, Elisabeth M. Bik, Charles N. Bernstein, Elizabeth Purdom, Les Dethlefsen, Michael Sargent, Steven R. Gill, Karen E. Nelson, and David A. Relman. Diversity of the Human Intestinal Microbial Flora. Science. 2005 June 10; 308(5728): 1635-1638
- 2 Turnbaugh PJ, Ley RE, Hamady M, Fraser-Liggett CM, Knight R, et al. The human microbiome project. Nature. 2007;449:804-810
- 3 Backhed F, Ley RE, Sonnenburg JL, Peterson DA, Gordon JI (2005) Host-bacterial mutualism in the human intestine. Science 307:1915-1920
- 4 Patel R.M, Lin P.W. Developmental biology of gutprobiotic interaction. Gut Microbes 2010;1:186-95
- 5 Claesson MJ, Cusack S, O'Sullivan O, Greene-Diniz R, de Weerd H, et al. (2010) Microbes and Health Sackler Colloquium: Composition, variability, and temporal stability of the intestinal microbiota of the elderly. Proc Natl Acad Sci U S A 15(Suppl 1): 4586-4591
- 6 Zoetendal EG, Rajilic. Stojanovic. M, de Vos WM (2008) High-throughput diversity and functionality analysis of the gastrointestinal tract microbiota. Gut 57: 1605-1615
- 7 Jernberg C, Lofmark S, Edlund C, Jansson JK (2007) Long-term ecological impacts of antibiotic administration on the human intestinal microbiota. ISME J 1: 56-66
- 8 Eckburg P.B., Bik E.M., Bernstein C.N., et al. (2005) Diversity of the human intestinal microbial flora. Science 308:1635-1638
- 9 Jalanka-Tuovinen J., Salonen A., Nikkila J., et al. (2011) Intestinal microbiota in healthy adults: temporal analysis reveals individual and common core and relation to intestinal symptoms. PLoS One 6(7):e23035
- 10 Lay C., et. al. (2005) Colonic microbiota signatures across five northern European countries. Appl Environ Microbiol 71 (7):4153-4155
- 11 Qin J., Li R., Raes J., et al. (2010) A human gut microbial gene catalogue established by metagenomic sequencing. Nature 464:59-65
- 12 Ley R.E., Peterson D.A., Gordon J.I. Ecological and evolutionary forces shaping microbial diversity in the human intestine. Cell 2006, 124:837-848
- 13 Manimozhiyan Arumugam, Jeroen Raes, Eric Pelletier, Denis Le Paslier, Takuji Yamada, Daniel R. Mende, Gabriel R. Fernandes, Julien Tap, Thomas Bruls, Jean-Michel Batto, Marcelo Bertalan, Natalia Borruel, Francesc Casellas, Leyden Fernandez, Laurent Gautier, Torben Hansen, Masahira Hattori, Tetsuya Hayashi, Michiel Kleerebezem, Ken Kurokawa, Marion Leclerc, Florence Levenez, Chaysavanh Manichanh, H. Bjorn Nielsen, Trine Nielsen, Nicolas Pons, Julie Poulain, Junjie Qin, Thomas Sicheritz-Ponten, Sebastian Tims, David Torrents, Edgardo Ugarte, Erwin G. Zoetendal, JunWang, Francisco Guarner, Oluf Pedersen, Willem M. de Vos, Soren Brunak, Joel Dore, Jean Weissenbach, S. Dusko Ehrlich, Peer Bork. Enterotypes of the human gut microbiome. Nature 473, 174 (2011)
- 14 Gary D. Wu, Jun Chen, Christian Hoffmann, Kyle Bittinger, Ying-Yu Chen, Sue A. Keilbaugh, Meenakshi Bewtra, Dan Knights, William A. Walters, Rob Knight, Rohini Sinha, Erin Gilroy, Kernika Gupta, Robert Baldassano, Lisa Nessel, Hongzhe Li, Frederic D. Bushman, James D. Lewis Linking Long-Term Dietary Patterns with Gut Microbial Enterotypes. Sciencexpress, Report. 1 September 2011 / Page 1 / 10.1126/science.1208344
- 15 Martens E.C., Koropatki N.M., Smit T.J. & Gordon J. I. Complex glycan catabolismby the human gut microbiota: the Bacteroidetes Sus-like paradigm. J. Biol. Chem. 284, 24673–24677 (2009)
- 16 Lay C., et. al (2005) Colonic microbiota signatures across five northern European countries. Appl Environ Microbiol 71 (7):4153-4155

- 17 Hayashi H., Sakamoto M., Benno Y. (2002) Fecal microbial diversity in a strict vegetarianas determined by molecular an alysis and cultivation. Microbiol. Immuno. I46(12):819-831
- 18 Carlotta De Filippo, Duccio Cavalieri, Monica Di Paola, Matteo Ramazzotti, Jean Baptiste Poullet, Sebastien Massart, Silvia Collini, Giuseppe Pieraccini, Paolo Lionetti Impact of diet in shaping gut microbiota revealed by a comparative study in children from Europe and rural Africa. PNAS. August 17, 2010. vol. 107. no. 33. 14691-14696
- 19 Gavini, F., C. Cayuela, J.-M. Antoine, C. Lecoq, B. Lefebvre, J.-M. Membre, and C. Neut. 2001. Differences in the spatial distribution of bifidobacterial and enterobacterial species in human faecal microflora of three different (children, adults, elderly) age groups. Microb. Ecol. Health Dis. 13:40-45
- 20 Woodmansey E.J. Intestinal bacteria and ageing. Journal of Applied Microbiology 102 (2007) 1178-1186
- 21 Hopkins, M.J. and Macfarlane, G.T. (2002) Changes in predominant bacterial populations in human faeces with age and with Clostridium difficile infection. J Med Microbiol 51, 448-454
- 22 Woodmansey E.J. Intestinal bacteria and ageing. Journal of Applied Microbiology 102 (2007) 1178-1186
- 23 Guarner F, Bourdet-Sicard R, Brandtzaeg P, Gill HS, McGuirk P, van EdenW, Versalovic J, Weinstock JV, Rook GA. 2006. Mechanisms of disease: The hygiene hypothesis revisited. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 3: 275-284
- 24 Frank DN, St Amand AL, Feldman RA, Boedeker EC, Harpaz N, Pace NR. 2007. Molecular-phylogenetic characterization ofmicrobial community imbalances in human inflammatory bowel diseases. Proc Natl Acad Sci 104: 13780-13785
- 25 Sokol H, Seksik P, Furet JP, Firmesse O, Nion-Larmurier I, Beaugerie L, Cosnes J, Corthier G, Marteau P, Dore J. 2009. Low counts of Faecalibacterium prausnitzii in colitis microbiota. Inflamm Bowel Dis 15: 1183-1189
- 26 Penders J, Stobberingh EE, van den Brandt PA, Thijs C. The role of the intestinal microbiota in the development of atopic disorders. Allergy 2007;62(11):1223–1236. [PubMed: 17711557]
- 27 Scanlan PD, Shanahan F, Clune Y, et al. Culture-independent analysis of the gut microbiota in colorectal cancer and polyposis. Environ Microbiol 2008;10(3):789–798. [PubMed: 18237311]
- 28 Gori A, Tincati C, Rizzardini G, et al. Early impairment of gut function and gut flora supporting a role for alteration of gastrointestinal mucosa in human immunodeficiency virus pathogenesis. J Clin Microbiol 2008;46(2):757–758. [PubMed: 18094140]
- 29 Kobayashi T, Okamoto S, Hisamatsu T, et al. IL23 differentially regulates the Th1/Th17 balance in ulcerative colitis and Crohn's disease. Gut 2008;57(12):1682–1689. [PubMed: 18653729]
- 30 Chow J, Mazmanian SK. Getting the bugs out of the immune system: do bacterial microbiota "fix" intestinal T cell responses? Cell Host Microbe 2009;5(1):8–12. [PubMed: 19154983]
- 31 Dicksved J, Halfvarson J, Rosenquist M, Jarnerot G, Tysk C, Apajalahti J, Engstrand L, Jansson JK. 2008. Molecular analysis of the gut microbiota of identical twins with Crohn's disease. ISME J 2: 716–727
- 32 Giada De Palma, Inmaculada Nadal, Marcela Medina, Ester Donat, Carmen Ribes-Koninckx, Miguel Calabuig, Yolanda Sanz Intestinal dysbiosis and reduced immunoglobulincoated bacteria associated with coeliac disease in children. BMC Microbiology 2010, 10:63 1471-2180
- 33 Петухов В.А. Нарушение функций печени и дисбиоз при липидном дистресс-синдроме Савельева и их

коррекция пробиотиком Хилак-форте// РМЖ. - 2002. -T. 10, № 4. – C. 77-89

34 Wells JC Is obesity really due to high energy intake or low energy expenditure? Int J Obes Relat Metab Disord 1998 Nov;22(11):1139-40

35 Backhed F., Ding H., Wang T. et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage // Proc Natl Acad Sci USA. 2004, Nov 2; 101 (44): 15718-15723

36 Turnbaugh P. J., Ley R. E., Mahowald M. A., Magrini V., Mardis E. R., Gordon J. I. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest // Nature. 2006; 444 (7122): 1027-1031

37 Wellen K. E, Hotamisligil G. S. Inflammation, stress and diabetes // J Clin Invest. 2005; 115 (5): 1111-1119

38 Cani P. D., Amar J., Iglesias M. A. et al. Metabolic endotoxemia initiates obesity and insulin resistance // Diabetes. 2007 Jul; 56 (7): 1761-1772

39 Cani P. D., Bibiloni R., Knauf C., Waget A., Neyrinck A. M., Delzenne N. M., Burcelin R. Changes in Gut Microbiota Control Metabolic Endotoxemia-Induced Inflammation in High-Fat Diet-Induced Obesity and Diabetes in Mice // Diabetes. 2008, Jun; 57 (6): 1470-1481

40 Creely S. J., McTernan P. G., Kusminski C. M. et al. Lipopolysaccharide activates an innate immune system response in human adipose tissue in obesity and type 2 diabetes // Am J Physiol Endocrinol Metab. 2007 Mar; 292 (3): 740-747

41 Ley R. E., Backhed F., Turnbaugh P. J., Lozupone C. A., Knight R. D., Gordon J. I. Obesity alters gut microbial ecology // Proc Natl Acad Sci USA. 2005, Aug 2; 102 (31): 11070-11075

42 Ley RE, Backhed F, Turnbaugh P, Lozupone CA, Knight RD, et al. (2005) Obesity alters gut microbial ecology. Proc Nat Acad Sci USA 102: 11070-11075. Find this article online

43 Zhang H.S., DiBaise JK, Zuccolo A, Kudrna D, Braidotti M, et al. (2009) Human gut microbiota in obesity and after gastric bypass. Proc Nat Acad Sci USA 106: 2365-2370. Find this article online

44 Schwiertz A, Taras D, Schafer K, Beijer S, Bos NA, et al. (2009) Microbiota and SCFA in lean and overweight healthy subjects. Obesity. Advance online publication

45 Nadal I, Santacruz A, Marcos A, Warnberg J, Garagorri M, et al. (2009) Shifts in clostridia, bacteroides and immunoglobulin-coating fecal bacteria associated with weight loss in obese adolescents. Int J Obes 33: 758-767

46 Larsen N, Vogensen FK, Van Den Berg FW, Nielsen DS, Andreasen AS, et al. (2010) Gut microbiota in human adults with type 2 diabetes differs from nondiabetic adults. PLoS One 5: e9085

47 Niu J., Azfer A., Zhelyabovska O., Fatma S., Pappachan E., Kolattukudy. Monocyte Chemotactic Protein (MCP)-1 Promotes Angiogenesis via a Novel Transcription Factor, MCP-1-induced Protein (MCPIP) Originally published In Press as doi:10.1074/jbc.M802139200 on March 24, 2008 J. Biol. Chem., Vol. 283, Issue 21, 14542-14551, May 23, 2008

48 Armougom F, Henry M, Vialettes B, Raccah D, Raoult D (2009) Monitoring bacterial community of human gut microbiota reveals an increase in Lactobacillus in obese patients and methanogens in anorexic patients. Plos One 4: e7125. Find this article online

49 Cani P.D, Rottier O, Goiot Y, Neyrinck A, Geurts L, et al. (2008) Changes in gut microbiota control intestinal permeability-induced inflammation in obese and diabetic mice through unexpected dependent mechanisms. Diabetologia 51: S34-S35. Find this article online

50 Samuel B.S., Gordon J.I. A humanized gnotobiotic mouse model of hostarchaeal-bacterial mutualism // Proc Natl Acad Sci USA. 2006, Jun 27; 103 (26): 10011-10016

51 Brugman S., Klatter F. A., Visser J. T. et al. Antibiotic treatment partially protects against type 1 diabetes in the bio-breeding diabetes-prone rat: is the gut flora involved in the development of type 1 diabetes? // Diabetologia. 2006, Sep; 49 (9): 2105-2108

ТҰЖЫРЫМ

А.Р. КҮШҰҒҰЛОВА, С.С. КОЖАХМЕТОВ, С.А. САДУАҚАСОВА, Г.С. ШАХАБАЕВА, И.К. ТЫНЫБАЕВА, Т.С. НҰРҒОЖИН, ж.ш. жұмаділов

ЧУ «Өмір туралы ғылым орталығы»,

Астана қ., Қазақстан

ІШЕК МИКРОБИОМАСЫНЫҢ МЕТАГЕНОМДЫ ЗЕРТТЕУЛЕРІНІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Адамның микробиомасының соңғы мәліметтері көптеген аурулардың патогенезі туралы стандартты түсініктерді өзгертті және адамның микробиотасын тереңірек зерттеудің негізгі факторы болды.

Ішектің микробиотасындағы өзгерістер ішек ауруларының қабынуымен, жара колитімен, аллергиялық реакцияның дамуына, тыныс демікпесімен, ішек құртымен, АИВ, атеросклерозбен, екінші түрдегі қант диабетімен, майланумен және т.б. байланысты болады.

Қазіргі таңда адамның микрофлорасын энтеротиптерге бөлү талпынысы, тізімдеу, сонымен қатар осы бактериялардың өзара қарым-қатынасын ашу, жаңа биомаркерлерді тануға, диагностикалық құралдарды әзірлеуге және алдын – ала емдеу және терапевттік мақсатта адамның микробиомасын бақылаудың тиімді тәсілдерін табуға қажет.

Негізгі сөздер: ішектің микробиомы, энтеротиптер, атеросклероз, семіру және қант диабеті.

SUMMARY

A.R. KUSHUGULOVA, S.S. KOZHAHMETOV, S.A. SADUAHASOVA, G.S. SHAHABAYEVA, I.K. TYNYBAYEVA, T.S. NURGOZHIN, Z.Sh. ZHUMADILOV

Center for Life Sciences Private Institution,

Astana c., Kazakhstan

CURRENT ISSUES IN METAGENOMIC RESEARCH OF INTESTINAL MICROBIOME

The last evidence of the human microbiome changed standard concepts of the pathogenesis of many diseases and served as a trigger factor for in-depth study of the human

The changes in the intestinal microbiota are associated with inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, the development of allergic reactions, bronchial asthma, bowel cancer, HIV, atherosclerosis, type II diabetes, obesity, etc.

Current efforts to divide the human microflora into enterotypes and catalog them, as well as to reveal the interaction of these bacteria with each other, are necessary in order to identify new biomarkers, to develop diagnostic tools and to find effective ways to control the human microbiome with the aim of prophylaxis and therapy.

Key words: Gut microbiome, enterotypes, atherosclerosis, obesity and diabetes mellitus.

УДК 614.2-614.88

Д.С. МУСИНА, У.С. САМАРОВА, Ж.М. ТЕНТЕКПАЕВ

Государственный медицинский университет города Семей, КГКП «Поликлиника №1», г. Павлодар

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В данной работе были оценены основные демографические показатели, данные бюро госпитализации, стимулирующий компонент к подушевому нормативу.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, демографические показатели, госпитализация, стимулирующий компонент к подушевому нормативу.

огласно концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Республике Казахстан, на территории страны происходит поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи населению. Меняются приоритеты – центр тяжести смещается с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторное звено [1]. Общий уровень доступности и качества медицинской помощи в значительной мере определяется на амбулаторном этапе [2].

В настоящее время происходит формирование разных моделей организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе поэтапного внедрения врача общей практики [3]. Врачам общей практики, действующим в структуре амбулаторных учреждений, отводится основная роль в системе ПМСП, призванной осуществлять основной объем профилактической работы, удешевить процесс лечения, обеспечить определенный социальный эффект [4].

Благодаря Единой Национальной Системе Здравоохранения Министерством здравоохранения РК для совершенствования методов мотивации труда медицинских работников ежеквартально выделяются средства (стимулирующий компонент к подушевому нормативу) участковой службе за доступную и качественную первичную медицинскую помощь. Работа участковой службы оценивается следующими индикаторами: материнская смертность, беременность женщин с экстрагенитальной патологией, уровень абортов по отношению к родам, детская смертность от ОКИ и ОРИ, несвоевременно диагностированный туберкулез легких, запущенные случаи злокачественных новообразований визуальной локализа-

ции 3-4 стадии, уровень госпитализированных больных с осложнениями заболеваний ССС, случаи необоснованной госпитализации лиц с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару.

Цель исследования – улучшить деятельность первичной медико-санитарной помощи путем оценки организации амбулаторнополиклинического учреждения.

Задачи исследования:

- 1. Рассчитать основные демографические показатели:
 - 2. Оценить организацию расчета СКПН;
- 3. Провести мониторинг плановой госпитализации на республиканском и региональном уровнях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Объект исследования. Данное исследование проводилось в КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара. Количество при-

крепленного населения к поликлинике – 91080 (2012), 91340 (2011).

Материал и методы

Материалом исследования являлись статистические данные отделов статистики и контроля качества медицинских услуг.

Используемые методы исследования: информационно-аналитический, статистический, поперечный анализ.

Дизайн исследования: Дескриптивное исследование. Дескриптивное исследование предназначено для организаторов здравоохранения. Данный вид дизайна помогает определить программы дальнейшего развития здравоохранения и усовершенствования первичной медико-санитарной помощи населению. Статистические данные Портала бюро госпитализации помогли выявить случаи, связанные с неправильной госпитализацией больных. По демографическим показателям можно судить о качестве и уровне оказываемой медицинской помощи. С помощью портала СКПН рассчитали основные индикаторы деятельности ПМСП со ставкой вознаграждения за каждый индикатор.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования были рассчитаны демографические показатели, оценена работа Портала бюро госпитализации, СКПН КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара, результаты математических вычислений и статистических данных в таблицах 1, 2, 3, 4, 5.

Многие показатели данного учреждения улучшились. Наблюдается улучшение демографической ситуации, повышение уровня рождаемости, снижение и стабилизация показателя смертности, увеличение коэффициента

Таблица 1 — Демографические показатели КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара

Демографические	201	Год	2012 год		
показатели	абс. ч.	отн. ч.	абс. ч.	отн. ч.	
Показатель рождаемости на 1000 населения	1635	17,9±0,8	1740	19,1±0,8	
Показатель смертности на 1000 населения	929		849	9,3±0,6	
Младенческая смертность на 1000	4.5			4 () 2	
родившихся живыми	15	9,1±4	8	4,6±3	
Естественный прирост	706	7,7±0,5	891	9,8±0,6	

Таблица 2 — Плановая госпитализация в круглосуточные стационары

Плановая	201	I год	2012 год		
госпитализация	абс. ч.	отн. ч.	абс.ч	отн.ч	
Госпитализировано	7014	7,7±0,2	7216	7,9±0,2	
Внештатные ситуации	167	2,4±0,4	209	2,9±0,4	

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 3 — Объем финансирования по республике на стимулирующий компонент к подушевому нормативу

7	2011 год	2012 год		
Квартал	сумма, тг.	квартал	сумма, тг.	
1	1707807283,99	1	2087327656,81	
2	1941216177,17	2	2253596048,23	
3	2155109726,18	3	2129356292,81	
4	2028672336,41	4	2377727403,45	
Итого	7832805523,75	итого	8848007401,3	

Таблица 4 — Стимулирующая надбавка для медицинских работников КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара

	2011 год	2012 год		
Квартал	сумма, тг.	квартал	сумма, тг.	
1	14788346,83	1	13216537,62	
2	15859097,31	2	13165945,76	
3	12571884,43	3	9312812,63	
4	14201870,41	4	13276473,16	
Итого	57421198,98	итого	48971769,17	

Таблица 5 — Стимулирующая надбавка для медицинских работников КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара со значением индикаторов и ставкой вознаграждения за индикаторы

Nº	Къ	Индикаторы		Значение и		Ставка вознаграждения сумма, тг.		
INE	L/R	2011 год 2012 год		2011 год	о 2012 год	2011 год	2012 год	
1	1 2 3 4	Материнская смертность, п тимая на уровне ПМСП	0 0 0 0	0 0 0 0	5099791,11 4588692,59 0,000 3913914,05	3386282,84 3142351,48 0,000 3352423,47		
2	1 2 3 4	Беременность ЖФВ с ЭГП здоровых ЖФВ)	(от числа	26,3±3,2 23,6±2,9 31,7±3,2 30,2±3,4	27,6±3,2 29,0±3,3 29,0±3,3 25,9±3,6	1253215,71 1551493,39 1364436,15 1304623,09	817022,00 1018353,01 1020673,21 1147759,01	
3	1 2 3 4	Случаи подростковой беременности (15-18 лет)	-	0,5±0,5 0,6±0,5 1,2±0,8 1,7±0,9	-	1661295,59 1527075,74 1438534,22 1243230,38	-	
4	1 2 3 4	Уровень абортов по отно родам	42,2±4,9 38,8±4,5 34,8±4,6 32,6±4,8	31,9±4,5 26,7±4,4 27,2±4,2 32,4±5,4	982642,68 1550163,33 1537381,82 1310542,44	768632,46 1097404,81 1033106,80 931664,02		
5	1 2 3 4	Детская смертность от 7 длет, предотвратимая на урог (ОКИ, ОРИ)	0 0 0	0 0 0	3399860,74 3059128,40 3009734,75 2609276,04	2257521,90 2094900,99 2104839,11 2234948,98		
6	1 2 3 4	Несвоевременно диагности туберкулез легких (от числа менно диагностированного леза легких)	30,4±19,1 30,0±10,2 7,1±13,7 17,6±18,4	31,3±23,2 30,4±19,1 43,7±24,8 53,8±27,6	591280,13 756469,25 921589,83 581468,39	482628,30 519811,54 448136,26 490103,90		
7	1 2 3 4	Впервые выявленные случай ственного новообразования ной локализации 3-4 стадии впервые выявленных случае	29,6±17,5 20±17,8 5±9,7 33,3±27,2	23,8±18,5 23,3±15,4 15,4±14,1 4,9±6,7	1196247,30 1660754,89 1726637,31 931728,98	1222117,12 1039968,70 1127551,80 1232013,69		
8	1 2 3 4	Уровень госпитализированнь с осложнениями заболевани	74,8±3,3 69,1±3,5 70,4±3,8 70,0±3,7	65,7±3,5 64,5±3,8 58,5±4,3 60,8±4,3	214339,05 751159,16 680021,34 609394,39	193546,12 495415,75 522219,15 508991,46		
9	1 2 3 4	Количество обоснованных ж	0,0039 0 0 0	0 0 0,001 0,001	389674,53 414160,56 752433,69 652319,01	1128760,95 1047450,49 476038,00 557701,47		
10	1 2 3 4	Случаи необоснованной гос ции лиц с обострениями хр заболеваний, не требующих зации в круглосуточный ста	- - 27,1±4,7 1,3±1,1	0,5±0,2 0,6±0,2 0,6±0,2 0,6±0,3	- 1141115,32 1045373,64	1418281,35 1537948,12 1483720,89 1546791,83		
	1 2 3 4	Уровень госпитализации в стационар и стационар на отношению к круглосуточиционару	- - -	23,1±1,2 25,3±1,2 25,2±1,2 28,7±1,4	- - -	1541744,59 1172340,87 1096527,40 1274075,34		
Итс	ГО					57421198,98	48971769,17	

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

естественного прироста населения до 9,8±0,6 (2011 г. - 7,7±0,5) на 1000 населения. Если общий коэффициент рождаемости (в %) колеблется от 15 до 19,9, то оценка уровня рождаемости считается ниже среднего. Если общий коэффициент смертности (в %) равен от 10 до 14,9, то показатель смертности оценивается как низкий. В данном случае показатель рождаемости на 1000 населения за 2011 год равен 17,9±0,8, за 2012 год – 19,1±0,8. Уровень рождаемости за 2 года ниже среднего, показатель увеличился на 7%. Показатель смертности на 1000 населения снизился на 8%, уровень смертности средний. Младенческая смертность снизилась в 2 раза, уровень младенческой смертности составлял в 2011 году 9,1±4, в 2012 году 4,6±3 (низкий) на 1000 родившихся живыми (табл. 1). Отмечается тенденция незначительного увеличения внештатных ситуаций с 2,4±0,4 до 2,9±0,4 (табл. 2).

За 2011 год объем финансирования по республике на стимулирующий компонент к подушевому нормативу составил 7832805523,75 тг., 2012 год 8848007401,3 тг, объем финансирования увеличился на 11,4%. (табл. 3). Стимулирующая надбавка для медицинских работников КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара в 2011 году составляла 57421198,98 тг., в 2012 г. 48971769,17 тг. Стимулирующая надбавка снизилась на 14,7 %, это связано с тем, что показатели ПМСП ухудшились (табл. 4, 5).

Обсуждение

С каждым годом проблема распространения онкологических заболеваний становится все серьезнее, о чем говорит статистика данного учреждения. Участковая служба, в состав которой в идеале должны входить врачи общей практики, участковые медицинские сестры. социальные работники, проводит профилактическую работу с населением, но каждый раз регистрируются новые случаи новообразований. Это связано с тем, что специалисты обслуживают не свое прикрепленное население. В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» гражданам гарантируется свободный выбор медицинской организации и врача, право на качественную и своевременную медицинскую помощь, но каждая поликлиника или семейная врачебная амбулатория должна стремиться прикреплять здоровое население, так как от этого зависит стимулирующий компонент для каждого участка. Новые случаи рака могут снизить их ежеквартальную оплату, так как это один из индикаторов, оценивающих работу медицинского персонала. Для того чтобы исключить регистрацию рака у пациентов, необходимо перепроверять, прикреплен ли пациент в портале регистра прикрепленного населения, это поможет снизить показатели данного индикатора и этим самым увеличить их стимулирующий компонент. Тенденция незначительного увеличения внештатных ситуаций связана с тем, что, регистрируя пациентов через портал бюро госпитализации, врачи указывают неправильный код заболевания по МКБ-10, также некоторые заболевания можно лечить на уровне дневного стационара.

Выводы

Таким образом, для совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи необходимо следующее:

- 1. Для снижения ошибок по всем случаям необходимо проводить служебные разборы, также всем заведующим структурными подразделениями обозначить персональную ответственность по недопущению внештатных ситуаций.
- 2. Необходимо создать систему медицинской экспертизы для улучшения качества медицинских услуг.
- 3. Необходимо знать врачам перечень заболеваний лечащихся в дневном стационаре, незнание таких элементарных вещей приводит к увеличению движения пациентов и внештатных ситуаций.

- 4. Необходимо снизить уровень потребления стационарной помощи, оказывая стационарозамещающую помощь.
- 5. Снижая уровень потребления стационарной помощи, экономим государственный бюджет и увеличиваем средства, заложенные на мотивацию медицинских работников.
- 6. Обслуживание пациентов, не прикрепленных к поликлинике, приводит к увеличению индикаторов и снижению стимулирующего компонента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113
- 2 Ricbard J. Baron, MD, Maryland, USA. "New pathways for primary care: an update on primary care programs from the innovation center at CMS"// Journal Article. Annals of Family Medicine 2012 Mar-Apr; Vol. 10 (2), pp. 152-5
- 3 Чижикова Т.В. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению сельского муниципального района // Социальные аспекты здоровья населения. Москва. 2010. №2
- 4 Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторнополиклинической службе // Главврач. 2006. №6. С. 41-50

ТҰЖЫРЫМ

Д.С. МУСИНА, У.С. САМАРОВА, Ж.М. ТЕНТЕКПАЕВ

Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті,

Павлодар қаласының «№ 1 емханасы» МКК

АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ – САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ҰЙЫМЫН ЖЕТІЛДІРУ

Кіріспе. Алғашқы медициналық көмек көрсетуді дамыту денсаулық сақтау жүйесі қызметінің қолжетімділігін, сапасын және тиімділігін арттыруда негізгі бағыт болып табылады. Елеулі мақсатта медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасының жалпы деңгейі амбулоториялық кезеңде анықталады. Бұл жұмыста халыққа медициналық – санитарлық көмек көрсетуді ұйымдастыру мәселелері қарастырылған: негізгі демографиялық көрсеткіштер, компонентті нормативке ынталандырған ауаруханаға жатқызу бюросының мәліметтері.

Зерттеудің материалдары мен әдістері: Медициналық қызметтердің статистика және сапа бақылауы бөлімдерінің статистикалық мәліметтері зерттеудің материалдары болып табылды.

Зерттеудің пайдаланылған әдістері: ақпараттықаналитикалық, статистикалық, көлденең талдаулар.

Зерттеу нәтижелері. Осы мекеменің көптеген көрсеткіштері жақсарды. Демографиялық жағдайдың, туылу деңгейінің артуы, өлім көрсеткішінің төмендеуі мен тұрақтануы, 1000 адамға дейін 9,8±0,6 (2011 г. - 7,7±0,5) халықтың табиғи өсу коэффициентінің артуы байқалады. Туылу көрсеткіштері 2011 жылы 1000 адамға 17,9±0,8 тең, 2012 жылы – 19,1±0,8. 2 жылдың ішінде туылу деңгейі орташадан төмен, көрсеткіш 7 % артты. Өлім көрсеткіші 1000 адамға 2011 жылы 10,2±0,6 тең, 2012 жылы 9,3±0,6. Өлім көрсеткіші 1000 адамға 8% төмендеді, өлім деңгейі орташа. Сәбилердің өлу көрсеткіші 2 есеге төмендеді, сәбилердің өлу деңгейі 2011 жылы 9,1±4 құрады, 2012 жылы 1000 тірі туылғандарға 4,6±3 (төмен). Штаттан тыс жағдайлардың аздап өскені туралы тенденция байқалады 2,4±0,4-тен 2,9±0,4-ке дейін. Ынталандыру қосымшасы Павлодар қаласының «№1 емханасы» МКК медициналық қызметкерлері үшін 2011 жылы 57421198,98 теңгені құрады,

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ал 2012 жылы 48971769,17. Ынталандыру қосымшасы 14,7 % төмендеді, АМСК көрсеткіштері нашарлады.

Қорытынды. Емделушілердің қозғалуының артуына медициналық көмекті дұрыс ұйымдастырмау болып табылады. Емханаға тіркелмеген емделушілерге қызмет көрсету көрсеткіштердің артуына және ынталандыру компонентінің төмендеуіне әкеледі. Алғашқы медициналық – санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру үшін мыналар қажет: барлық жағдайлар бойынша қателерді төмендету үшін қызметтік талдаулар жүргізу керек, сонымен қатар құрылымдық бөлімшелердің барлық меңгерушілеріне штаттан тыс жағдайларды енгізбегені үшін дербес жауапкершілікке тағайындау; медициналық қызметтің сапасын арттыру үшін медициналық сараптама жүйесін құру керек.

Негізгі сөздер: алғашқы медициналық-санитарлық көмек, демографиялық көрсеткіштер, ауруханаға жатқызу, нормативке ынталандыру компоненті.

S U M M A R Y D.S. MUSSINA, U.S. SAMAROVA, Zh.M. TENTEKPAYEV

Semey State Medical University,

Polyclinic №1 Municipal State Enterprise in Pavlodar c.
IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION OF PRIMAR)

IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE

Introduction. The development of primary health care is a key direction of the improvement in the accessibility, quality and effectiveness of health care services. The overall level of the accessibility and quality of medical care is largely determined at the outpatient stage. In this work, the issues of the organization of primary health care of the population are considered: the main demographic indices, data of hospitalization bureau, stimulating component to the normative standard per capita have been estimated.

Materials and methods. The materials of the study were the statistical data of the departments of statistics and quality control of medical services.

Used methods in the study: information-analytical, statistical, transverse analysis

Results. Many of the indicators of the institution have been improved. There was an improvement in the demographic situation, an increase in the birth rate, a decrease and stabilization in the mortality rate, an increase in the rate of natural population growth to 9.8 ± 0.6 (2011 – 7.7 ± 0.5) for 1000 population. For the year 2011, the birth rate was 17.9 ± 0.8 for 1000 population. and for the year 2012, it was 19.1 ± 0.8 . The birth rate for 2 years was below the average; the rate increased by 7%. For the year 2011, the death rate was 10.2 ± 0.6 for 1000 population, and for the year 2012, it was 9.3 ± 0.6 . The death rate per 1,000 population decreased by 8%; the mortality rate was average. The infant mortality rate decreased by 2 times; in 2011, the infant mortality rate was 9.1 ± 4 , and in 2012, it was 4.6 ± 3 (low) for 1000 live births. There was a tendency to a slight increase in abnormal situations from 2.4±0.4 to 2.9±0.4. In 2011, the additional incentive for the medical staff of Polyclinic № 1 Municipal State Enterprise in Pavlodar was KZT 5742119898; in 2012, it was KZT 4897176917. The additional incentive decreased by 14.7%, due to the fact that the primary health care indicators worsened.

Conclusion. The improper organization of medical care was leading to an increase in the patient flow. The medical services provided to the patients not assigned to the polyclinic led to the increase in the indicators and to the reduction of the stimulating component. To improve the organization of primary health care it is necessary: in all cases to conduct in-house debriefings in order to reduce errors, as well the heads of structural units should assign a personal responsibility to prevent abnormal situations; it is necessary to set up a system of medical expertise to improve the quality of medical services.

Key words: primary health care, demographic indices, hospitalization, stimulating component to the normative standard per capita.

Рецензент: профессор, директор Павлодарского филиала ГМУ г. Семей С.Б. Имангазинов.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

УДК 617.7(574)

Т.К. БОТАБЕКОВА, Г.У. КУЛКАЕВА, Ж.К. БУРИБАЕВА, Д.Б. АБДРАХИМОВА Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней МЗ РК, г. Алматы

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА В РЕАЛИЗАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ВОЗ НА 2014-2019 ГГ. «ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ»

На 66-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (март 2013 г.) принят План действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014-2019 гг.». Индикатором достижения глобальной цели является сокращение масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и нарушений зрения от базисного показателя 2010 г. (3,18%) на 25% к 2019 г. (до 2,37%). Для каждой из этих задач разработаны показатели реализации.

В статье оцениваются индикаторы масштабов и причин нарушений зрения, состояния офтальмологической службы (в т.ч. кадров) и катарактальной хирургии в Казахстане. Представлены возможные направления реализации плана ВОЗ по предупреждению слепоты и слабовидения в Казахстане.

Ключевые слова: офтальмология Казахстана, план ВОЗ, слепота и нарушения зрения, индикаторы реализации, направления развития.

ПЛАН ВОЗ «ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ: ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА 2014-2019 гг.»

По оценкам ВОЗ, в 2010 г. в мире насчитывалось 285 млн. человек с нарушениями зрения, из которых 39 млн.

были слепыми. При этом 75% всех случаев нарушений зрения и слепоты являются предупреждаемыми. Две основные причины нарушений зрения в мире – это некорригированные аномалии рефракции (42%) и катаракта (33%).

Наиболее часто нарушения зрения встречаются у пожилых людей. В 2010 г. 82% слепых и 65% людей с умеренной или серьезной слепотой были старше 50 лет. К 2019 г. 84% всех случаев нарушений зрения будут приходиться на людей в возрасте 50 лет и старше. Чаще страдают от нарушений зрения малоимущие слои населения.

На 66-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (март 2013 г.) принят План действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014-2019 гг.».

Концепция глобального плана действий заключается в достижении мира, где не будет людей с нарушением зрения без причин, а люди с неизбежной потерей зрения смогут в полной мере реализовать свой потенциал, а также будет обеспечен всеобщий доступ к комплексным офтальмологическим службам.

Основная цель плана – сокращение предупреждаемых нарушений зрения в качестве глобальной общественной проблемы здравоохранения и обеспечении доступа к службам восстановления здоровья для людей с нарушением зрения.

В концепции ставятся задачи:

- 1) оценить масштабы и причины нарушений зрения, а также эффективность работы служб, в т.ч. обращается внимание на наличие систем мониторинга офтальмологической заболеваемости и деятельности офтальмологической службы. «...Системы мониторинга и оценки офтальмологических служб и эпидемиологических тенденций болезней глаз должны быть интегрированы в национальные системы медицинской информации. Информация, полученная в результате мониторинга и оценки, должна использоваться при планировании услуг и распределении ресурсов»;
- 2) разработать национальную программу по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения, включая вопросы развития кадрового потенциала, финансирования, эффективного сотрудничества с частным сектором и социальным предпринимательством, а также для оказания медицинской помощи самым уязвимым группам населения. «...Правительствам необходимо инвестировать средства в сокращение предупреждаемых нарушений зрения за счет принятия экономически эффективных профилактических мер и оказания поддержки людям с необратимыми нарушениями зрения в преодолении проблем, с которыми они сталкиваются в плане доступа к службам здравоохранения, реабилитации, поддержки и содействия, условий жизнедеятельности, образования и трудоустройства».

3) разработка и реализация межотраслевых проектов и эффективных партнерств по укреплению здоровья глаз. «....Программы здоровья глаз следует включать в более широкие программы по борьбе с неинфекционными и инфекционными заболеваниями, а также в программы, посвященные вопросам старения населения. Проверенные факторы риска по некоторым причинам слепоты (например, сахарный диабет, курение, преждевременные роды, краснуха и дефицит витамина А) должны быть постоянно на контроле с помощью многосекторных профилактических мер».

В глобальном плане действий индикатором достижения глобальной цели является сокращение масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и нарушений зрения от базисного показателя 2010 г. (3,18%) на 25% к 2019 г. (до 2,37%).

Для каждой из этих задач разработаны показатели реализации. При этом основными индикаторами оценки

уровня офтальмологической службы на национальном уровне являются:

- 1) уровень распространенности и причины нарушений зрения;
 - 2) численность специалистов по глазным болезням;
- 3) хирургическая активность при катаракте (коэффициент операций по удалению катаракты и охват пациентов с двусторонней катарактой).

Основные усилия предполагается направить на сокращение распространенности предупреждаемых случаев нарушений зрения в возрастной группе старше 50 лет, в основном, это – катаракта и нескорректированные аномалии рефракции у пожилых людей.

ТРИ ПОКАЗАТЕЛЯ МОНИТОРИНГА ОСНОВНОЙ ЦЕЛИ В КАЗАХСТАНЕ

I. Масштабы и причины нарушений зрения и состояние офтальмологической службы

По данным официальной статистики (Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г.») в общей структуре общей заболеваемости населения РК офтальмопатология занимает 5 место после заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочеполовой системы.

Общая заболеваемость глазной патологией постепенно растет и составила 5838 на 100 тыс. населения в 2011 г. Ежегодно регистрируется около 1 млн. жителей РК с различной патологией органа зрения (6% от общей численности населения страны).

Первичная заболеваемость глазной патологией незначительно уменьшилась с 2672,4 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 2607,1 в 2012 г. Этот показатель в возрастном разрезе наиболее высок среди подростков (4379,9) и детей в возрасте 0-14 лет (3257,4). Сравнительно низкий уровень первичной заболеваемости наблюдается среди взрослых – 2257,2.

Основными причинами снижения зрения в РК являются аномалии рефракции, глаукома, травмы органа зрения, диабетическая ретинопатия, катаракта, возрастная макулярная дегенерация, ретинопатия недоношенных.

Распространенность катаракты и глаукомы на 100 тыс. взрослого населения составляет 805,5 и 730, соответственно, диабетической ретинопатии – 26,8 на 10 тыс. больных сахарным диабетом. Частота ретинопатии недоношенных – 36,3%.

Первичная заболеваемость глаукомой в РК возросла с 70,8 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 83,6 в 2012 г. (рост на 18%), что, вероятно, обусловлено внедрением программы скринингового обследования населения РК на глаукому с апреля 2011 г. Уровень первичной заболеваемости глаукомой среди городских жителей значительно возрос с 79,6 в 2011 г. до 98,4 в 2012 г. (на 24%), в меньшей степени – среди сельских жителей (с 59,2 до 63,9 – на 8%).

Причинами инвалидности в РК, как первичной, так и повторно установленной, являются миопия, глаукома, травмы органа зрения, диабетическая ретинопатия, катаракта. Первичная инвалидность имеет стабильный уровень с тенденцией к увеличению.

Офтальмологическая помощь населению РК оказывается в организациях ПМСП и больничных учреждениях. Согласно приказу МЗ РК №120 от 28.02.12 г. «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих офтальмологическую помощь населению РК» создается сеть специализированных кабинетов – охраны зрения детей и подростков, глаукомных, сосудистой офтальмопатологии, кабинетов контактной коррекции. Функционирует система направления в специализированные учреждения и реабилитационные

службы для людей с нарушением зрения. Осуществляются меры по оказанию медицинской и социальной реабилитации, адаптации слепых и слабовидящих.

Согласно приказу МЗ РК №12 от 08.01.13 г. «Об утверждении правил оплаты ГОБМП за оказанные медуслуги в рамках ГОБМП, осуществляемые за счет средств республиканского бюджета» анализируются показатели организационно-методической работы (ОМР).

Всего в РК за 2012 г. было пролечено в стационарах (круглосуточных и дневных) 63 179 пациентов офтальмологического профиля, что составило 3,8% от общего числа населения страны.

В круглосуточных стационарах всего было пролечено 50 228 пациентов офтальмологического профиля, что составило 79,5% от общего числа всех случаев госпитализации данного профиля. Соответственно по стационарзамещающим технологиям (СЗТ) пролечен 12 951 больной (20,5% от общего числа всех случаев госпитализации по офтальмологическому профилю).

Средняя длительность пребывания в круглосуточном стационаре по офтальмологическому профилю в РК составила 8,0 дня.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) пролечено, в целом, 8496 пациентов с глаукомой, что составило 13,4% от общего числа всех случаев госпитализации. Уровень госпитализированной заболеваемости глаукомой в среднем по РК составил 5,1 на 10 тыс. населения. Особого внимания заслуживает уровень экстренной госпитализации больных с глаукомой, который в среднем по РК составил 30,7% от всех случаев госпитализации больных с глаукомой.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) прооперировано по энергетическим технологиям (ФЭК) 6693 пациента с катарактой. В условиях СЗТ по ФЭК-технологии прооперировано всего 540 случаев катаракты, что составило 8,1% от общего числа ФЭК-хирургии в стране.

В области здоровья глаз реализуется Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» (в части оказания ГОБМП и скрининга глаукомы).

За два года (2011-2012 гг.) действия скрининговой программы осмотрено 3 803 тыс. человек, у 10 812 человек впервые выявлена глаукома. В 10 регионах открыты и функционируют глаукомные кабинеты, оснащенные современным медицинским оборудованием.

Проводится работа по следующим направлениям:

- 1) сокращение коечного фонда круглосуточных стационаров с одновременным увеличением объема внестационарных видов офтальмологической помощи;
- 2) снижение средней длительности пребывания в круглосуточном стационаре;
- 3) сокращение уровня экстренной госпитализации больных с глаукомой:
- 4) сокращение числа пролеченных случаев катаракты (оперативных вмешательств) в круглосуточных стационарах и увеличения этого количества в СЗТ.

II. Численность специалистов по глазным болезням

По данным официальной статистики (Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г.») в динамике число врачей-офтальмологов, занятых в системе здравоохранения, постепенно снижается с 1293 в 2010 г. до 1274 в 2011 г.

Обеспеченность населения РК врачами-офтальмологами соответственно снизилась с 1,3 на 10 тыс. населения в 2010 г. до 1,2 в 2011 г., в т.ч. в городской местности с 1,3 до 1,2, а в сельской местности показатель

остался на прежнем уровне (0,2). Следует отметить, что соотношение числа офтальмологов, работающих в городской и сельской местности, составило 88% и 12%.

Областными / городскими управлениями здравоохранения фактически выделено только 923,25 ставки должностей офтальмологов, что составляет 74% от расчетного числа офтальмологов, установленных приказом МЗ РК №238 от 07.04.10 г.

Число занятых ставок должностей офтальмологов составляет 846,75, или 91,7%, от числа фактически выделенных ставок и 73,4% от расчетного числа.

Офтальмологов, работающих в сети ПМСП, насчитывается 509 физических лиц, что составляет 63,2% от общего числа офтальмологов, в т.ч. 224 (44%) работают в ЦРБ и 285 (56%) в городских поликлиниках. Следует отметить, что в 27 районах нет офтальмологов.

Число занятых ставок в сельской местности (225 ст.) составляет от числа фактически выделенных (281 ст.) – 80,1%, а от числа расчетных по приказу МЗ РК №238 (501,5 ст.) – 44,9%.

Несколько лучше ситуация в городе. Так, число занятых ставок в городских медорганизациях (303 ст.) составило 99,3% от числа фактически выделенных (305 ст.), а от числа расчетных по приказу МЗ РК №238 (602,5 ст.) – 50,3%.

Половина офтальмологов имеет категорию (256 физических лиц или 50,3% от общего числа офтальмологов), в т.ч. 51,8% сельских и 49,1% городских врачей. Из числа всех офтальмологов, имеющих квалификационную категорию, 53,1% имеют первую, 27% – вторую и 19,9% – высшую категорию.

В Казахстане принята Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 гг., целью которой является формирование эффективной кадровой политики отрасли, обеспечивающей предоставление качественных услуг здравоохранения.

III. Коэффициент операций по удалению катаракты

Количество операций по поводу катаракты в 2011 г. составило 16500, а коэффициент операций на 1 миллион жителей – 989.5.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) прооперировано по энергетическим технологиям (ФЭК) 6693 пациента с катарактой, что составило 40,6%, в т.ч. 8,1% в условиях СЗТ.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА ВОЗ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СЛЕПОТЫ И СЛАБОВИДЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Цель 1. Масштабы и причины нарушений зрения и состояние офтальмологической службы

Ожидается, что увеличение средней продолжительности жизни в РК приведет к росту офтальмопатологии среди пожилых (глаукома, возрастная макулярная дегенерация и катаракта), а увеличение случаев сахарного диабета – к диабетической ретинопатии. Переход на новые критерии живорожденности в РК сопровождается ростом числа детей с ретинопатией недоношенных, для данной патологии характерен наиболее высокий уровень инвалидизации и слепоты.

Повсеместная компьютеризация ведет к росту числа аномалий рефракции и синдрома «сухого глаза», особенно среди детей и подростков. В связи с этим возникла необходимость пересмотра клинико-методологических и организационных основ профилактики офтальмопатологии в образовательных учреждениях.

Следует отметить, что более точная оценка масштабов и причин нарушения зрения, а также эффективность работы офтальмологической службы в РК затруднена в связи с:

- 1) дефицитом офтальмологов в сельском здравоохранении до 70% (СКО, Мангыстауская область);
- 2) отсутствием информационной системы мониторинга заболеваемости, инвалидности по зрению;
- 3) слабой интеграцией деятельности медицинских и социальных служб, а также других органов и учреждений.

Из-за отсутствия единой медико-информационной системы невозможно определить эпидемиологические особенности распространения заболеваний глаз. А существующая система мониторинга и оценки деятельности офтальмологической службы ориентирована на сокращение коечного фонда и развитие стационарзамещающих технологий. При этом невозможно оценить воздействие медицинских мер на эпидемиологические показатели офтальмопатологии.

1.1. Уменьшить случаи предупреждаемой слепоты и нарушений зрения, а также обеспечить доступ к реабилитационным службам для людей с нарушением зрения

Потребность в хирургическом лечении катаракты в 3,6 раза выше количества проводимых операций в РК. Прогнозируемое увеличение заболеваемости катарактой соответственно увеличит потребность в хирургическом ее лечении, что диктует необходимость мониторинга хирургии при катаракте.

Для снижения причин предупреждаемой слепоты (катаракты и аномалий рефракции) во всех регионах РК внедрена технология энергетической хирургии катаракты (ФЭК), а технология лазерной коррекции зрения пока реализуется только на республиканском уровне. Необходимо расширение доступа населения регионов к этим услугам.

Следует отметить, что не все проблемы доступа людей с необратимыми нарушениями зрения к службам здравоохранения решены. Нуждается в развитии и совершенствовании система медицинской и социальной реабилитации больных и инвалидов по зрению. Необходимо развивать взаимодействие с негосударственными и общественными организациями для оказания поддержки социально уязвимым группам населения в вопросах охраны зрения.

1.2. Оценить потенциал государства по обеспечению комплексных офтальмологических услуг и выявить проблемы

Положительный опыт реализации скрининга глаукомы в рамках Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» необходимо, на наш взгляд, использовать и для выявления других инвалидизирующих патологий органа зрения – диабетической ретинопатии, возрастной макулярной дегенерации.

1.3. Использовать в информационно-разъяснительной работе примеры передовой практики в расширении всеобщего доступа к офтальмологическим услугам

С информационно-разъяснительной целью для населения и медицинских специалистов публикуются статьи в газетах и журналах, проводятся выступления по телевидению, открыты интернет-сайты, а также распространяются буклеты и листовки с информацией о мерах ранней диагностики и профилактики наиболее значимой офтальмопатологии, приводятся примеры передовой практики.

Цель 2. Разработать и реализовать интегрированную национальную политику, планы и программы в области здоровья глаз с целью улучшения всеобщего доступа к здоровью глаз

Утвержден Стратегический план КазНИИГБ на 2011-2015 гг., где приоритетными направлениями развития определены:

- 1) укрепление здоровья граждан в сфере офтальмологии:
- 2) развитие и распространение инновационных медицинских технологий в практике офтальмологической службы;
- 3) повышение эффективности управления офтальмологической службой;
- 4) развитие кадровых ресурсов и медицинской науки.

Следует отметить, что утвержденный Стратегический план не имеет финансового обеспечения.

2.1. Обеспечить руководство процессом разработки/ пересмотра, реализации и мониторинга национальных/ субнациональных мер политики и планов в области обеспечения здоровья глаз

Требуется разработка национальной политики и планов в области обеспечения здоровья глаз населения РК, в т.ч. по следующим направлениям:

- 1. Совершенствование национальных программ профилактики слепоты и слабовидения от социально значимой офтальмопатологии, в т.ч. программ по профилактике факторов риска инвалидизирующей офтальмопатологии и медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению.
- 2. Разработка национального регистра по социально значимой офтальмопатологии и комплексной медико-информационной системы мониторинга офтальмопатологии и офтальмологической службы.
- 3. Разработка стратегии кадрового обеспечения офтальмологической службы.
- 4. Увеличение числа научных программ и инновационных разработок в офтальмологии.
- 5. Развитие сотрудничества различных отраслей и секторов в сфере охраны зрения.
- 6. Дальнейшее развитие международного партнерства в охране зрения.
- 2.2. Обеспечить адекватные финансовые ресурсы для улучшения здоровья глаз и оказания комплексных офтальмологических услуг, интегрированных в системы здравоохранения через национальные политики, планы и программы

Объем финансирования по программе «Саламатты Қазақстан» по скринингу глаукомы составил 1 млрд 736 млн. 170 тыс. тенге. За 2 года действия скрининговой программы осмотрено 3 млн. 740 тыс. человек, у более чем 10 тыс. человек впервые выявлена глаукома. В 10 регионах открыты и функционируют самые современные глаукомные кабинеты.

Объем финансирования по организационно-методической работе КазНИИГБ с регионами на 2013 г. составил 8 млн. 394 тыс. тенге и, в основном, охватывает мероприятия по трансферту технологий ВСМП в регионы, проведению информационной работы с населением и подготовке кадров ПМСП для скрининга глаукомы.

Сверх существующего объема финансирования офтальмологической службы необходимо финансовое обеспечение программ раннего выявления, лечения и реабилитации больных с диабетической ретинопатией, возрастной макулярной дегенерацией и ретинопатией недоношенных, а также программ усоверешенствования медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению.

2.3. Развивать и сохранять устойчивые людские ресурсы для оказания комплексных офтальмологических услуг в рамках более широкой программы развития медицинских кадров

Для увеличения доступности офтальмологических услуг для населения необходима подготовка кадров, в т.ч. детских офтальмологов и для работы в специализи-

рованных офтальмологических кабинетах. Необходимо предусмотреть механизмы мотивации и социальной поддержки медицинских работников, особенно для работы в сельской местности.

2.4. Оказывать комплексные и равные для всех офтальмологические услуги на первичном, вторичном и третичном уровнях.

Первичная офтальмологическая помощь включена в систему ПМСП. В Казахстане обеспечен всеобщий доступ к комплексным и равным для всех жителей РК офтальмологическим услугам. Начата работа по трансферту технологий ВСМП офтальмологического профиля в регионы.

2.5. Обеспечить наличие и доступность основных лекарственных препаратов, диагностики и медицинских технологий гарантированного качества с акцентом на уязвимые группы населения и изучить механизмы повышения ценовой доступности технологий.

Разработаны и утверждены стандарты качества и нормы в области обеспечения здоровья глаз (клинические протоколы и др.). Раздел по офтальмологии включен в перечни жизненно важных лекарственных препаратов, средств диагностики и медицинской технологии. Большая часть медицинских услуг по диагностике, лечению и реабилитации офтальмологических больных проводится в рамках ГОБМП и оказывается для населения бесплатно.

Исследований по определению ценовой доступности лекарственных средств и медицинских технологий по офтальмологическому профилю в негосударственном секторе не проводилось.

- 2.6. Включить показатели мониторинга оказания офтальмологических услуг и их качества в национальные информационные системы
- В Казахстане действуют разрозненные медикоинформационные системы «Электронный Регистр стационарного больного», «Электронный Регистр диспансерного больного» и др.

Оценка масштабов и причин нарушения зрения, а также эффективность работы офтальмологической службы в РК затруднены в связи с:

- 1) отсутствием информационной системы мониторинга заболеваемости, инвалидности по зрению;
- 2) слабой интеграцией деятельности медицинских и социальных служб, а также других органов и учреждений:
- 3) дефицитом офтальмологов в сельском здравоохранении (до 70%).

Из-за отсутствия единой медико-информационной системы невозможно определить эпидемиологические особенности распространения заболеваний глаз. А существующая система мониторинга и оценки деятельности офтальмологической службы ориентирована на сокращение коечного фонда и развитие стационарзамещающих технологий. При этом невозможно оценить воздействие медицинских мер на эпидемиологические показатели офтальмопатологии.

Цель 3. Межсекторальное участие и эффективные партнерства для укрепления и улучшения здоровья глаз

КазНИИГБ является национальным координатором по офтальмологии и входит в состав Международного Совета по офтальмологии, международных экспертных советов по глаукоме, аномалиям рефракции и «Красному глазу». На базе КазНИИГБ представителями ВОЗ дважды проводись обучающие циклы по проблемам ликвидации необратимой слепоты.

Оказывается поддержка в развитии неправительственных объединений, организаций, представляющих

права слепых и слабовидящих (в РК функционируют 8 специализированных школ и детских садов для детей с нарушением зрения, во всех регионах РК работают филиалы Казахского общества слепых).

Поскольку парк большинства функционирующих детских садов и школ давно не обновлялся (здания, оборудование и технологии), необходимо создание современных реабилитационных центров для слепых и слабовидящих, соответствующих международным стандартам (специально оборудованное и приспособленное помещение, инновационное оборудование и вспомогательные средства, новейшие методики обучения пациентов и их родственников, специалисты).

3.1. Привлекать секторы, не связанные со здравоохранением, к разработке и реализации политики и планов по обеспечению здоровья глаз, профилактике слепоты и нарушений зрения

Необходимо более широкое привлечение секторов образования и науки, труда и социальной политики, индустрии и инноваций, неправительственных и общественных объединений к разработке и реализации политики и планов по обеспечению здоровья глаз, профилактике слепоты и нарушений зрения.

Планируется развитие государственно-частного партнерства в сфере оказания офтальмологических услуг.

- 3.2. Содействовать развитию эффективных международных и национальных партнерств и альянсов
- В сфере офтальмологии осуществляется профессиональное и научное сотрудничество с медицинскими и научно-образовательными организациями Казахстана и других стран.
- 3.3. Интегрировать здоровье глаз в стратегии, инициативы и более широкие социально-экономические программы по снижению уровня бедности

В рамках ГОБМП офтальмологическая помощь оказывается населению, в т.ч. социально уязвимым и бедным слоям населения, бесплатно и включает как первичную, так и специализированную и высокоспециализированную офтальмологическую помощь.

Существует проблема трудоустройства инвалидов

Таким образом, задачи Глобального плана действий ВОЗ на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз» актуальны и для Казахстана, и могут быть решены при условии разработки государственных программ в сфере охраны зрения населения. При этом, на наш взгляд, наиболее приоритетными направлениями являются: кадровое обеспечение, информатизация офтальмологической помощи и медико-социальная помощь инвалидам по зрению.

ТҰЖЫРЫМ Т.К. БОТАБЕКОВА, Г.У. КУЛКАЕВА, Ж.Қ. БУРИБАЕВА, Д.Б. АБДРАХИМОВА Көз аурулары ҚазҒЗИ, Алматы қ.

2014-2019 жж. ДДҰ ГЛОБАЛЬДЫ ЖОСПАР «КӨЗДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ЖАЛПЫҒА БІРДЕЙ ҚОЛ ЖЕТКІЗУ» ҚАЗАҚСТАНДА

2014-2019 жж. ДДҰ жаһандық жоспар 2013 ж. наурызда «Көздің денсаулығына жалпыға бірдей қол жеткізу». Оның ішінде әр міндеті жеткізудің көрсеткіштері құрастырылған. Ұлттық деңгейде офтальмологиялық қызметтің деңгейін бағалайтын негізгі көрсеткіштері анықталған: көз аурулардын таралуы және көз көру бұзылыстарының себептері, офтальмологиядағы мамандардың саны және катаракта жөніндегі хирургиялық белсенділік. Негізгі шаралар 50 жастан жоғары егде адамдар арасында көз көру бұзылыстарының денгейін төмендетуге арналады, бұл – катаракта және рефракцияның аномалиялары.

Қазақстанда еңгізілетін Жаһандық жоспар бойынша ең басымды бағыттар анықталды: офтальмологиялық қызметті мамандармен қамтамасыз ету, офтальмологиялық көмекті ақпараттандыру және көз ауруларынан мүгедектерге медициналық-әлеуметтік көмекті жетілдіру.

Негізгі сөздер: қазақстан офтальмологиясы, ДДҰ жоспары, көзі көрмеу және нашар көру, іске асыру көрсеткіштері, дамытуға бағыттау.

S U M M A R Y
T.K. BOTABEKOVA, G.U. KULKAYEVA,
Zh.K. BURIBAEVA, D.B. ABDRAHIMOVA
Kazakh Research Institute of Eye Diseases
GLOBAL PLAN WHO FOR 2014-2019 "UNIVERSAL
ACCESS TO EYE HEALTH" IN KAZAKHSTAN

In March 2013 adopted the WHO Global Plan of Action for 2014-2019. "Universal access to eye health», where for each of the tasks of developing indicators of implementation. The major indicators for assessing ophthalmological services at the national level are: the prevalence and causes of visual impairment, the number of specialists in ophthalmology and surgical activity in cataract. The main effort will be allocated to reducing the prevalence of avoidable visual impairment in the age group over 50 years, basically, it's – cataract and uncorrected refractive errors in older people.

As part of the Global Plan of Action in Kazakhstan highest priority areas are: staffing, information and eye care health and social care visually impaired.

Key words: the ophthalmology of Kazakhstan, the WHO plan, blindness and visual impairment, the indicators of the implementation, the direction of development.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

618.14-002.2

3.М. АУМОЛДАЕВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА В СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Хронический эндометрит остается актуальным в структуре воспалительных заболеваний половых органов. Частота в структуре воспалительных заболеваний колеблется от 0,8 до 19%. В группе женщин с бесплодием XЭ встречается от 12 до 68% случаев. ХЭ является причиной нарушения репродуктивной функции у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности, таким образом, данное заболевание имеет не только медицинское, но и социальное значение. В данной статье освещены особенности этиопатогенеза, диагностики и лечения хронического эндометрита.

Ключевые слова: хронический эндометрит, бесплодие.

ктуальным и значимым в структуре гинекологической заболеваемости продолжает оставаться хронический эндометрит (ХЭ). ХЭ вызывает нарушения репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО, невынашивания беременности (НБ), осложненного течения беременности и родов, поэтому приобретает не только медицинское, но и социальное значение [1, 2]. Частота ХЭ в общей популяции женского населения колеблется от 0,8 до 19% [3], при этом наиболее высокие показатели ХЭ отмечены у женщин с привычным невынашиванием беременности - от 33,5 до 86,7% [4, 5, 6, 7]. В группе женщин с бесплодием ХЭ встречается в 12-68% случаев. У пациенток с неудачными попытками ЭКО и переноса эмбрионов (ПЭ) частота ХЭ возрастает до 60% и более [8].

В настоящее время XЭ также рассматривают как клинико-морфологический синдром, при котором в результате персистирующего повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую биотрансформацию и рецепторный аппарат слизистой оболочки тела матки [9, 10, 11, 12]. ХЭ наиболее полно соответствует определению хронического продуктивного интерстициального воспаления. Наиболее выражена стадия пролиферации (размножения) клеточных элементов, при продуктивном воспалении остальные стадии (альтерация и экссудация) не выражены. При этом происходит образование клеточных инфильтратов полиморфно-клеточных, ма-

крофагальных, плазмоклеточных, гигантоклеточных в строме эндометрия [11, 13, 14].

Проводятся многочисленные исследования по оценке состояния эндометрия при невынашивании беременности с точки зрения иммунных и гормональных взаимоотношений при наличии ХЭ. В эндометрии в процессе имплантации и плацентации имеет место взаимодействие этих систем, а при осложнениях беременности могут быть вовлечены как гормональные, так и иммунные механизмы. Установлено что для реализации имплантации, роста и развития эмбриона необходимо создание в эндометрии состояния иммунной супрессии, что ведет к формированию защитного барьера и предотвращает отторжение плода. По данным В.М. Сидельниковой (2007) в группе женщин, страдающих привычным невынашиванием, вне беременности, диагноз ХЭ гистологически верифицирован в 73,1% случаев [15].

ХЭ определяется как морфологический субстрат с обязательным присутствием в ткани эндометрия плазматических клеток, стромального отека и воспалительных лимфоидных инфильтратов [6, 7]. По данным Шуршалиной А.В [16], ХЭ – это клинико-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению его циклической трансформации и рецептивности. С учетом высокого процента бессимптомно и атипично протекающих форм заболевания, ХЭ верифицируется гистологически на основании обнаружения в эндометрии в пролиферативную фазу лимфоидных

инфильтратов, плазматических клеток в строме, наличия фиброзирования стромы эндометрия в сочетании со склеротическими патологическими изменениями стенок спиральных артерий [16].

Ведущими факторами риска для формирования ХЭ являются воспалительные осложнения после родов и абортов, различные инвазивные внутриматочные вмешательства (искусственные аборты, диагностические выскабливания эндометрия, длительное использование внутриматочных контрацептивов, гистеросальпингография, манипуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий), нарушения местного и общего иммунитета, инфекционные поражения шейки матки и влагалища, бактериальный вагиноз, деформации полости матки с нарушением циклического отторжения эндометрия, лучевая терапия в области органов малого таза [9, 14, 17].

Причиной хронизации воспалительного процесса является незавершенность заключительной фазы воспаления – регенерации ткани и формирующиеся в тканях эндометрия множественные нарушения тканевого гомеостаза.

Основной причиной осложнений хронических воспалительных заболеваний органов малого таза является процесс гиперплазии соединительной ткани, который, с одной стороны, ограничивает очаг воспаления от окружающих тканей, а с другой – препятствует поступлению лекарственных веществ и способствует возникновению нарушений репродуктивной функции.

В настоящее время сформировались две противоположные точки зрения на роль инфекционного фактора в генезе ХЭ. Большинство исследователей полагают, что полость матки стерильна, и в случае проникновения в эндометрий условно-патогенных флоры (УПФ), примерно в 60% случаев развивается воспалительный процесс [5,18,19]. Другие исследователи [20] утверждают, что эндометрий не может быть стерильным за счет непрерывного микробного воздействия из нижних отделов полового тракта, особенно во время половых контактов. Циклическое отторжение слизистой оболочки матки во время менструации обеспечивает противомикробную физиологическую защиту. Таким образом, можно полагать, что почти у всех женщин в матке присутствуют микроорганизмы, так называемая условно-патогенная флора, не вызывая при этом воспаления. Однако в силу множества причин данный механизм оказывается недостаточным, и происходит проникновение микроорганизмов в эндометрий с развитием воспалительных реакций [21].

Существенная роль в развитии ХЭ принадлежат нарушениям местного и общего иммунитета. Длительная стимуляция иммунокомпетентных клеток эндометрия инфекционным возбудителем приводит к декомпенсации регуляторных механизмов локального гомеостаза, что поддерживает персистенцию инфекционного процесса, который формирует соединительнотканные фибринозные спайки в строме и/или внутриматочные синехии различной степени выраженности [10, 13, 14, 22]. Преобладание во влагалищном биотопе ассоциаций облигатно-анаэробных микроорганизмов, микроаэрофилов и вирусов обусловливает малосимптомное течение воспалительного процесса в эндометрии, затрудняет своевременную его диагностику и способствует хронизации воспалительного процесса эндометрия.

Хроническая активация клеточных и гуморальных провоспалительных реакций сопровождается повышенной выработкой цитокинов и других биологически активных веществ, обусловливающих нарушения микроциркуля-

ции, экссудацию и отложение фибрина в строме эндометрия [5, 11, 23, 24,25]. Продолжающаяся депрессия локальной фибринолитической активности под влиянием провоспалительных факторов усиливает ангиогенез в первичных фибринозных сращениях, что усугубляет морфологические изменения в тканях матки, формирует соединительнотканные фибринозные спайки в строме и/или внутриматочные синехии различной степени выраженности [17].

Весьма важным в постановке диагноза ХЭ является, выявление инфекционного агента, вызвавшего воспалительный процесс. Как известно, этиологическими факторами ХЭ могут выступать факультативные анаэробные бактерии (эшерихии, протей, золотистый стафилококк), анаэробы, микобактерии туберкулеза, микоплазмы, вирусы (вирус папилломы человека, цитомегаловирус, вирус простого герпеса), гарднереллы, грибы рода Candida. Большая роль в развитии хронического воспаления эндометрия в последнее время отводится хламидиям, трихомонадам и уреаплазме. Считается, что именно эти возбудители чаще всего определяют нарушение репродуктивной функции эндометрия. Формирование микробных ассоциаций, снижение иммунологической активности макроорганизма, дисбаланс в системе локального иммунитета, нарушение колонизационной резистентности - вот те условия, которые приводят к активизации условно-патогенной флоры. [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34]. Вызванный микроорганизмами хронический воспалительный процесс дестабилизирует иммунную систему, что проявляется в снижении уровня интерферонов, функциональной активности нейтрофилов, угнетении функций естественных киллеров [30, 31, 32, 33, 34, 35, 36].

Необходимо отметить, что в современных условиях эндометрит характеризуется рядом особенностей: изменением этиологической структуры с увеличением значимости вирусной и условно-патогенной флоры, ростом резистентности флоры к фармакотерапии, трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых форм и атипичного течения, длительными сроками терапии и высокой ее стоимостью.

В настоящее время предложены различные классификации ХЭ. Наиболее приемлемой из них является классификация по этиологическому фактору C. Buckley, Н. Fox (2002), согласно которой выделяют формы ХЭ: неспецифический ХЭ, характеризущийся тем, что при проведении бактериологического обследования пациенток в клетках слизистой оболочки тела матки специфическая флора не выявляется. Данная форма ХЭ, как правило, развивается у пациенток на фоне использования внутриматочных контрацептивов, при бактериальном вагинозе, после лучевой терапии органов малого таза, у ВИЧ-инфицированных пациенток. Следующей формой ХЭ является специфический ХЭ, который проявляется тем, что при исследовании биоптата эндометрия выявляют хламидии, вирусы (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус иммунодефицита человека, энтеровирусы), а также бактериальную флору (микобактерии туберкулеза, гонококки, актиномицеты, сифилис) и микоплазмы, грибы, простейших и паразитов.

Для идентификации инфекционного агента необходимо проводить тщательное микробиологическое исследование соскоба эндометрия с определением чувствительности флоры к антибактериальным препаратам. В одной трети случаев при гистологически верифицированном ХЭ выявляются стерильные посевы эндометрия, что может свидетельствовать о важной роли условно-патогенной флоры в развитии воспалительного процесса или недостаточности обнаружения возбудителя.

Диагностика ХЭ проводится на основе жалоб, анализа клинических симптомов, данных анамнеза, эхографической картины, эндоскопического исследования и морфологической верификации соскоба эндометрия [7, 8, 15, 37].

Клинические проявления ХЭ не являются патогномоничными и в значительной степени не отражают глубину структурных и функциональных изменений в ткани эндометрия. Неполноценная циклическая трансформация эндометрия на фоне воспалительного процесса, нарушение процессов десквамации и регенерации функционального слоя эндометрия приводят к появлению основного симптома заболевания – маточных кровотечений (перименструальных).

Достаточно постоянными являются жалобы на тянущие боли внизу живота и диспареунию, нередко отмечаются серозные и серозно-гноевидные бели. Среди клинических симптомов особое место занимают бесплодие (преимущественно вторичное), неудачные попытки ЭКО и привычная потеря беременности [13, 22].

Трансвагинальная эхография, производимая на 7-8-й день менструального цикла, позволяет установить ультразвуковые признаки ХЭ [8, 38, 39]: появление участков повышенной и пониженной эхогенности срединной структуры (М-эхо) тела матки; появление гиперэхогенных структур в базальном слое эндометрия, представляющих собой очаги фиброза и кальциноза; в некоторых случаях определяется расширение полости матки до 0,3-0,7 см из-за наличия жидкого содержимого через 3-5 дней после окончания менструации. В полости матки могут определятся пузырьки газа, иногда с характерным акустическим эффектом «хвоста кометы». Более редкими диагностическими признаками являются асимметрия толщины передней и задней стенок эндометрия, истончение М-эхо. Диагностическая ценность УЗИ при ХЭ может достигать 88%, а специфичность – 92%.

При динамическом наблюдении одним из дополнительных методов исследования может быть допплерометрия сосудов матки. При анализе допплерометрических показателей кровотока в сосудах матки у женщин с ХЭ оценивают значение уголнезависимых показателей кровотока: пульсационного индекса (PI), индекса резистентности(RI) и систоло-диастолического соотношения (S/D). Нарушение кровотока в сосудах матки с преобладанием повреждений преимущественно на уровне базальных и спиральных артерий, сложности визуализации концевых артерий свидетельствуют о значительном нарушении перфузии ткани на фоне хронического воспалительного процесса [8].

В 2003 году российскими исследователями были сформированы MPT признаки XЭ. Такие как: расширение полости матки, наличие в полости газа или свободной жидкости, асимметрия стенок матки и увеличение матки, неравномерное утолщение функционального слоя эндометрия, его неоднородная структура, пристеночные, внутриполостные синехии как исход воспалительного процесса [8].

С момента внедрения в гинекологическую практику эндовидеоскопических методов исследования для диагностики патологических состояний эндометрия широко используется гистероскопия. Данный метод позволяет оценить состояние эндометрия, выявить расположение патологического процесса в матке, а также произвести прицельную биопсию, что может повысить точность диагностики и хирургическую коррекцию путем рассечения внутриматочных синехий. Гистероскопию выполняют в I фазу менструального цикла, сразу после менструации, для выявления единичных или множественных очагов гиперемии слизистой оболочки тела матки со

светлым точечным центром (симптом «клубники»), неравномерность толщины, отек и усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки матки, возможно наличие микрополипов, также может отмечаться небольшое расширение полости матки. Различные степени сужения устьев маточных труб вплоть до полного их заращения. чередование участков очаговой гиперплазии с участками истончения эндометрия белесоватой окраски (явления фиброзирования) также расцениваются как явления хронического эндометрита. В случае атрофических изменениий эндометрия гистероскопическая картина характеризуется тусклым, бледным эндометрием, чередованием участков с бедной сосудистой сетью с участками неизмененного эндометрия. Хотя данные симптомы не являются патогномоничными для ХЭ, гистероскопию необходимо проводить для исключения другой внутриматочной патологии [41, 40]. Особый интерес на сегодняшний день представляет амбулаторная хирургическая гистероскопия. Данная технология характеризуется минимальным дискомфортом для пациенток в связи с отсутствием расширения цервикального канала [42]. Современная гистероскопия позволяет избежать практически всех травматичных маневров, что в итоге снижает болевые ощущения и обеспечивает лучшую переносимость процедуры [43, 44].

Окончательным методом диагностики при постановки диагноза ХЭ является морфологическое исследование эндометрия [12, 13]. Общепринятыми морфологическими критериями ХЭ являются: очаговые воспалительные лимфоидные инфильтраты в базальном и других слоях эндометрия; наличие плазматических клеток в строме; очаговый фиброз стромы; склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия.

Существуют следующие морфологические варианты ХЭ: атрофическая, кистозная и гипертрофическая формы.

Наиболее часто встречающаяся гистоморфологическая форма X9 – это атрофическая. Ее морфологическая картина характеризуется следующим образом: строма диффузно фиброзирована, с очаговыми круглоклеточными инфильтратами, на фоне истонченного функционального слоя эндометрия определяются инфильтраты, преимущественно представленные лимфоцитами и плазмоцитами, расположенные периваскулярно. Среди инфильтрата встречаются единичные нейтрофильные лейкоциты. Эпителий желез с признаками секреции. На эндометрии определяются участки кровоизлияния [45].

Следующей по частоте встречаемости формой ХЭ при морфологическом исследовании эндометрия является гипертрофическая форма, которая характеризуется выраженным отеком стромы, умеренной инфильтрацией лимфоцитами и плазмоцитами. Встречаются единичные железы, эпителий которых в состоянии тяжелой дистрофии. Эндометрий с признаками слабой гиперплазии. Строма эндометрия очагово инфильтрирована лимфоцитами, плазмоцитами с формированием лимфоидных фолликулов без светлых центров. Цитогенная строма различной плотности с обширными кровоизлияниями. Эпителий желез в стадии секреции [45].

При лечении хронического эндометрита используется комплексный подход, так как эффективность терапии зависит от давности заболевания и, следовательно, от степени морфологичеких изменений стромы эндометрия [17].

Обязательным является применение этиотропной терапии. С этой целью назначаются антибактериальные

препараты широкого спектра действия (макролиды, защищенные пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны). Данные группы антибиотиков характеризуются широким спектром антимикробной активности. Они обладают высокой активностью против основных возбудителей инфекционных процессов органов малого таза грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий, микоплазм, хламидий и др. Их важной особенностью является медленное развитие устойчивости по сравнению с другими классами антибиотиков, что позволяет эффективно их использовать против штаммов микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам, традиционно применяемым в гинекологической практике. Кроме того, они обладают высокой биодоступностью при приеме внутрь, обеспечивая нужные бактерицидные концентрации препаратов в поврежденных тканях, и имеют выраженный постантибиотический

Антибактериальная терапия должна быть дополнена противопротозойными препаратами, т.к. возбудителями воспалительного процесса часто могут быть неспорообразующие анаэробы.

Важным в лечении воспалительных заболеваний внутренних половых органов является сочетанное назначение этиотропных препаратов и иммунокорректоров, что значительно повышает эффективность проводимой терапии. Терапевтический эффект, обусловленный применением иммуномодуляторов и особенно препаратов, воздействующих на все популяции иммунокомпетентных клеток, заключается в быстрой ликвидации воспаления, активации репаративных процессов, восстановлении разрушенного Т-клеточного звена иммунитета, что обеспечивает повышение антиинфекционной и общей резистентности организма. Также широко используются стимуляторы Т-лимфоцитов и так называемых биогенные стимуляторы. В ответ на раздражение иммунной системы синтезируются противовоспалительные цитокины, обеспечивающие межклеточную кооперацию иммунокомпетентных клеток и способствующие запуску каскада иммунологических реакций, направленных на ограничение, уничтожение и элиминацию возбудителя. Учитывая патофизиологию воспалительного процесса в лечении инфекционных заболеваний органов малого таза, обоснованно прменение антиагрегантных средств (трентал) и ферментов [47].

Следующим этапом в лечении ХЭ является метаболическая терапия (актовегин), которая необходима для восстановления и усиления тканевого обмена (коррекция метаболических нарушений и гипоксии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия).

При лечении ХЭ дифференцированно используется гормонотерапия. По данным В.П. Сметника (2006) заместительная гормонотерапия (ЗГТ), содержащая натуральные эстрогены, которые значительно улучшают процессы регенерации в эндометрии. Женщинам с регулярным овуляторным циклом достаточно назначить «чистые» эстрогены (прогинова) с 5-го по 21-й день цикла, так как эндогенного прогестерона достаточно, чтобы обеспечить нормальную секреторную трансформацию эндометрия. При НЛФ используется циклопрогинова [48].

В комплексной терапии благоприятно воздействует на рецепторную активность эндометрия физиолечение, которое улучшает гемадинамику органов малого таза, стимулирует функции рецепторов, ускоряет процессы регенерации эндометрия, способствует купированию явлений воспаления. Физиотерапию проводят дифференцированно, с учетом длительности процесса,

возраста больной, функции яичников. Наиболее часто в комплексной терапии ХЭ применяют электроимпульсную терапию, интерференционные токи, переменное магнитное поле низкой частоты.

Энзимотерапия комбинацией высокоактивных ферментов растительного и животного происхождения обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, фибринолитическим действием. Энзимы (ферменты) представляют собой основу жизнедеятельности организма и принимают участие практически во всех биологических процессах организма.

У большинства больных при воспалительном процессе внутренних половых органов отмечается нарушение соотношения различных видов микроорганизмов в биотипе влагалища и кишечника, что сопровождается развитием дисбиотических состояний. Поэтому целесообразно завершать курс комплексного лечения антимикотической терапией с последующей коррекцией дисбиотических нарушений микробиоценоза влагалища и кишечника. При отрицательных бактериоскопических результатах на споры грибов возможно применение эубиотиков в виде вагинальных свечей.

Этиопатогенетическое лечение с обоснованным правильным выбором лекарственных препаратов, этапности их применения и оптимальных сроков лечения является необходимым для успешной терапии воспалительных заболеваний [47].

Таким образом, учитывая высокий процент ХЭ в структуре гинекологической заболеваемости, а также осложнения, связанные с ним, приводящие к нарушению менструальной и репродуктивной функции, позволяют нам говорить, что проблема диагностики и лечения ХЭ продолжает оставаться актуальной. До настоящего времени остаются открытыми вопросы алгоритма диагностики и особенности лечения данной патологии, которые требуют дальнейшего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Петросян Л.А. Оптимизация лимфоцитоиммунотерапии в лечении привычной потери беременности первого триместра /Л.А. Петросян. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.

2 Тетруашвили Н.К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии) / Н.К. Тетруашвили. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2008

3 Polisseni F., Bambirra E.A., Camargos A.F. Detection of chronic endometritis by diagnostic hysteroscopy in asymptomatic infertile patients. Gynecol. Obstet. Invest. 2003; 55(4):205-10

4 Haggerty C.L., Hillier S.L., Bass D.C., Ness R.B.; PID Evaluation and Clinical Health study investigators. Bactirial vaginosis and associated with endometritis. Clin. Infect. Dis.2004; 39 (7): 990-520

5 Johnston-MacAnanny E.B., Hartnet J., Engmann L.L., Nulsen J.C., Sanders M., Benadiva C.A. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization. Fertil. Steril. 2010; 93 (2): 437-41

6 Romero R., Espinoza J., Mazor M. Can endometrial infection/inflamation explain implantation faluire, spontaneous abortion, and preterm birth after in vitro fertilization? Fertil. Steril. 2004;82 (4):799-804

7 Sharkey A.M., Smith S.K. The endometrium as a couse of implantation faluire. Best pract.Res. Clin. Obstet. Gyenycol. 2003; 17(2):289-307

8 Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010

9 Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А.

18

- и др. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004. №5
- 10 Дубницкая Л.В., Назаренко Т.А. Хронический эндометрит: возможности диагностики и лечения // Consilium Medicum. 2007;9:6:45-52
- 11 Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Возможности применения препарата Лонгидаза® в комплексной терапии патологических изменений эндометрия // Русский медицинский журнал. 2008;19:24-29
- 12 Eisert W.G. Dipiridamole. Platelets / Ed.by Michelson A.D. Cambridge (USA), 2002
- 13 Сидорова И.С., Макаров И.О., Унанян А.Л. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита (клиническая лекция) // Акушерство, гинекология и репродукция. 2010; 3: 21-24.
- 14 Eckert L.O., Hawes S.E. Endometritis: The clinical-pathologicsyndrome // Am J Obstet Gynecol. 2002; 186 (4): 690–5
- 15 Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. Современный взгляд на проблему /Сидельникова В.М. // Рос. вестн. акуш.-гинек. 2007. №2. С. 62-65
- 16 Шуршалина А.В. Роль хронического эндометрита в развитии патологии репродуктивной функции // Российский медицинский журнал. 2007;4. С. 25-27
- 17 Лебедев В.А., Пашков В.М., Клиндухов И.А. ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Современные принципы терапии больных с хроническим эндометритом // Трудный пациент. 2012. Т. 10, №5
- 18 Andrews W.W., Hauth J.C., Cliver S.P., Conner M.G., Goldenberg R.L., Goepfert A.R. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women // Am.J. Obstet.Gynecol.2006; 195 (6):1611-6
- 19 Cicinelli E., De Ziegler D., Nicoletti R., Colafiglio G., Saliani N., Resta L. et al. Chronic endometritis: correlation among hysteroscopic, hystologic, and bacteriologic findings in a prospective trial with 2190 cosecutive office hysteroscopies // Fertil. Steril. 2008; 677-84
- 20 Andrews W.W., Hauth J.C., Cliver S.P., Conner M., Cooper L., Goldenberg R.L Intercoceptional antibiotics to prevent spontaneous preterm birth: a randomized clinical trial // Am.J. Obstet.Gynecol. 2006; 194 (3):617-23
- 21 Гомболевская Н.А., Муравьева В.В., Марченко Л.А., Анкирская А.С. Современные возможности этиологической диагностики хронического эндометрита // Акуш. и гинек. №8/1/ 2012. С. 41
- 22 Хашукоева А.З., Цомаева Е.А., Водяник Н.Д., Хлынова С.А. Хронический эндометрит проблема и решение // Гинекология. Коллоквиум. 2012; 3: 34-38
- 23 Бурлев В.А., Шишканова О.Л., Ильясова Н.А., Серов В.Н. Системный ангиогенез у больных с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции на фоне импульсной электротерапии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010; 9 (3): 10-15
- 24 Ingerslev H.J., Meller B.R. Chlamydia trachomatis in acute and chronic endometritis // Scand J Inf Dis. 1982
- 25 Mount S., Mead P., Cooper K. Chlamydia trachomatis in the endometrium: can surgical pathologists identify plasma cell // Adv Anat Pathol. 2001; 8 (6): 327-329
- 26 Буданов П.В., Баев О.П., Пашков В.М. Нарушения микроценоза влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005; 4(2):78-88
- 27 Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему // РМЖ. 2008. 16(1):131-3
- 28 Кира Е.Ф. Комбинированная терапия инфекционных заболеваний женских половых органов // Гинекология. 2010. 1; 12-5

- 29 Кисина В.И. Оптимизация подходов к лечению кандилом вульвы и влагалища // Клин. дерматология и венерология. 2010;2:96-103
- 30 Летяева О.И., Гизингер О.А., Зиганшина Т.А., Зиганшин О.Р., Семенова И.В. Возможность иммунокоррекции воспалительных заболеваний урогенитального тракта, ассоциированных с микоплазмами у женщин репродуктивного возраста // Вестник дерматологии и венерологии. 2011;2:86-91
- 31 Маянский А.Н., Маянский Н.А., Заславская М.И Нуклеарный фактор и воспаление // Цитокины и воспаление. 2007; 6(2):3-9
- 32 Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Анкирская А.С. Вагинальная микоэкосистема влагалища в норме и при патологии // Гинекология. 2009; 3: 11-5
- 33 Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.А. Факторы резистентности и иммунитет при грибковых инфекциях кожи и слизистых оболочек // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2004;1: 6-14
- 34 Fidel P.I Jr. Immunity in vaginal candidiasis // Curr. Opin. Infect. Dis. 2005; 18(2):107-11
- 35 Gallowitsch-Puerta M., Pavlov V.A. Neuro-immune interactions via the cholinergic anti-inflammatory pathway // Life Sci. 2007; 80 (24-25): 2325-9
- 36 Matytsina L.A., Greydanus D.E., Gurkin Y.A. vaginal microbiocoenosis and cytology of prepubertal and abolescent girls: their role in health and disease // World J. Pediatr. 2010; 6(10):32-7
- 37 Кузнецова А. В. Хронический эндометрит // Арх. патол. 2000; 3(62): 48-52
- 38 Демидов В.Н. и др. Эхографические критерии хронического эндометрита // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии. 1993; 4: 21-7
- 39 Демидов В.Н., Гус А.И. Патология полости матки и эндометрия. ВМК. Практическое пособие. М.: 2001. C. 16-21
- 40 Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Осадчев В.Б. и др. Роль панорамной и микрогистероскопии в диагностике хронического эндометрита // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004; 6
- 41 Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний // Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.; 1998
- 42 Campo R., Molinas C.R., Rombauts L., Mestdagh G., Lauwers M., Braekmans P. et al. Prospective multicenter randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office hysteroscopy // Hum Reprod. 2005; 20:258-63
- 43 Cicinelli E, Parisi C, Galantino P, Pinto V, Barba B, Schonauer S. Reliability, feasibility and safety of minihysteroscopy with a vaginoscopic approach: experience with 6,000 cases. Fertil Steril. 2003;80:199-202
- 44 De Angelis C., Santjro G., Re M.E., Nafroni I. Office hysteroscopy and compliance: minihysteroscopy versus traditional hysteroscopy in a randomized trial. Hum Reprod. 2003;18:2441-5
- 45 Алдангарова Г.А., Федотовских Г.В., Хамидуллина Г.А. Роль эндовидеоскопии в повышении эффективности ВРТ. Бесплодие и ВРТ. А-2005. С. 121-135
- 46 Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Тактика выбора антибиотика для терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // Гинекология. 2009; 5 (11): 34-37
- 47 Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов» // Акуш. и гинек. 2007. №4. С. 65-68
- 48 Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей 3-е издание. – Москва, 2006. – С. 590

ТҰЖЫРЫМ

3.М. АУМОЛДАЕВА

Қазақстан-Ресей медициналық университеті, Алматы к.

ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАР ҚҰРЫЛЫМЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ЭНДОМЕТРИТТІҢ МӘНІ

Созылмалы эндометрит (СЭ) гинекологиялық аурулар құрылымының ішіндегі өзектісі болып келеді, себебі репродуктив қызметінің бұзылуына әкеледі, бұл бедеуліктің, ЭКҰ талпынысының жайсыз болуының, жүктіліктің үзілуінің (ЖҮ), жүктілік пен туудың қиын болуының себептері болып табылады, сондықтан медициналық қана емес, әлеуметтік маңызға да ие. Ісіп қызарып кету ауруларының құрылымында СЭ жиілігі 0,8-ден 19%-ға дейін ауытқиды. Сонымен қатар СЭ ең жоғарғы көрсеткіштері 33,5-ден 86,7%-ға дейінгі аралықта әдетте жүктілігі үзіліп кете беретін әйелдерде байқалады. СЭ бедеу әйелдердің тобында 12-ден 68%-ға дейінгі дейінгі жағдайда кездеседі. Қазіргі таңда СЭ Клиникалық – морфологиялық синдром ретінде қарастырылуда. Сонымен қатар зақымдалудың нәтижесінде эндометрия жұқпалы агент ретінде жатыр денесінің шырышты қабығының кезеңдік биотрансформациясын және рецепторлық аппаратқа зақым келтіретін көптеген қайталамалы морфо қызметтік өзгерістерді тудыртады. СЭ барында иммундық және гормондық өзара қатынастарының көзқарас тұрғысынан алғанда жүктілік бола алмауы кезінде эндометрияның жағдайын бағалау бойынша көптеген зерттеулер жүргізілді. СЭ диагностикасы шағымдардың, клиникалық белгілердің талдауы, анамнездің мәліметтері, эхографиялық кескін, эндоскопиялық зерттеу мен эндометрия қырындысының морфологиялық анықталуы негізінде жүргізіледі. Созылмалы эндометритті емдеу кезінде кешендік тәсіл пайдаланылады, себебі терапияның тиімділігі аурудың мерзіміне және сәйкесінше, эндометрия төсемінің морфологиялық өзгеру деңгейіне де байланысты.

Негізгі сөздер: созылмалы эндометрит, бедеулік.

SUMMARY

Z.M. AUMOLDAYEVA

Kazakh-Russian Medical University, Almaty c.

THE SIGNIFICANCE OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN THE STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL MORBIDITY

Chronic endometritis (CE) continues to be important in the structure of gynecological morbidity, as it induces reproductive disorders being the cause of infertility, IVF failures, miscarriages, complicated pregnancies and childbirths, therefore it is getting not only medical significance but also social one. The incidence of chronic endometritis in the structure of inflammatory diseases ranges from 0.8 to 19%, with the highest rates of CE marked in women with recurrent miscarriages - from 33.5 to 86.7%. In the group of women with infertility, CE is from 12 to 68% of cases. Currently, CE is considered as a clinical and morphological syndrome in which multiple secondary morphofunctional changes occur as a result of persistent endometrial damage caused by the infectious agent, disturbing the cyclic biotransformation and the receptor apparatus of the mucosa of the uterine body. Numerous studies on the evaluation of the endometria in miscarriages in terms of immune and hormonal relationships in the presence of CE have been conducted. CE diagnosis is based on the complaints and analyses of the clinical symptoms, medical history data, sonographic picture, the endoscopic examination and morphological verification of the endometrial scrape. When treating chronic endometritis, a comprehensive approach is used as the effectiveness of therapy depends on the duration of the disease and, therefore, the degree of morphological changes in the endometrial stroma.

Key words: chronic endometritis, infertility.

Рецензент: врач-гинеколог НЦХ им. А.Н. Сызганова, д.м.н. Алдангарова Г.А.

УДК УДК 618.14-089.85

Н.Н. КОБЗАРЬ, М.И. НУГМАНОВА, Б.И. АБДРАСИЛОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Р.Н. КАЛИЕВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, Управление здравоохранения, г. Алматы

ПРОБЛЕМА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Проведенный анализ по частоте кесарева сечения в г. Алматы и РК показал, что за 23 года, с 1990 по 2012 гг. частота КС в РК выросла на 210,0%, в г. Алматы на 145,6%. По итогам 2012 г. в г. Алматы частота КС в 1,5 раза превышает уровень РК, при этом ПНС одинаковая и составляет соответственно 15,3% и 15,0%. Подсчет коэффицента эффективности оперативного родоразрешения выявил низкую эффективность операции кесарево сечение по г. Алматы и необоснованность роста ее частоты. Операцию кесарево сечение необходимо выполнять своевременно и по строгим показаниям, что возможно при рациональном ведении родов без элементов акушерской агрессии и полипрагмазии с выполнением всех требований программы «Безопасное материнство». Необходима разработка протоколов с переоценкой большей части современных показаний к этому вмешательству.

Ключевые слова: частота кесарева сечения, показатель перинатальной смертности, показатель эффективности операции кесарево сечение.

бдоминальное родоразрешение и его роль в снижении материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов – одна из наиболее важных проблем современного родовспоможения во всем мире. Частота кесарева сечения (КС) в мире довольно вариабельна. В Австрии, Болгарии, Дании, Норвегии эти операции составляют менее 15% всех родов, в Бразилии, Мексике, Чили, Таиланде – более 30%. В России прирост частоты оперативного

вмешательства составляет около 1% в год. В 2009 году частота кесарева сечения соответствовала 21%, при этом отмечался рост за последние 20 лет практически втрое, а перинатальное потери не снизились даже в 2 раза [3]. В то же время заболеваемость женщин, перенесших операцию КС, в 5-7 раз больше по сравнению с родами через естественные родовые пути [2]. Результаты Глобального Обзора ВОЗ показали, что повышенная частота КС ассоциируется с более высо-

ким риском послеродового лечения антибиотиками, тяжёлой материнской заболеваемостью и смертностью, а также с повышенным уровнем смертности плодов и большим числом новорожденных, которые наблюдались в отделении интенсивной терапии в течение 7 дней по сравнению с новорожденными, рождёнными через естественные родовые пути [1].

Цель исследования – определение частоты операции КС по г. Алматы за период 1990-2012 гг., а также связи данного показателя с уровнем перинатальной смертности. Расчет коэффициента эффективности кесарева сечения (КЭКС) дан в динамике за указанный период [3].

Материал и методы

Методы: клинический, аналитический, статистический.

Материалы: учетно-отчетная документация по г. Алматы за период 1990-2012 гг. Данные по частоте операции КС и перинатальной смертности (ПНС) по РК использованы из справочника показателей здоровья женского населения [5].

Для расчета КЭКС использована методика, предложенная кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского Университета Дружбы Народов [3].

Базовая формула для расчета КЭКС такова:

КЭКС = $\frac{\text{Кесарево сечение в базовом регионе } \times \text{ КЭКС}}{\text{Кесарево сечение в исследуемом регионе } \times \text{10}}{\text{Кесарево сечение в исследуемом регионе } \times \text{10}}$ [Перинатальная смертность в исследуемом регионе]

Для расчета частота КС указывается в %, ПНС в ‰. Базовый регион – регион, внутри которого проводится расчет. В нашем исследовании это показатели Республики Казахстан, исследуемый район – г. Алматы. В силу важности показателя перинатальной смертности это число в исследуемом районе возводится в квадрат.

Распределение КЭКС по степеням эффективности: 2 и более – очень высокий, 1,5-1,9 – высокий, 1,0-1,4 – средний, 0,5-0,9 – низкий, менее 0,5 – очень низкий.

Результаты и обсуждение

Частота КС по РК за период 1990-2000 гг. увеличилась с 4,8 до 7,4%, по г. Алматы за этот же период с 9,2 до 11,5%. Показатель ПНС по РК снизился с 19,0 до 16,0‰, соответственно по г. Алматы с 22,0 до 16,4‰. Таким образом, при росте частоты КС по РК с 1990 по 2000 гг. на 54%, отмечается снижение ПНС только на 15,7%. По г. Алматы при увеличении частоты КС показатель ПНС снизился на 18,0%. За период 1990-2000 гг. при одинаковом уровне перинатальной смертности частота КС по

г. Алматы в сравнении с РК была в 1,5 раза выше. Ежегодный прирост частоты КС составил по РК и г. Алматы 0,2%. Показатель КЭКС г. Алматы в сравнении с РК в 1990 г. составил 0,2%, в 2000 г. – 0,4%, что относится к очень низкому уровню эффективности.

Следующий период времени с 2001 по 2012 гг. отличает бурный рост частоты КС по РК с 7,4 до 14,9% с наибольшим показателем в 2012 г. По г. Алматы увеличение с 11,6 до 22,6% с наибольшим показателем 23,9% в 2010 г. (табл. 1). Таким образом, за 12 лет, с 2001 по 2012 гг. частота КС по РК выросла в 2 раза с ежегодным приростом 0,6%, по г. Алматы также в 2 раза с ежегодным приростом 0,9%.

Как видно из представленной таблицы 1, как по РК, так и по г. Алматы рост частоты КС не приводил к существенному снижению показателя ПНС, что свидетельствует о необоснованности увеличения оперативного родоразрешения. Так, по г. Алматы за период 2001-2007 гг. частота КС увеличилась с 11,6 до 16,2% (рост в 1,4 раза), а показатель ПНС не изменился. С 2008 г., когда в РК были внедрены критерии живо- и мертворожденности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), при незначительном росте частоты КС наметилась тенденция к снижению ПНС.

Как видно из представленной таблицы 2, показатель КЭКС только в 2002 г., 2004 г., 2006 г. составил 0,6, что относится к низкому уровню эффективности, в остальные годы он очень низкий. Очень низкий показатель КЭКС бывает при высоком уровне КС и высоком показателе ПНС. Представляют интерес данные об эффективности КЭКС в РК по отношению к другим регионам мира. В 2009 г. средний уровень частоты КС по миру составил 20%, а показатель ПНС 40‰ [3]. КЭКС по РК по отношению к мировым показателям в 2009 г. составил 2,0, что относится к высокому уровню. В то же время при показателях ПНС 7,8‰ и частоте КС 21% в соседней России показатель КЭКС в РК только 0,4.

Таким образом, проведенный анализ показал необоснованность роста оперативного родоразрешения как в г. Алматы, так и в РК. За 23 года, с 1990 по 2012 гг. частота КС в РК выросла на 210,0%, в г. Алматы на 145,6%. По итогам 2012 г. в г. Алматы частота КС в 1,5 раза превышает уровень РК, при этом ПНС одинаковая и составляет соответственно 15,3% и 15,0%.

Какова же оптимальная частота операции кесарево сечение? Улучшения исхода родов при превышении частоты кесарева сечения выше 7,0% не отмечается [4]. Общеизвестный верхний лимит частоты КС в 15,0% на популяционном уровне был рекомендован ВОЗ еще в 1985 году [8].

Таблица 1 – Частота операции КС и показатель ПНС по г. Алматы и РК за период 2001-2012 гг. (%, %)

Показатели	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Частота КС, % РК	7,4	7,9	9,4	9,5	10,0	10, <i>7</i>	11,5	11, <i>7</i>	13,5	13,9	14,4	14,9
ПНС, ‰ РК	15,5	14,3	13,8	13,1	13,4	13,0	12,8	22,0	19,4	17,4	15,1	15,0
Частота КС, % г. Алматы	11,6	11,0	16,4	16,0	15,1	16,2	18,0	20,7	23,1	23,9	19,9	22,6
ПНС, ‰ г. Алматы	13,5	13,6	13,3	11,0	13,0	11,7	13,3	23,6	20,7	18,4	17,1	15,3

Таблица 2 – Показатель КЭКС по г.Алматы за период 2001-2012 гг. в сравнении с данными РК

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
КЭКС												
по г. Алматы	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4

Однако, ВОЗ (1985) в то время не имела ни эпидемиологических, ни клиническо-статистических данных, подтверждающих данную рекомендацию.

На 16 Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов в Сантьяго (2003) обсуждение вопроса операции кесарево сечение привело к заключению, что расширение показаний к этой операции оправдано, если ведет к снижению перинатальной заболеваемости и смертности. По мнению Г.М. Савельевой [6] снижение ПНС происходит при частоте кесарева сечения 13-14% всех родов в популяции.

Повсеместное повышение частоты КС привело к увеличению количества популяций женщин с рубцом на матке. В свою очередь это приводит к неизбежному повышению частоты повторных КС. Бесконечное расширение показаний к абдоминальному родоразрешению - второй по значимости фактор, снижающий качество репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. Наличие больших разногласий во мнениях акушеров в отношении частоты операции кесарево сечение означает, что акушерское сообщество не определилось в своих показаниях к операции [3]. Психологи утверждают, что дети, извлеченные путем операции кесарево сечение, имеют так называемую перинатальную психотравму, обусловленную неожиданностью и неподготовленностью ребенка к переходу во внеутробное существование, характеризующуюся как шоковое состояние и вызывающую нервнопсихические и интеллектуальные депривации у ребенка, которые чрезвычайно трудно поддаются лечению [9]. Как любое полостное вмешательство, кесарево сечение сопряжено с целым рядом осложнений. Кроме того, при последующей беременности могут обнаружиться рубцовые изменения в области рассечения матки, предлежание плаценты, истинное врастание плаценты [7]. Так, частота родов при предлежании плаценты по г. Алматы с 2001 по 2012 гг. имеет тенденцию к росту – с 0,4 до 0,7%.

Выводы

Таким образом, проведенный анализ показал очень низкую эффективность операции кесарево сечение по г. Алматы и необоснованность роста ее частоты. Операцию кесарево сечение необходимо выполнять своевременно и по строгим показаниям, что возможно при рациональном ведении родов без элементов акушерской агрессии и полипрагмазии с выполнением всех требований программы «Безопасное материнство». Необходима разработка протоколов с переоценкой большей части современных показаний к этому вмешательству.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Abalos E. Хирургические техники выполнения кесарева сечения: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 мая 2009 г.) Библиотека Репродуктивного Здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения

2 Избранные вопросы перинатологии / под редакций Р.И.Надишаускене. –Литва. – 2012. – С. 395

- 3 Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М: Издательство Status Praesens, 2011. С. 401-432
- 4 Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности и в родах. 2007
- 5 Справочник показателей здоровья женского населения / Под редакцией Т.К. Кудабергенова, Х.М. Бикташевой. Алматы. 2012. 156 с.

6 Савельева Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины // Российский вестник акушерагинеколога. – 2003. – №2. – С. 3-7

7 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)

8 FernandoAlthabe, Jose M Belizan.Caesarean section the paradox.Lancet, 1985 WHO

9 Janus L "The impact of prenatal psychology on society and culture". Int. Congress on Embryology, Therapy and Society.The Netherlands, 2002

Т Ұ Ж Ы Р Ы М Н.Н., КОБЗАРЬ М.И. НҰҒМАНОВА, Б.И. ӘДБІРАСЫЛОВА, Н.С. МЫРЗАРАЙЫМОВА, Р.Н. ҚАЛИЕВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА

Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті, Алматы қ. денсаулық сақтау басқармасы

ҚАЗІРТІ ТАҢДАҒЫ КЕСАРЬ ТІЛІГІ МӘСЕЛЕСІ

Жедел босандыру тиімділігінің коэффициентін санағанда Алматы қ. Бойынша кесарь тілігі операциясы тиімділігінің төмендігі және оның жиілеуінің мақсатқа сай емес екендігі анықталды.

Зерттеу мақсаттары: 1990-2012 жылдар кезеңіндегі Алматы қ.бойынша БЖоперациясының жиілігін анықтау, сонымен қатар осы көрсеткіштің шарананың шетінеуінің деңгейіне байланыстылығы. Көрсетілген кезеңдегі (3) динамикада кесарь тілігі операциясы тиімділігінің коэффициентін (КТТК) есептеу.

Зерттеудің материалдары мен әдістері

Әдістері: клиникалық, талдамалы, статистикалық.

1990-2012 жылдар кезеңіндегі Алматы қ.бойынша есепке алу-есептеу құжаттамасы. ҚР бойынша БЖ және шарананың шетінеуінің (ШШ) жиілігі жөніндегі мәліметтер әйел қауымы денсаулығының (5) көрсеткішінің анықтамалығынан алынды, БЖТК.

Зерттеу нәтижелері және оларды талдау:

1990-2000 жылдар арасында ҚР бойынша БЖ жиілігі 4,8%-дан 7,4%-ға дейін өсті, Алматы қаласы бойынша осы кезеңде 9,2%-дан 11,5%-ға дейін. ШШ көрсеткіштері ҚР бойынша 19,0‰-дан 16,0‰-ға дейін, сәйкесінше Алматы қаласы бойынша 22,0%-дан 16,4%-ға дейін. Осылайша, 1990-2000 жылдар арасында ҚР бойынша БЖ жиілігінің 54% өсуі кезінде, ШШ тек 15,7%-ға ғана төмендегені анықталды. 2001 – 2012 жылдар арасындағы келесі кезең ҚР бойынша БЖ жиілігінің 7,4%-дан 14,9%-ға дейін өскенін байқатады. 2012 жылғы көрсеткіш тіпті көп. Алматы қаласы бойынша 11.6%-дан 22.6%-ға дейін, 2010 жылы ең көп көрсеткіш 23,9%. Осылайша, 12 жылдың ішінде 2011-2012 жылдары арасында ҚР бойынша БЖ жиілігі жыл сайынғы өсімі 0,6% құрай отырып 2 есеге өсті. Алматы қаласы бойынша да жыл сайынғы өсімі 0,9% құрай отырып 2 есеге өсті. 23 жылдың ішінде 1990-2012 жылдары ҚР бойынша БЖ жиілігі 210,0% өсті, Алматы қаласында 145,6% өсті. 2012 жылдың қорытындысы бойынша Алматы қаласында БЖ жиілігі ҚР деңгейінен 1,5 көп, сонымен қатар ШШ бірдей және сәйкесінше, 15,3% және 15,0% құрайды.

Қорытындылар: Осылайша, жасалынған талдау Алматы қаласы бойынша кесарь тілігі операциясы тиімділігінің ете төмен екендігін және оның жиілігінің мақсат сай еместігін көрсетеді. Кесарь тілігі операциясы дер кезінде және қатаң тәртіппен жүзеге асырылу керек, бұл «Қауіпсіз аналық» бағдарламасының барлық талаптарын орындай отырып акушерлік басқыншылық пен әрекетінің элементтерінсіз босанудың ұтымды енгізілуі кезінде мүмкін. Осы араласуға қазіргі таңдағы көрсеткіштердің көптеген бөлігін қайта бағалай отырып хаттамаларды әзірлеу қажет.

Негізгі сөздер: Кесарь тілігінің жиілігі, шарана шетінеуінің көрсеткіші, кесарь тілігі операциясы тиімділігінің көрсеткіші.

S U M M A R Y N.N. KOBZAR, M.I. NUGMANOVA, B.I. ABDRASILOVA, N.S. MIRZARAIMOVA, R.N. KALIYEVA, Kh.M. LEYMOEVA

Kazakh-Russian Medical University, Public Health Department, Almaty c.

CAESAREAN SECTION PROBLEM IN MODERN TIMES

The calculation of the effectiveness coefficient of the operative delivery revealed the low effectiveness of caesarean operation in Almaty and the groundlessness of its growth in the incidence rate.

The aim of the study was to determine the incidence of CS in Almaty for 1990-2012, as well the relation of this rate to the level of perinatal mortality; to calculate the effectiveness coefficient of caesarean section (ECCS) in the dynamics for that period (3).

Material and methods

Methods: clinical, analytical, statistical

Materials: the records and reports of Almaty for the period 1990 – 2012. The data on the incidence of CS and perinatal mortality (PNM) were taken from the reference book of the indicators of female population health in the Republic of Kazakhstan (5), ECCS.

Results and discussion:

The incidence of CS in the Republic of Kazakhstan for the period 1990-2000 increased from 4.8% to 7.4%; in Almaty for the same period – from 9.2% to 11.5%. The PNM rate in the Republic of Kazakhstan decreased from19.0‰ to 16.0‰, relatively, in Almaty – from 22.0‰ to 16.4‰. Thus, in 54% growth rate of CS in Kazakhstan from 1990 to 2000, there

was only 15.7% decrease in the PNM rate. During the next period of time – from 2001 to 2012 there was a rapid increase in the incidence of CS in Kazakhstan from 7.4% to 14.9%, with the highest rate in 2012. In Almaty there was an increase from 11.6% μο 22.6% with the highest rate (23.9%) in 2010. Thus, for 12 years, from 2001 to 2012, the incidence of CS in Kazakhstan increased by 2 times with an annual growth rate of 0.6%; in Almaty there was also an increase by 2 times, with an annual growth rate of 0.9%. For 23 years, from 1990 to 2012, the incidence of CS in Kazakhstan increased by 210.0%; in Almaty, it increased by 145.6%. According to the results of 2012, in Almaty, the incidence of CS was 1.5 times higher than in Kazakhstan; at that, the PNM rate was the same, and equaled to 15.3 ‰ and 15.0 ‰, respectively.

Conclusion: Thus, the conducted analysis showed very low effectiveness of cesarean section in Almaty and the groundlessness of its growth rate.

A caesarean section should be performed in time and following the strict indications and that is possible in proper management of deliveries without the elements of obstetric aggressions and polypragmasy, and fulfilling the requirements of Safe Motherhood Programme. It is necessary to develop protocols with the re-evaluation of the most current indications for this intervention.

Key words: the incidence of caesarean section, the perinatal mortality rate, the effectiveness coefficient of caesarean section.

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614.2:618.2-055.26

Г.П. КАСЫМОВА, М.Б. ЖАКУПОВА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Алматы

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Составными элементами репродуктивного здоровья являются сохранение здоровья детей и подростков, безопасная половая жизнь, доступ к эффективным, приемлемым методам регулирования рождаемости и возможность безопасного вынашивания и рождения здорового младенца, профилактика и своевременное лечение инфекций, передающихся половым путем, злокачественных новообразований и других заболеваний репродуктивной системы, а также благополучное течение преклимактерического и климактерического периодов.

Необходимо совершенствование нормативно-правовой базы, финансирования, реструктуризации организационноструктурных подразделений с открытием доступных учреждений службы планирования семьи, определения объема и обеспечения качества медицинских услуг, и использования инновационных технологий.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, фертильный возраст, женщины.

дной из важнейших медико-социальных проблем является состояние репродуктивного здоровья населения. В период кризисных явлений в экономике страны и перехода ее на рыночные отношения отмечается ухудшение медико-демографической ситуации, прогрессируют негативные тенденции в состоянии здоровья женщин и детей.

В настоящее время сохраняются негативные тенденции в динамике показателей, характеризующих репродуктивное здоровье женщин, причинами которых являются низкий уровень контрацептивной культуры, высокий уровень гинекологической патологии и распространенность абортов [1, 2, 3].

Концептуальные подходы к воспроизводству здоровых поколений тесно связаны с экспертизой социальной политики по укреплению репродуктивного здоровья женщин [4].

Изучение здоровья женщин относится к числу наиболее значимых направлений деятельности современного здравоохранения. Здоровье женщины выступает одним из важнейших факторов ее биологического существования, являясь естественной и непреходящей жизненной ценностью, значение которого возрастает по мере развития общества [5].

Современная наука и практическое здравоохранение всесторонне изучают медицинские проблемы

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

неудовлетворительного соматического и репродуктивного здоровья женщин. Воздействие на здоровье женщин не ограничивается наличием только медицинских причин [6].

Действует целый комплекс социально-экономических, общественно-политических, экологических и других факторов, среди которых: материальное обеспечение, уровень культуры, национальные привычки, жилищные условия, питание, внутрисемейные отношения, обеспечение медицинской помощью и другие факторы, влияющих, тем или иным образом, на качество жизни женщин [7, 8, 9].

Одним из показателей неблагополучия в воспроизводстве здорового потомства и в социальном плане самого материнства является увеличение коэффициента рождаемости у женщин моложе 19 лет. Несмотря на то, что среди женщин основной группы детородного возраста отмечается снижение рождаемости, в группе женщин юного возраста число родов постоянно растет. Подростковая беременность и материнство в юном возрасте являются чрезвычайно актуальной проблемой для многих стран мира, поскольку везде отмечается рост частоты беременностей и родов у несовершеннолетних, что не может не вызвать серьезную озабоченность общества [10].

Статистические данные свидетельствуют о том, что за последнее десятилетие, наряду с выраженными неблагоприятными тенденциями в состоянии здоровья всего населения, наиболее значительные изменения отмечаются в подростковом возрасте. По мнению исследователей, устойчивость негативной динамики сохранится, поскольку она во многом обусловлена такими факторами, как неблагоприятная экологическая обстановка, несбалансированная учебная нагрузка, хронический стресс, безграмотность населения в вопросах собственного здоровья. Немаловажное значение имеет и экономическая составляющая. Экономические кризисы негативно сказываются на развитии подростка, особенно в период наибольшей уязвимости нервной и эндокринной систем – 11-14 лет [11].

Формирование репродуктивного поведения происходит под воздействием социально-экономических преобразований в стране, под влиянием западных стандартов репродуктивного и сексуального поведения. В целом, репродуктивное поведение на современном этапе развития российского общества характеризуется изменением института брака: позднее оформление семейных отношений, приоритетность образования и деловой карьеры, приемлемость гражданских браков, что, в конечном итоге, способствует изменению установки на детность [12, 13, 14, 15, 16, 17].

Отражением риска, которому подвергаются матери во время беременности и родов, служит показатель материнской смертности (ПМС). Этот риск зависит от широкого диапазона факторов: общих социально-экономических условий, состояния здоровья женщины до беременности, различных осложнений беременности и родов, характера функционирования органов и организаций здравоохранения, прямо или косвенно ответственных за оказание медицинской помощи беременным женщинам и предоставление акушерской помощи [18].

Проблемы репродуктивного здоровья актуальны для всех стран мира, однако, приоритеты для разных стран различны в зависимости от текущего состояния здоровья населения, этнических особенностей, а также степени решенности медико-социальных проблем отдельно взятого государства [19, 20].

Вместе с тем, в настоящее время отмечается формирование нового типа репродуктивного поведения на-

селения, обусловленного демографическим переходом к малодетной семье, что одинаково выражено как среди городских, так и сельских жителей. Причиной этого являются трудности материального, жилищного характера, возросшее внимание населения к духовной жизни, особенности современных семейно-брачных отношений в виде как относительно позднего их оформления, так и недостаточной стабильности, а также нарастание социальной активности женщины [21, 22, 23, 24, 25].

Казахстан, испытав в период становления государственности глубокий экономический спад, провел серьезную оптимизацию в социальной сфере, в том числе и в системе здравоохранения, где созданная в советское время громоздкая сеть медицинских организаций была, в основном, ориентирована на количественные показатели работы. В последние годы страна добилась значительного экономического роста, что дало возможность существенно увеличить финансирование отрасли и открыло перспективы его дальнейшего роста. Будучи социально ориентированным, в настоящее время государство уделяет серьезное внимание охране репродуктивного здоровья граждан [26, 27, 28].

В то же время ряд программных документов, по которым сегодня развивается служба охраны репродуктивного здоровья, были адекватны на момент их разработки и в настоящее время не соответствуют реалиям. Отдельные мероприятия, обозначенные в этих документах, не были ориентированы на конечный результат, а структурные преобразования не всегда носили последовательный характер. Сегодня нельзя утверждать, что состояние системы охраны репродуктивного здоровья и его уровень в полной мере удовлетворяют общество и государство, в связи с чем пришло время изменить сложившуюся ситуацию. Назрела необходимость проведения научных исследований, которые позволили бы дать объективную оценку состояния репродуктивного здоровья и на их основе разработать единую программу по осуществлению целенаправленной, последовательной деятельности общества по улучшению и сохранению репродуктивного потенциала и репродуктивного здоровья граждан [29].

Вместе с тем репродуктивное здоровье девушекподростков, составляющих демографический резерв страны, имеет тенденцию к замедлению темпов морфофункционального становления репродуктивной системы на фоне высокой частоты отклонений и дисгармоничности физического развития, низкого уровня соматического здоровья, обусловленного высокой распространенностью хронических экстрагенитальных заболеваний с преобладанием в их структуре экозависимых болезней органов пищеварения, мочеполовой системы, анемии; высокой распространенности гинекологических заболеваний с преобладанием в ее структуре нарушений менструального цикла, воспалительных заболеваний гениталий и дисменорей; высокого уровня подростковой фертильности на фоне ранней сексуальной активности и низкой информированности о методах профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), ВИЧ-инфекций и абортов. Для оптимизации репродуктивного здоровья рекомендуется повышение уровня знаний и культуры будущих родителей по вопросам безопасности сексуальных отношений и контрацепции, активное оздоровление девушек-подростков, направленное на планируемую беременность при условии максимального социальнобиологического благополучия своего организма, семьи и общества в целом [30].

Таким образом, составными элементами репродуктивного здоровья являются сохранение здоровья

детей и подростков, безопасная половая жизнь, доступ к эффективным, приемлемым методам регулирования рождаемости и возможность безопасного вынашивания и рождения здорового младенца, профилактика и своевременное лечение инфекций, передающихся половым путем, злокачественных новообразований и других заболеваний репродуктивной системы, а также благополучное течение преклимактерического и климактерического периодов [31].

Необходимо совершенствование нормативноправовой базы, финансирования, реструктуризации организационно-структурных подразделений с открытием доступных учреждений службы планирования семьи, определения объема и обеспечения качества медицинских услуг и использования инновационных технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Селезнева И.Ю. Бесплодный брак: эпидемиологическое исследование: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01; 14.00.33 / И.Ю. Селезнева. М. 1999. 20 с.
- 2 Кулаков В.И. Спорные и нерешенные вопросы вспомогательной репродукции у гинекологических больных / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. Хабаровск. 2006. С. 4-7
- 3 Фролова О.Г. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья / О.Г. Фролова, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. Хабаровск, 2005. № 1. С. 3-6
- 4 Альбицкий В.Ю. К вопросу изучения воспроизводства здоровья населения / В.Ю. Альбицкий, А.И. Глушаков: бюлл. НИИ соц. гиг., экон. и упр. здравоохранением РАМН им Н.А. Семашко. М., 2002. Вып. 4 (в двух частях). 1 ч. С. 13-26
- 5 Fathalla M.F. Imagine a world where motherhood is safe for all women you can help make it happen / M.F. Fathalla // Int. J. of Gyn. & Obst. 2001. Vol. 72. P. 207-213
- 6 Гридин Л.А. Общественное здоровье как показатель благополучия и стабильности общества / Л.А. Гридин // Российский медицинский журнал. 2001. №3. С. 9-12
- 7 Шевелева Г.А. Влияние курения на здоровье женщин и детей / Г.А. Шевелева //Акушерство и гинекология. 1998. №6. C. 46-51
- 8 Шевченко Ю.Л. Качество жизни в кардиологии / Ю.Л. Шевченко // Вестник РВМА. – 2000. – Т. 9. – С. 5-15
- 9 Томашева С.А. Изучение вредных привычек у девушек / С.А. Томашева // Здравоохранение Казахстана. 1999. №3. С. 17-18
- 10 Чечулина О.В. Оптимизация социального риска репродуктивного здоровья юных женщин / О.В. Чечулина, И.Г. Низамов // Бюллетень научно-исследовательского института соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением имение Н.А. Семашко. М. 2003. С. 28
- 11 Кошель Е.М. Медико-социальные аспекты нарушения репродуктивного здоровья детей 11-18 лет: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Е.М. Кошель. М. 2010. 27 с.
- 12 Аборты в России. Региональные особенности: информ. письмо // Минздрав России. М. 2001. 12 с.
- 13 Безрукова О.Н. Репродуктивные мотивации женщин / О.Н. Безрукова // Социол. исслед. 2000. №12. С. 122-124
- 14 Гинекология по Эмилю Новаку: пер. с англ. / под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хилларда. М.: Практика, 2002. 892 с.
- 15 Гребешева И.И. Репродуктивное здоровье населения России / И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк // Планирование семьи. 1999. №2. С. 7-12

- 16 Кваша Е. Аборты в России / Е. Кваша, Т. Харькова // Планирование семьи. – 2001. – №1. – С. 11-15
- 17 Кулаков В.И. Практическая гинекология / В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 717 с.
- 18 Улучшение охраны материнства // Цели развития тысячелетия в Казахстане. Астана: Представительство ООН в Казахстане. 2007. С. 53
- 19 Новицка В. Значимость аспектов репродуктивного здоровья в секторе здравоохранения / В. Новицка // Entre nous. Европейский журнал по репродуктивному здоровью. 1998. №40-41. С. 12-13
- 20 Кулаков В.И. Состояние репродуктивного здоровья населения России / В.И. Кулаков // Планирование семьи. 1999. №4. С. 3-8
- 21 Капитонов В.Ф. Медико-демографическая характеристика некоторых типов семей / В.Ф. Капитонов // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. №1. С. 12-14
- 22 Иванов А.Г. Особенности формирования семьи и репродуктивных установок молодежи / А.Г. Иванов // Здравоохранение Рос. Федерации. 2004. №4. С. 36-38
- 23 Роль семьи в сохранении здоровья детей / [Н.В. Полунина, Е.И. Нестеренко, В.В. Борисенко и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004. №4. С. 61-64
- 24 Сурмач М.Ю. Медико-социологический анализ как средство разработки способов воздействия на демографические процессы и состояние репродуктивного потенциала молодежи Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач // Медицинские новости: научно-практ. журнал для врачей и руководителей здравоохранения. Громадск, 2007. №2. Т. 2. С. 35-39
- 25 Неверова Г.П. Воспроизводство населения региона в аспекте социально-демографической безопасности (на примере Еврейской автономной области) / Г.П. Неверова, Т.М. Комарова // Вестник Тихоокеанского государственного университета. Биробиджан, 2010. №3. С. 267-274
- 26 Медико-демографическое исследование Казахстана 1999 г. / Т.Ш. Шарманов, Дж. М. Саливан, А.Т. Шарман и др. Алматы. 2000. 214 с.
- 27 Каюпова Н.А. Новые технологии в акушерстве, гинекологии и перинатологии: реальность и возможности (гуманистический и нравственно-правовой аспекты) / Н.А. Каюпова //Акушерство, гинекология и перинаталогия. 2004. №2. С. 3-8
- 28 Женщины и мужчины Казахстана: краткий статистический сборник / под ред. К. Абдиева. Алматы. 2004. 116 с
- 29 Локшин В.Н. Научное обоснование современных организационных форм улучшения репродуктивного здоровья женщин (на материале Республики Казахстан): автореф. дисс. ... д. мед. наук: 14.00.33 / В.Н. Локшин. СПб, 2005. 42 с.
- 30 Фролова О.Г. Основные показатели деятельности акушерско- гинекологической службы и репродуктивного здоровья / О.Г. Фролова, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. Хабаровск. 2005. №1. С. 3-6
- 31 Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the newly independent states // World Health Organization. 2000. P. 36-39

TXXЫPЫM

Г.П. ҚАСЫМОВА, М.Б. ЖАҚЫПОВА

С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медициналық университеті, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

министрлігінің Салауатты өмір салтын құру мәселелерінің ұлттық орталығы, Алматы қ.

ҰРЫҚТЫЛЫҚ ЖАСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ РЕ-ПРОДУКТИВ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ – ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ (әдебиет түрі)

Репродуктивті денсаулықтың құрамдас элементтері балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын сақтау, қауіпсіз жыныстық өмір, тууды реттеудің тиімді, қолжетімді әдістеріне қол жетімділік, және дені сау нәрестені қауіпсіз шығару мен туудың мүмкіндіктері, жыныстық мүшелер арқылы берілетін жұқпалы ауруларды, қатерлі жаңа пайда болған және репродуктивті жүйенің басқа да ауруларын алдын-ала емдеу мен дер кезінде емдеу, сонымен қатар климактерийден алдыңғы және климактерийлік кезеңдердің аман-есен өтуі.

Жанұяны жоспарлау қызметтерінің, медициналық қызметтердің көлемі мен сапасын қамтамасыз етуді анықтаудың, және инновациялық технологияларды пайдаланудың қол жетімді мекемелерін аша отырып ұйымдастырушылық — құрылымдық бөлімшелерінің нормативтік-құқықтық базасын, қаржыландыруды, қайта құрылымдауды жетілдіру қажет.

Негізгі сөздер: репродуктивтік денсаулық, фертилдік жас, әйелдер.

S U M M A R Y G.P. KASYMOVA, M.B. ZHAKUPOVA

Kazakh National medical University named after S.D. Asfendiyarov, National center of problems of formation of a healthy lifestyle Ministries of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE (literature review)

Components of reproductive health are preservation of children's health and teenagers, safe sexual life, access to effective, acceptable methods of regulation of birth rate, and possibility of a safe courses of pregnancy and the birth of the healthy baby, prevention and timely treatment of infections, sexually transmitted, malignant new growths and other diseases of reproductive system, and also a safe current of the preclimacteric and climacteric periods.

Improvement of standard and legal base, financing, restructuring of organizational and structural divisions with opening of available establishments of service of planning of a family, scoping and ensuring quality of medical services, and uses of innovative technologies is necessary.

Kew words: reproductive health, fertile age, women.

НЕВРОЛОГИЯ

УЛК 611.813.11-018.82-055.1-055.2:612.66

м.а. бережная

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «НЕЙРОН-ГЛИЯ-КАПИЛЛЯР» V СЛОЯ В ВЕРХНИХ ЛОБНЫХ ИЗВИЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

В статье, на собственном клиническом материале, обобщены данные, полученные в результате статистической обработки нейроно-глиально-капиллярного индекса в зависимости от пола и возраста.

Доказано, что плотность нейронов меняется в определенных возрастных категориях в зависимости от гендерной принадлежности.

Плотность расположения глиальных элементов независимо от пола увеличивается во всех возрастных группах.

Ключевые слова: головной мозг, нейрон, глия, верхняя лобная извилина.

В течение жизни в структуре коры головного мозга у человека происходят количественные и качественные изменения, которые представляют интерес для теоретических и практических аспектов медицинской науки, являются одним из основных элементов для понимания возрастной нейроморфологии. Активность нейронов неразрывно связана с их функциями, развитием, продолжительностью их функционирования, взаимоотношениями с сателлитными клетками, кровоснабжением [1, 2].

Лобные доли головного мозга человека отвечают за ряд важных особенностей деятельности человека. Среди них – формирование личностных характеристик, индивидуальность, речь, способность к аналитическому мышлению, непроизвольные движения, поворот глаз [1]. Верхние лобные извилины формируют эфферентные, двигательные пути. Особенностью гистологического строения верхних лобных извилин является преобладание пирамидных нейронов в V-м слое.

При этом вопрос о взаимоотношениях нейронов с глиальными элементами, элементами микроциркуляторного русла на протяжении постнатального периода онтогенеза остается недостаточно освещенным [3,4]. В то же время такие данные представляют интерес для изучения морфофункциональных особенностей патологических изменений при пограничных состояниях и психиатрических заболеваниях, таких как депрессия, аутизм [1, 5].

Исходя из изложенного, нами была определена цель настоящего исследования – изучить динамику изменений взаимоотношений в системе «нейрон-глия-капилляр» V слоя в верхних лобных извилинах головного мозга человека.

Материал и методы

Нами изучены препараты верхней лобной извилины головного мозга 41 человека, погибшего от случайных причин (не связанных с патологией ЦНС). В каждую исследуемую возрастную группу равномерно вошли мужчины и женщины (табл.1).

Таблица 1 — Распределение материала по полу и возрасту

Roapactulo	21-35	36-50	51-75	76 и
Возрастные	лет	лет	лет	старше
группы	1 группа	II группа	III группа	IV группа
Мужчины	4	9	6	4
Женщины	4	8	7	4
Всего	8	17	13	8

Материал для исследования был взят из симметричных областей каждого полушария. Изготовленные препараты толщиной срезов 10 мкм, были окрашены гематоксилином и эозином, по Нисслю [6]. Гистологическое изучение было проведено на микроскопе «Olympus BX-41» с последующим морфометрическим исследованием с использованием программы Olympus DP-soft 3.12. Препараты изучали при помощи иммерсионной микроскопии в 30 полях зрения с определением количества нейронов, глиальных элементов, капилляров в квадрате площадью 10⁴ мкм². После вычисления средних показателей количества нейронов, глиальных элементов, капилляров производили вычисление глиального и капиллярного индексов (отношение глиальных элементов к нейронам и нейронов к глиальным элементам соответственно), нейронного, гиального и капиллярного коэффициентов (отношение нейронов, глиальных элементов, капилляров к сумме двух других изучаемых структурных элементов соответственно). Полученные данные статистически обрабатывались.

Результаты и обсуждение

Проведенные ранее исследования показывают, что возрастная динамика нейронов, глиальных элементов, капилляров не всегда показывает существенные различия на разных периодах онтогенеза [7, 8]. В то же время зачастую более показательными являются изменения соотношений между структурными элементами головного мозга, что в лучшей степени характеризует уровень метаболических процессов и функциональную активность как нейронов, так и всей изучаемой зоны. Так, изучение глиального и капиллярного индексов показало достоверные различия этого показателя уже между первой и второй возвратных групп (табл. 2), что не выявляется при сравнении ни одного из исследуемых элементов в отдельности.

Таблица 2 — **Изменения глиального и капиллярного индексов верхних лобных извилин головного мозга человека**

Возраст	Глиальн индек		Капиллярный индекс		
	_{min} M ^{max}	±m	_{min} M ^{max}	±m _{o6}	
21-35 лет I группа	0,82 1,75 2,16	0,14	2,52 2,8 3,34	0,12	
36-50 лет II группа	2,09 2,54 3,0	0,13	2,28 2,71 ^{3,16}	0,12	
51-75 лет III группа	6,2 8,42 11,08	0,5	2,97 2,14 1,32	0,21	
76 и старше IV группа	7,61 10,1 11,82	0,43	2,46 2,08 1,65	0,12	

При этом различия статистически достоверны при сравнении глиального индекса с каждой из предшествующих групп, а при сравнении капиллярного индекса различия статистически достоверны только между второй и третьей возрастными группами. Следует отметить, что показатели глиального индекса увеличились

в 5,77 раза, а капиллярного индекса уменьшились в 1,35 раза.

Если глиальный и капиллярный индексы свидетельствуют о состоянии пар структурных элементов (глиянейрон и капилляр-нейрон), то нейронный, глиальный и капиллярный коэффициенты указывают на взаимоотношение между всеми тремя структурными единицами.

При изучении динамики изменений нейронного коэффициента (табл. 3) обращает на себя неравномерность изменений данного показателя (статистическая достоверность наблюдается при сравнении второй и первой, третьей и второй возрастных групп). Так, нейронный коэффициент уменьшается в 1,35 раза с первой ко второй возрастных групп, в 3,22 раза со второй к третьей, и 1,21 раза с третьей к четвертой. В целом нейронный коэффициент уменьшается в 5,26 раза.

Таблица 3 – Изменения нейронного коэффициента верхних лобных извилин головного мозга человека

D	Нейронный коэффициент			
Возраст	_{min} M ^{max}	±m		
21-35 лет. І группа	_{0,4} 0,500 ^{0,82}	0,08		
36-50 лет. II группа	0,3 0,370 0,41	0,027		
51-75 лет. III группа	_{0,08} 0,115 ^{0,15}	0,016		
76 и старше. IV группа	0,08 0,095 0,13	0,09		

Сравнение глиального коэффициента между возрастными группами показало достоверное различие между каждой предыдущей и последующей группами (табл. 4). При этом увеличение глиального коэффициента с первой до второй возрастной групп соответствует 1,43 раза, со второй до третьей 3,04 раза, с третьей до четвертой 1,21 раза. В целом глиальный коэффициент увеличивается в 4.36 раза.

Таблица 4 — **Изменения глиального коэффициента** верхних лобных извилин головного мозга человека

Doonage	Rоэффициент		
Возраст	_{min} M ^{max}	±m	
21-35 лет. І группа	_{0,6} 1,29 ^{1,56}	0,16	
36-50 лет. II группа	1,51 1,85 ^{2,14}	0,12	
51-75 лет. III группа	4,1 5,62 6,48	0,31	
76 и старше. IV группа	4,65 6,82 8,36	0,39	

Капиллярный коэффициент, так же как и нейронный, уменьшается с возрастом (табл. 5). Во второй возрастной группе данный показатель меньше, чем в первой, в 1,23 раза, в третьей он меньше в 2,08 раза, чем во второй. В четвертой он меньше, чем в третьей, в 1,18 раза. Между ближайшими группами различия статистически недостоверны только между третьей и четвертой группами. В целом показатель уменьшился в 3 раза.

Таблица 5 – Изменения капиллярного коэффициента верхних лобных извилин головного мозга человека

D	Капиллярный коэффициент			
Возраст	min M™ax	±m _{oб}		
21-35 лет. І группа	0,1 0,135 0,21	0,019		
36-50 лет. II группа	0,085 0,11 0,13	0,009		
51-75 лет. III группа	0,35 0,053 0,072	0,009		
76 и старше. IV группа	0,03 0,045 0,063	0,005		

Сопоставление полученных нами данных указывает, что для трофических процессов в верхних лобных изви-

НЕВРОЛОГИЯ

линах головного мозга человека критическим является период между второй и третьей возрастными группами, в течение которого абсолютно все показатели претерпевали максимальные изменения, при этом наиболее выраженными в количественном отношении явились изменения, имеющие отношение к глиальным элементам. В то же время абсолютно все полученные индексы и коэффициенты свидетельствуют об изменениях во всей системе нейрон-глия-капилляр.

Выводы

С возрастом в V-слое в верхних лобных извилинах головного мозга человека наблюдается уменьшение числа нейронов и капилляров и увеличивается число глиальных элементов, что характеризуется выраженной динамикой изменений глиального и капиллярного индексов, нейронного, глиального и капиллярного коэффициентов. Наиболее выраженные изменения для всех параметров наблюдаются между возрастными группами 36-50 лет и 51-75 лет.

Выявленные нами количественные и качественные характеристики соотношений нейронов, глиальных элементов и капилляров в пятом слое верхних лобных извилин головного мозга человека могут быть использованы как обоснование для выявления патологических изменений указанной структуры.

Перспектива дальнейших исследований

Представляются интересными дальнейшие исследования коры верхней лобной извилины головного мозга человека как в норме, так и при патологических состояниях разных возрастных и половых групп, а также определение различий между левым и правым полушариями для выявления критериев появления физиологических и патологических изменений в психиатрической практике и при соматических заболеваниях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Критический анализ функциональной роли модульной самоорганизации мозга/ А. В. Савельев // Нейрокомпьютеры: разработка и применение. 2008. №5-6. С. 4-17
- 2 Масловский С.Ю. Нейроно-глиально-капиллярные отношения в парагиппокампальной извилине левого и правого полушарий головного мозга человека / С.Ю. Масловский, Н.Е. Пирятинская // Медицина сьогодні і завтра. 2008. № 1. С. 29-32
- 3 Масловский С.Ю. Особенности клеточных соотношений в энторинальной области головного мозга человека /С.Ю. Масловский, Н.Е. Пирятинская // Медицина сьогодні і завтра. 2008. №2. С. 97-100
- 4 Рыхлик С.В. Исследование нейроно-глиальнокапиллярных взаимоотношений винтральной группы ядер таламуса с использованием факторных моделей / С.В. Рыхлик, С.Ю. Масловский // Медицина сьогодні и завтра. – 2008. – № 4. – С. 35-38

5 Яхно Н.Н. Изменения центральной нервной системы

при старении: [руководство для врачей] / Н.Н. Яхно, А.Ю. Лавров. – М., 2001. – С. 242-261

- 6 Меркулов Г.А. Курс патогистологической техники / Г.А. Меркулов. Л.: Медгиз, 1961. С. 162-165
- 7 Рыженкова И.В. Нейроно-глиально-капиллярные взаимоотношения в предцентральной извилине головного мозга человека / И.В. Рыженкова, С.Ю. Масловский // Медицина сьогодні і завтра. 2008. №4. С. 39-40
- 8 Рыхлик С. В. Морфологические особенности взаимоотношений в вентролатеральной группе ядер таламуса человека / С.В. Рыхлик // Медицина сьогодні і завтра. 2008. №1. С. 20-22

ТҰЖЫРЫМ

М.А. БЕРЕЖНАЯ

Харьков ұлттық медициналық университеті

АДАМНЫҢ БАС МИЫНЫҢ ЖОҒАРҒЫ МАҢДАЙ ҚАТПАРЛАРЫНДА V ҚАБАТЫНЫҢ «НЕЙРОН-ГЛИЯ-ҚЫЛТАМЫР» ЖҮЙЕСІНДЕГІ ӨЗАРА ҚАТЫНАСТАРДЫҢ ӨЗГЕРУІНІҢ ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Мақалада, жеке клиникалық материалында жыныс пен жас ерекшелігіне байланысты нейро-глиальді-қылтамыр индексін статистикалық өңдеу нәтижесінде алынған мәселелер жинақталған.

Гендерлік тәнділікке байланысты нақты жас ерекшелігінің дәрежелерінде нейрондардың тығыздылығы өзереді.

Глиальді элементтердің орналасу тығыздылығы жынысына тәуелсіз барлық жас ерекшеліктерінің топтарында ұлғаяды.

Негізгі сөздер: бас миы, нейрон, глия, жоғарғы маңдай катпары.

SUMMARY

M.A. BEREZHNAYA

Kharkiv National Medical University

AGE-RELATED DYNAMICS IN THE CHANGES OF RELATIONSHIPS IN THE SYSTEM "NEURON-GLIA-CAPILLARY" OF LAYER V IN THE SUPERIOR FRONTAL GYRI OF THE HUMAAN BRAIN

In the article, the data obtained as a result of statistical analysis of neuronal-glial-capillary index according to gender and age are summarized based on the own clinical material.

It is proved that the density of neurons changes in certain age categories, depending on the gender.

The denseness of glial elements, regardless of gender increased in all age groups.

Key words: brain, neuron, glia, superior frontal gyrus.

Рецензент: зав. кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии Харьковского национального медицинского университета МОЗ Украины, академик Международной академии интерактивной антропологии, д.м.н., проф. С.Ю. Масловский.

УДК 616.8-085.851

Б.А. ШАХМЕТОВ

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

КОГНИТИВНАЯ, ЛИЧНОСТНО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье рассматриваются вопросы повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса в общей медицинской практике через воздействие на личность. Предложена психотерапевтическая модель «опттмального комфортного состояния», позволяющая пациентам лучше понимать свое состояние и более активно и осознанно участвовать в лечебном процессе.

Ключевые слова: когнитивная терапия, оптимальное комфортное состояние.

ктуальной проблемой современной медицины является повышение эффективности лечебнореабилитационного процесса. В последние годы отмечается тенденция к интеграции психотерапии с общей медициной, с превращением ее в общемедицинскую специальность. Однако важнейший постулат медицины «Лечить не болезнь, а больного» пока, к сожалению, остается все еще в значительной степени декларацией. Воздействие на личность больного для многих практических врачей часто остается только благим пожеланием. Золотое правило психотерапии гласит: «Заболевает один человек, а излечивается другой человек», т.е. излечение возможно только при изменении личности, его мышления, чувств, убеждений, установок и поведения. К. Шнайдер определял «личность как единство чувств и оценок, стремлений и желаний».

По известному определению здоровья, данному ВОЗ, состояние благополучия является важнейшим показателем здоровья. И, по мнению экспертов ВОЗ, здоровье в большей степени зависит от самооценки себя и чувства социальной принадлежности, чем биологических функций. Поэтому комплексные когнитивные, личностно-развивающие психотерапевтические программы являются весьма эффективными.

Когнитивная психотерапия рассматривает эмоциональные реакции и психические расстройства как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками, в основе которой выступает мысль (когниция). Другими словами, человек есть то, что он думает.

Великий ученый аль-Фараби (870-950 гг.) подчеркивал важность социально-психологических, этических факторов в жизни общества. Он писал: «Вся земля была бы благословенной, если бы народы мира помогали друг другу в достижении счастья». Переходя в область малых социальных групп, мы можем также отметить важность положительных межличностных отношений.

Античным мыслителем Аристотелем (384-322 гг. до н.э.) была создана модель «нормы» психического поведения в рамках добродетели, бывшей основной нравственной категорией. В связи с этим принципиальное значение приобретает воспитание добродетели у детей, подрастающего поколения и зрелых людей, качества личности, в целом определяющего судьбу человека и общества.

А. Адлер (1870-1937 гг.) считал, что основная проблема большинства людей заключается в их ошибочной схеме апперцепции, которая определяется недостижимой и нереалистичной целью достижения превосходства над другими. Нужно, чтобы человек понял свой жизненный стиль, понял себя – научился видеть свои ошибки в повседневной жизни, понимать последствия своего поведения. Забота о себе вместо заботы о других лежит в основе большинства психологических проблем. Адлер предлагал постепенно уводить человека от исключительного инте-

реса к себе, переводить его на конструктивную работу с другими людьми в качестве значимого члена общества.

Именно добродетель — стремление делать добро людям является стержневым свойством личности. И мы полностью согласны с этой мыслью. Она создает положительный фон настроения и влияет на общее самочувствие человека.

С целью облегчения и повышения эффективности работы с самосознанием пациентов в рамках когнитивной, личностно развивающей психотерапии нами предложена психотерапевтическая модель ОКС – «Оптимальное комфортное состояние» (Б.А. Шахметов, 2005, 2008, 2012)[1].

Оптимальное комфортное состояние – совокупность базовых потребностей личности, необходимых для достижения состояния полного благополучия. И включает в себя следующие 5 факторов:

- 1. Преобладание положительных эмоций положительный эмоциональный фон (ПЭФ).
- 2. Ощущение собственной значимости (ОСЗ), позитивный уровень самооценки.
- 3. Гармоничные межличностные взаимоотношения (ГМО) в микросоциальных группах (в семье, детском, учебном и трудовом коллективах).
- 4. Достаточный уровень интегрального здоровья (ИЗ), включающий в себя физическое, психическое и социальное благополучие.
 - 5. Финансовый достаток (ФД).

Структурно-логическая схема ОКС изображена на рисунке 1.

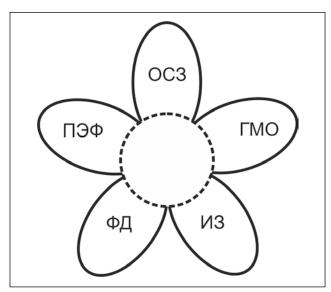


Рисунок 1 – Структурно-логическая схема оптимального комфортного состояния (ОКС)

ПСИХИАТРИЯ

Оптимальное комфортное состояние (ОКС) может быть главной стратегией не только профилактики, но и укрепления здоровья у пациентов. Именно добродетель – стремление делать добро людям – является стержневым свойством личности, формирует положительный фон настроения. Уважение к самому себе, хорошие, теплые отношения с близкими людьми являются базой для крепкого здоровья, хорошего настроения и материального достатка.

Сущностью целевых программ по повышению индивидуального и социального психологического здоровья может являться достижение ОКС (оптимального комфортного состояния), включающего в себя биологический и социально-психологический регистры личности, другими словами – психосоматическое благополучие (психосоматическое комфортное состояние).

Модель профилактики заболеваний в целом должна включать в себя систему мероприятий по обеспечению ОКС каждой личности в отдельности через систему образования, воспитания, социального обеспечения и менеджмента.

В соответствии с представлениями гуманистической теории личности (К. Роджерс, А. Маслоу) главным источником развития личности считаются врожденные тенденции к самоактуализации. Развитие личности – это развертывание врожденных тенденций. По мнению К. Роджерса: Цель жизни – реализовать весь свой врожденный потенциал, быть «полностью функциональной личностью», т. е. человеком, который использует все свои способности, реализует свой потенциал и движется к полному познанию себя, своих переживаний, следует своей истинной природе [2]. А. Маслоу выделяет потребности, лежащие в основе развития личности и отмечает 5 уровней мотивации [3]:

- 1) физиологический уровень (потребности в еде, сне);
 - 2) потребности в безопасности (жилье, работа);
- 3) потребности в принадлежности (иметь друзей, создать семью);
- 4) уровень самооценки (потребность в самоуважении, компетенции, достоинстве);
- 5) потребность в самоактуализации (творчество, стремление к красоте, к совершенству, развитию своих способностей и т. д.).

По нашему представлению субъективным смыслом человеческой жизни является достижение «оптимального комфортного состояния», которое включает в себя следующие векторы развития.

Вектор 1 характеризует эмоциональное состояние личности, вектор 2 – уровень его самооценки, 3 – межличностные отношения, 4 – общее состояние здоровья, 5 – материальное положение (финансовый достаток).

Развитие личности представляет собой стремление к улучшению своего состояния, как внутреннего, так и внешнего благополучия, комфортности в телесных ощущениях и межличностных контактах, самоактуализации по указанным направлениям. Предлагаемая матрица – пятиугольник, охватывающий основные направления развития личности. В ней представлены пять факторов, связанных с развитием личности. Каждый из факторов имеет свое значение и шкалу оценок по линии вектора. Каждый вектор имеет шкалу делений от 0 до 5 и выше.

Для определения уровня комфортности состояния личности мы использовали разработанный нами психологический тест – опросник «Оптимальной комфортности состояния» (ОКС). Опросник состоит из 5 вопросов, включающих по 5 вариантов ответов, по которым пациента, клиента просят оценить свое состояние.

1. Оценка эмоционального состояния.

- 2. Самооценка значимости личности.
- 3. Оценка межличностных отношений.
- 4. Интегральная оценка здоровья.
- 5. Оценка материального, финансового состояния.

Каждый вопрос имеет ответ с соответствующей точкой отражения на шкале самооценки. Пациент сам по пятибалльной системе оценки субъективно определяет степень выраженности каждого показателя состояния развития личности. Полученная сумма ответов на 5 вопросов делится на 5, и получается средний балл развития личности.

Параметры развития личности могут оцениваться от 1 (единицы) – минимальная оценка, до 5 баллов – максимальная оценка, 2 – неудовлетворительный уровень развития личности, 3 – удовлетворительный уровень, 4 – хороший уровень, 5 – отличный уровень развития личности или «оптимальный уровень развития». Достижение оценки «5» по всем направлениям развития личности и есть «оптимальное комфортное состояние» или состояние счастья, успеха, победы и гармонии.

Таким образом, когнитивная, психотерапевтическая модель «ОКС» дает возможность более тонкого и глубокого изучения психического состояния больного. Она позволяет пациентам лучше уяснить себе свое состояние и осознать процессы изменений своих убеждений при психотерапевтической работе. ОКС способствует более глубокому пониманию своего состояния и более активному участию самих пациентов в лечебно-реабилитационном процессе. Предложенная когнитивная модель может быть положена в основу новых психотерапевтических подходов и способствовать повышению эффективности лечебно-профилактической помощи в общемедицинской практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шахметов Б.А. Психическое здоровье. Учебное пособие. Алматы. 2012. С. 152
- 2 Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс. 2001. С. 480
- 3 Маслоу А. Мотивация и личность. СПб. Питер. 2003. C. 352

ТҰЖЫРЫМ

Б.А. ШАХМЕТОВ

Kazakh National medical University named after S.D. Asfendiyarov, Алматы қ.

КОГНИТИВТЫ, ТҰЛҒА ДАМЫТУ ПСИХОТЕРАПИЯ ЖАЛПЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТӘЖРИБЕСІНДЕ

Когнитивты, жеке тұлғаны жетілдіру психотерапиясы «оптимальды комфортты жағдай» моделін жалпы медициналық тәжрибеде психосоматикалық науқастарға қолдану. Психикалық ерекшеліктерін зерттеп, алған мағлуматтарға сүйене отырып психотерапиялық көмек жасау.

Негізгі сөздер: когнитивтік терапия, оңтайлы жайлы күй.

SUMMARY

B.A. SHAKHMETOV

Kazakh National medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

COGNITIVE, PERSONALITY-DEVELOPMENT PSYCHOTHERAPY IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

The use of cognitive, personal-developmental psychotherapy with the «optimal comfort condition» for people with psychosomatic disorders. The study of psychological features of people with different ages and conducting psychotherapy care.

Key words: cognitive therapy, optimum comfort condition.

УДК 616.13-007.649

Д.Р. ОРАЗБАЕВА, А.А. ЖАКУПОВА, Ж.К. КОЗЫБАЕВА, С.Б. АБСАТОВА, Ш.Д. БЕЙСЕНОВА, З.Б. САЙДАХМЕТОВА, А.Б. МАМЫТБЕКОВА, М.К. КАМАЛИДЕНОВА

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ АРТЕРИЙ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

(случай из практики)

В статье представлен клинический случай посттравматической ложной аневризмы артерий подвздошно-бедренного сегмента. Рассмотрены клинические проявления, лабораторные данные и оценка возможностей комплексного ультразвукового исследования при динамическом наблюдении за пациентом, которому выполнено наружноподвздошно-поверхностно-бедренное протезирование протезом «Васкутек».

Ключевые слова: посттравматическая ложная аневризма артерий подвздошно-бедренного сегмента, комплексное ультразвуковое исследование, ишемия нижней конечности, стентирование.

а последнее десятилетие во всем мире количество выполняемых эндоваскулярных процедур выросло более чем в 2 раза. Соответственно увеличилось число местных осложнений после инъекции сосудов, что составляет 2,2-9% случаев [1].

Ложные аневризмы развиваются при нарушении целости сосудистой стенки в результате травмы. Часто имеют ятрогенное происхождение и возникают после эндоваскулярных методов лечения (коронарография, ангиография и т.д.) [2, 6].

Частота аневризм магистральных и периферических артерий сосудистых заболеваний, по данным отечественных и зарубежных авторов, в целом составляет 3,4-6,7% [3].

В зависимости от характера повреждений сосудов и типа возникающего сосудистого образования различают три основных вида травматических аневризм: артериальные, артериовенозные и комбинированные. Они отличаются друг от друга течением, клиническими проявлениями и патофизиологическими особенностями [2].

Ложные аневризмы опасны разрывом с развитием жизнеугрожающего кровотечения, а также возникновением тромбозов и тромбозмболий артерий.

Риск разрыва и время его наступления зависят от размеров аневризмы: он становится значительным, когда диаметр аорты достигает 5 см (вероятность разрыва в течение года – 30-40%), и при дальнейшем его увеличении резко возрастает (диаметр 7-10 см – 45%, 10 см – 60%). К факторам риска разрыва относят женский пол, форму аневризмы (разрыв мешковидной аневризмы при меньшем диаметре) [4, 6].

Указание на перенесенную травму для этих больных является важнейшим диагностическим критерием. Характерные признаки этих повреждений: боль, пульсирующая опухоль с определяемым над ней сосудистым шумом, признаки ишемии и застойные явления в дистальных отделах конечностей.

В настоящее время для диагностики ложной аневризмы артерий применяют ультразвуковое, компьютернотомографическое и магнитно-резонансное исследования, а также ангиографию. Каждое из этих исследований позволяет выявить аневризму, определить ее локализацию, питающую артерию и взаимоотношение с окружающими тканями и сосудистыми структурами [5, 7].

Однако при ультразвуковом исследовании (УЗИ) отсутствует лучевая нагрузка, вследствие чего его можно применять как метод диагностики и как метод, позволяющий мониторировать состояние пациента до и после хирургического вмешательства.

Размер и локализация аневризмы артерий помогают правильно выбрать метод лечения.

Лечение посттравматической ложной аневризмы – компрессионный, оперативный и пункционный методы. Резекция артериальной аневризмы с протезированием сосуда является основным методом ее лечения. Операции по поводу ликвидации аневризмы редко сопровождаются летальными исходами.

Цель работы – оценка возможности ультразвукового метода исследования в диагностике посттравматических ложных аневризм артерий подвздошно-бедренного сегмента.

Представляем клиническое наблюдение посттравматической ложной аневризмы артерий подвздошнобедренного сегмента с применением в диагностике ультразвукового исследования и оперативное лечение «эндоваскулярное протезирование», восстановление кровотока в ишемизированной конечности у пациента.

Клинический случай. Пациент Я., 55 лет, находился на стационарном лечении в областном медицинском объединении г. Актау с 18.02.13 г. с диагнозом: Постпункционный острый тромбоз поверхностной бедренной артерии справа. ИБС. Стенокардия напряжение. ФК 3. ПИКС (10.2012 г.). Состояние после стентирования ВТК 1 (2012 г.). Коронарное стентирование ЗМЖВ ПКА (13.02.2013 г., г. Астана). Артериальная гипертензия 3 ст., группа риска 4. Выполнена экстренная операция - тромбоэмболэктомия из ПБА, аутовенозная пластика ПБА справа и госпитализирован в ОАРИТ. Находился в общей хирургии с 18.02.13 г. по 03.03.13 г. В послеоперационном периоде у больного клиника острого гематогенного остеомиелита грудины, который подтверждается на КТ. Переведен в отделение травматологии 05.03.2013 г.. вскрыт абсцесс на передней стенке в/3 грудины. Несмотря на проводимую антибактериальную терапию, у пациента сохраняется гектическая температура. Дважды проводился телемост со специалистами РНЦ НМП с целью уточнения диагноза и коррекции лечения. Проводилась консервативная терапия. В связи с отсутствием эффекта терапии, дальнейшего прогрессирования интоксикации, присоединения сепсиса, ухудшения общего состояния, по решению консилиума врачей МОБ. пациент по линии Республиканской санитарной авиации переводится для дальнейшего лечения в клинику АО «РНЦ НМП» г. Астаны.

При поступлении жалобы на боль, отек мягких тканей бедра, гиперемию правой нижней конечности, давящие боли в области сердца, головокружение; наличие свище-

вой раны в области грудины, повышение температуры тела до 39°C в вечернее время, общую слабость.

При обследовании: общее состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное, ориентирован, адекватный. Кожные покровы и слизистые бледноватой окраски. Температура тела 38,0°С. АД 160/90 мм рт. ст. Пульс 92 удара в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Газы отходят. Диурез самостоятельный.

Локально: при осмотре правая нижняя конечность отечна, гиперемирована от стопы до паховой складки. Разность длин окружности 8 – 12 см, напряжение мышц голени и бедра отсутствует. На ощупь стопа прохладная, движения в пальцах стопы сохранены. В подколенной области и на стопе пульсация артерий не определяется из-за отека. В правой паховой области пальпируется опухолевидное образование, пульсирующее. Аускультативно систолический шум в проекции правой бедренной артерии и опухолевидного образования.

Лабораторные анализы: снижение Hb до 52 г/л, эритроциты до $1,89x10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,8x10^9$ /л; тромбоциты – $95x10^9$ /л, повышение COЭ – 41 мм/ч.

В общем анализе мочи белок отр., лейкоциты 2-4 г/л. Результат микробиологического исследования (раневое отделяемое с бедра на бактериологический посев и определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам): Закл: Staphylococcus aureus 10⁵ KOE/мл.

Проводилась антибактериальная терапия с эмпирическим подбором с получением результатов посева микрофлоры, лечение тромбоэмболических осложнений, антиагрегантная терапия, антигипертензивная терапия.

По результатам ультразвукового исследования, ангиографии и интраоперационным данным во всех случаях верифицировали ложную аневризму.

Диагностика, прежде всего, основывалась на клиникоанамнестических данных. Верификация клинического диагноза осуществлялась с помощью УЗИ на аппаратах Siemens Sonolaine 40 (Корея) с использованием контекстного датчика частотой от 3,5 до 5МГц, на основных стандартных режимах сканирования: серошкальное сканирование (В-режим), цветовое допплеровское картирование скоростей и энергии кровотока, спектральное допплеровское исследование.

Ультразвуковое исследование проводилось до и после оперативного лечения.

16.03.2013 г. при комплексном УЗИ, в проекции правой наружной подвздошной артерии и с переходом на общую бедренную артерию в В-режиме и дуплексное сканирование определялось образование мешкообразной формы, размером 73х35 мм, неоднородное по структуре, по периферии преимущественно эхоплотное с наличием анэхогенной полости, интимно прилежащей к одной из стенок с нарушением ее целостности. В режиме ЦДК полость полностью окрашивалась, регистрировали двунаправленный артериальный кровоток. ЛСК 57 см/с.

При дооперационном обследовании источником ложной посттравматической аневризмы была определена поверхностная бедренная артерия.

Анализ данных обследования пациентов показал, что при выборе тактики ведения этой категории больных необходимо учитывать следующие параметры:

- локализация аневризмы;
- определение сосуда, являющегося источником аневризмы, с оценкой диаметра;
 - форма аневризмы;
 - размер;

- состояние просвета сосуда и характер кровотока;
- состояние полости и ее взаимоотношения с окружающими структурами.

Таким образом, данные УЗИ непосредственно влияют на выбор тактики лечения ложной аневризмы.

Диагноз подтвержден при KT.

В динамике 26.03.2013 г. у пациента появился усиливающийся болевой синдром в правой подвздошной области и в области послеоперационного рубца в правой паховой области. Общее состояние больного остается тяжелым. Тяжесть состояния обусловлена интоксикационным синдромом, анемией и болевым синдромом в правой паховой области.

Локально: движение в пальцах стопы сохранено. На ощупь нижняя конечность прохладная. В правой паховой области с переходом на подвздошную пальпируется пульсирующее образование, отмечается болезненность в этой области. Аускультативно в проекции правой подвздошной и бедренной артерии выслушивается систолический шум.

По данным УЗ-мониторирования в динамике было отмечено постепенное увеличение размеров аневризмы до 90х60 мм.

Из лабораторных данных была отмечена тенденция снижения уровня гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови, а также уровня гематокрита с начала госпитализации пациента.

Учитывая угрозу разрыва аневризмы, 27.03.2013 г. по жизненным показанием пациент взят на операцию.

Операция: иссечение аневризмы наружной подвздошной и общей бедренной артерий справа с селективной аортографией. Наружноподвздошно-поверхностнобедренное протезирование протезом «Васкутек».

Диагноз после операции: Мешотчатая аневризма наружной подвздошной артерии с переходом на общую бедренную артерию справа. Угроза разрыва.

В послеоперационном периоде УЗ-исследование дает возможность оценить состояние и проходимость протеза, характеристику кровотока и наличие осложнений. Исследование перипротезной области позволяет диагностировать такие осложнения, как инфильтрат, абсцесс или гематому с определением их локализации, протяженности и взаимосвязи с протезом. Цветовое доплеровское сканирование дает информацию о состоянии анастомозов, развитии стеноза дистального анастомоза, тромбоза протеза.

После проведенного эндоваскулярного протезирования в раннем послеоперационном периоде пациенту проводили регулярное ультразвуковое мониторирование.

При динамическом УЗ-исследовании просвет протеза однородный, проходим, стенки протеза ровные, в режиме ЦДК кровоток магистрального типа. ЛСК 80 см/с. В парапротезной области дополнительные образования не визуализируются.

У пациента оценивалась эффективность оперативного лечения на основании данных клинического осмотра и УЗИ. В целом после оперативного лечения был отмечен положительный результат.

Послеоперационный период без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. Пациент на 9-е сутки был выписан из отделения сосудистой хирургии под наблюдение сосудистого хирурга в поликлинику в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Можно подчеркнуть, что ультразвуковые методы исследования позволили без лучевой нагрузки на пациента диагностировать аневризму, оценить сосуд, являющийся ее источником, и изменения, вызванные посттравматическим осложнением. Таким образом, проведение

комплексного УЗИ позволяет на первом этапе диагностики получить практически все необходимые данные для определения тактики лечения пациента: своевременно диагностировать ложную аневризму артерии, определить место начала, ее распространенность, что было подтверждено КТ-исследованием и интраоперационно, это дает возможность рекомендовать использование ультразвуковых методов для диагностики патологии сосудов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Немытин Ю.В., Митрошин Г.Е., Пинчук О.В., Иванов В.А // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – №3. – С. 134-136

2 Протопопов А.В., Кочкина Т.А., Коков Л.С. и др. // Ангиол. и сосуд. хир. – 2003. – №3. – С. 121-125

3 Чернявский А.М., Осиев А.Г., Гранкин Д.С. и др. // Ангиол. и сосуд. хир. – 2003. – №3. – С. 122-124

4 Отдаленные результаты реконструктивных операций в аорто-бедренном сегменте у больных с критической ишемией нижних конечностей // XII Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Казань, 2001. – С. 88-89

5 Оперативное лечение ятрогенных постпункционных ложных аневризм бедренных артерий / Панфилов Д.С., Козлов Б.Н., Панфилов С.Д., Кузнецов М.С., Иванов А.В. // Материалы Международной конференции «Современная кардиология: эра инноваций». Томск, 24-25 июня 2010. Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 25, №2, выпуск 2. – С. 78 6 Панфилов Д.С. Факторы риска развития ложных

6 Панфилов Д.С. Факторы риска развития ложных аневризм бедренных артерий после ангиографических исследований. Материалы Всероссийской научнопрактической конференции «Стандартизация медицинских технологий, реабилитация в ангиологии и сосудистой хирургии». – Новокузнецк, 2006. – С. 88-89

7 Панфилов С.Д. Место и роль ультразвукового исследования в диагностике ложных посттравматических аневризм сосудов конечностей // XIV научно-практическая конференция с международным симпозиумом по эхокардиографии и сосудистому ультразвуку. – Тюмень, 2007. – С. 168-169

ТҰЖЫРЫМ Д.Р. ОРАЗБАЕВА, А.А. ЖАҚЫПОВА, Ж.К. ҚОЗЫБАЕВА, С.Б. АБСАТОВА, Ш.Д. БЕЙСЕНОВА, З.Б. САЙДАХМЕТОВА, А.Б. МАМЫТБЕКОВА, М.К. КАМАЛИДЕНОВА

Жедел медициналық көмектің республикалық ғылыми орталығы, Астана қ.

БҮЙІР-ЖАМБАС СЕГМЕНТІ ТАМЫРЛАРЫНЫҢ ЖАРАҚАТЫНДАҒЫ ЖАЛҒАН АНЕВРИЗМАНЫҢ ДИА-ГНОСТИКАСЫНДА ЗЕРТТЕУДІҢ УЛЬТРА ДЫБЫСТЫҚ ӘДІСІНІҢ МҮМКІНДІКТЕРІ (тәжірибеден алынған оқиға)

Ультра дыбыстық диагностика бүйір-жамбас сегменті тамырларының жарақатындағы жалған аневризманың диагностикасында тиімділігі жоғары және болашағы бар әдіс болып табылады. Белгісі бар және нышансыз тамырдың жалған аневризмін емдеу міндетті. Ол әдетте хирургиялық араласудың болғанын талап етеді. Осы жұмыстың мақсаты диагностикада ультра дыбыстық зерттеу әдісінің мүмкіндігін

бағалау және тамырлардың жалған аневризмаларын емдеу болып табылады. Бұл жағдайда тәжірибеден 55 жастағы, Я. азаматына дер кезінде УДЗ диагностикасын жасап, емделушіге арнайы көмекті дер кезінде көрсетілді. Оның диагнозы Оң жақтан жалпы сан артериясына өте отырып сыртқы бүйір артериясының жарақат аневризмасы. Жыртылу қаупі. Барлық қажетті зерттеулер мен емдер жасалды, ота жасалынды. Талғамалы қолқамен сыртқы бүйір және оң жақтан жалпы сан артериясының аневризмасын тілу. «Васкутек» жасанды мүшесімен протездеу. Нәтижесі қолайлы.

Осылайша қан тамырларын ультра дыбыстық және допплер зерттеулерінен өткізу қан тамырларының патологиясы бар емделушілерге динамикалық баақылау жүргізуге мүмкіндік береді.

Heziзгі сөздер: бүйір-жамбас сегменті тамырларының жарақатындағы жалған аневризма, кешендік ультра дыбыстық зерттеу, аяқтардың ишемиясы, стентілеу.

SUMMARY

D.R. ORAZBAEVA, A.A. ZHAKUPOVA, Zh.K. KOZYBAYEVA, S.B. ABSATOVA, Sh.D. BEISENOVA, Z.B. SAYDAHMETOVA, A.B. MAMYTBEKOVA, M.K. KAMALIDENOVA

Republican scientific center for emergency medical care, Astana c.

THE OPPORTUNITIES OF ULTRASONIC EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF POSTTRAUMATIC FALSE ANEURYSMS OF THE ARTERIES OF ILIOFEMORAL SEGMENT (case report)

An ultrasonic diagnosis is a highly effective and promising method in the diagnosis of post-traumatic false aneurysms of the arteries of iliofemoral segment.

The treatment of symptomatic as well as asymptomatic false aneurysms of the arteries is necessary.

It generally includes a surgical intervention. The aim of the work was to assess the opportunity of the ultrasonic method in the diagnosis and treatment of false aneurysms. In this case, the ultrasonic examination allowed to timely diagnose and provide a special medical care to the patient Ya., aged 55, with the diagnosis of post-traumatic aneurysm of the external iliac artery with the proceeding to the common femoral artery on the right.

The threat of rupture. All the necessary range of examinations and treatment were conducted; the operation was conducted: The excision of aneurysm of the external iliac and common femoral artery on the right, with selective aortography. External-iliac- superficial femoral prosthetic repair with the prosthesis "Vaskutek." The outcome was favorable.

Thus, ultrasonography and dopplerography of vessels allow to conduct a monitoring of patients with vascular diseases without a radiation exposure.

Key words: post-traumatic false aneurysm of the arteries of iliofemoral segment, comprehensive ultrasonic examination, lower limb ischemia, stenting.

Рецензент: руководитель отдела хирургии Республиканского НЦ неотложной медицинской помощи, д.м.н., Альмамбетов А.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК [616.233-002+616.12-008.331.1]:615.225.2

О.А. ЯКОВЛЕВА, Т.Н. МАСЛОЕД

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ БАЗИСНОЙ И ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Авторами изучена эффективность и безопасность дополнительной гипотензивной терапии (рамиприлом и амлодипином) при применении базисной терапии хронической обструктивной болезни легких, коморбидной с гипертонической болезнью. Полученные результаты свидетельствуют, что такая комплексная терапия оказывает положительное влияние на показатели качества жизни по САТ-тесту, а также улучшает динамику ОФВ1, давление в легочной артерии и среднее систолическое и диастолическое давление.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь, легочная артериальная гипертензия, рамиприл, амлодипин.

о данным ВОЗ, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - фактор инвалидности взрослого населения в мире. Смертность от ХОБЛ возрастает с 70-х годов и будет постоянно увеличиваться по распространенности до 4-го места в 2030 годах [1, 2]. Курение - до 90% случаев главный интегральный фактор риска ХОБЛ, он объединяет системное воспаление, оксидативный стресс, поражение органов-мишеней, в первую очередь сердечнососудистой системы (ССС), и вызывает обострение процесса в бронхах. Курение приводит к дисбалансу эндотелиальной функции, общего патогенетического фактора для ХОБЛ и гипертонической болезни, вызывает уменьшение эндотелий-зависимой вазодилатации, подавляет активность эндотелиальной синтазы (eNOS) при увеличенном ее синтезе. Бесспорным роковым фактором для коморбидных состояний является наличие этого общего риска – курения [3, 4]. Как главный фактор формирования ХОБЛ, он имеет значительное влияние и на развитие ишемической болезни сердца (ИБС), что показано на уровне доказательной медицины и в пределах нескольких метаанализов: отказ от курения даже при остром инфаркте миокарда уменьшал смертность на 30% [5]. Метаанализ 19 эпидемиологических исследований подтвердил рост риска ИБС для пассивного курения на 30%, так же как даже 1 сигарета - на 30% [6]. В 1995 г. во всем мире насчитывалось ~ 1,1 млрд курильщиков в возрасте ≥15 лет (29% от мировой популяции; 4 % мужчин и 12% женщин). В период 2002-2003 гг. в Европейском Союзе установлена средняя распространенность курения в 29% (35% мужчин и 22% женщин). По данным ВОЗ, оно становится причиной смерти 50% курильщиков и, как ожидается, унесет жизни приблизительно 1 млрд человек в XXI столетии [7]. Полиморбидность - существенная проблема сегодня, с учетом увеличения продолжительности жизни населения и накоплением гериатрических нарушений здоровья. Комбинации заболеваний могут быть среди различных систем, но наиболее частыми вариантами является сочетание нозологических форм в единой кардиореспираторной системе, так же как и преобладание смертности у этих больных не от легочных, а от сердечных причин [8]. В то же время наиболее физиологическое сочетание функций легких и ССС исследовано недостаточно, что подтверждает отсутствие однозначного мнения относительно динамики направленности артериального давления при ХОБЛ [3, 4]. Именно сердечно-сосудистая смертность при ХОБЛ преобладает среди ее причин [1, 2].

Частота гипертонической болезни при ХОБЛ ко-

леблется от 0,4 до 28%, или даже от 6,8 до 76,3% [9]. Коморбидность двух заболеваний вызывает ряд нерешенных вопросов, особенно по ремоделированию левого и правого желудочков сердца [10, 11]. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) сначала возникает при обострении ХОБЛ, но через 3-5 лет формируется гиперкинетический тип гемодинамики. Прогрессирование ХОБЛ с ухудшением легочных функций (то есть постоянной гипоксемией) реализуется тем, что отдельные показатели функции внешнего дыхания становятся независимыми факторами поражения ССС. Так, например, доказано, что отрицательная динамика ОФВ1 или ОФВ1/ФЖЕЛ имеет обратную связь с увеличением скорости пульсовой волны (признаком атерогенеза в сосудах), это стало основой для отнесения этих показателей к независимым факторам риска эндотелиальной дисфункции, так же как очень опасно быстрое снижение ОФВ1 способствует приросту фатальных кардиальных событий, развитию аритмий в 3-5 раз больше (или даже в 4-10) против медленной динамики ОФВ1 [3], причем наблюдения за больными продолжались до 13-16 и более лет [12]. Поэтому коморбидность ХОБЛ с кардиореспираторной системой активно изучается [11].

Фармакотерапия ЛАГ остается сложной задачей благодаря многофакторному патогенезу ее течения. При оценке эффективности терапии используют ограниченные конечные точки, которые преимущественно касаются качественных показателей состояния больных, а не непосредственно динамики давления в легочной артерии, так как она недостаточно информативна [13]. Сочетание патологии в кардио-респираторной системе проявляется синдромом взаимного ухудшения, трудностями диагностики измененного клинического течения и, самое главное, проблемами терапии [14, 15]. Главным правилом должно быть отсутствие взаимной токсичности как на ССС, так и на легкие, что ограничивает выбор фармакотерапии. Итак, принципы выбора антигипертензивных лекарственных средств достаточно требовательны: не должно быть негативного влияния на бронхиальную обструкцию и кашель, отсутствие гипокалиемии и антагонистических вариантов взаимодействия с бронхолитиками, необходима положительная динамика ЛАГ, агрегации тромбоцитов и эндотелия [14]. Со стороны фармакоэкономики препараты должны быть доступны по цене для широких масс населения.

В практической медицине существует ограничение для использования некоторых лекарственных средств: в первую очередь, β -адреноблокаторов, хотя теоретически они и допустимы у таких больных, однако практически их

назначение требует осторожности, так как селективность не может быть абсолютной. Применение диуретиков также ограничено у больных с ХОБЛ, они не имеют непосредственного влияния на бронхиальные мышцы и проходимость бронхов, данные препараты вызывают сухость слизистой оболочки бронхов и ухудшают реологические свойства крови. Блокаторы ангиотензиновых рецепторов не влияют на активность других нейрогуморальных систем: на их фоне использование каких-либо изменений в легочной артерии не зафиксировано.

Антагонисты медленных кальциевых каналов наиболее часто являются препаратами выбора при лечении ХОБЛ с гипертонической болезнью. Перспективно их применение для коррекции нарушений в малом круге кровообращения при ХОБЛ, они относятся к легочным вазодилататорам и могут положительно влиять на такие звенья бронхиальной обструкции, как бронхоспазм, гиперсекрецию слизи и воспалительный отек слизистой оболочки бронхов.

Ингибиторы АПФ за последнее время нашли свое применение в лечении гипертонической болезни при ХОБЛ, учитывая такие их фармакологические эффекты, как уменьшение образования ангиотензина II. секреции альдостерона и снижение активности симпатоадреналовой системы. Однако наиболее частой нежелательной лекарственной реакцией является возникновение сухого кашля, частота которого, по данным литературы, колеблется от 0,7 до 44%, что и было основным препятствием для использования данной группы препаратов у таких пациентов [8]. Незначительная частота кашля наблюдалась у препарата данной группы рамиприла (3%) [16]. Рамиприл – это длительно действующий ингибитор АПФ, который не содержит сульфгидрильной группы, с двумя основными путями выведения. После приема внутрь он быстро всасывается из желудочнокишечного тракта (50-60%), прием пищи не влияет на полноту всасывания. Рамиприл подлежит интенсивному метаболизму (в печени путем гидролиза), в результате образуется его единственный метаболит – рамиприлат, активность которого в отношении ингибирования АПФ почти в 6 раз превышает активность рамиприла. Биодоступность рамиприлата после приема внутрь 2,5 и 5 мг рамиприла соответствует 45-65%. Применение рамиприла у пациентов с гипертонической болезнью снижает давление, без компенсаторного увеличения частоты сердечных сокращений, значительно снижает общее периферическое сопротивление сосудов, практически не вызывает изменений в кровообращении почек и скорости клубочковой фильтрации. Гипотензивное действие начинается через 1-2 часа после применения препарата, достигая максимального значения через 3-9 часов, и сохраняется в течение 24 часов. При регулярном применении рамиприла гипотензивный эффект постепенно увеличивается и стабилизируется до 3-4-й недели и сохраняется долгое время. Отмена препарата не приводит к быстрому и значительному повышению артериального давления (отсутствует синдром «отмены»). Помимо снижения артериального давления, рамиприл способствует улучшению эндотелиальной функции, предотвращению сосудистого ремоделирования. Известно, что рамиприл способен эффективно препятствовать наступлению неблагоприятных исходов у пациентов с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда.

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность коррекции коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни путем применения комплексной базисной и гипотензивной терапии: ингибитором АПФ рамиприлом и амлодипином.

Материал и методы

При госпитализации в пульмонологическое отделение областной клинической больницы города Винницы было обследовано 42 пациента с обострением ХОБЛ второй и третьей стадий, осложненной ЛАГ и коморбидной гипертонической болезнью второй стадии, в возрасте от 35 до 65 лет (в среднем 50,86±4,76 года). Среди них было 8 женщин и 34 мужчины. Всеми больными было оформлено письменное информированное соглашение на участие в исследовании.

Критериями исключения были: индивидуальная непереносимость препаратов амлодипина, рамиприла или их инградиентов; пациенты с ХОБЛ первой и четвертой стадиями, бронхиальной астмой, острым бронхитом, пневмонией, сахарным диабетом, острым коронарным синдромом, острыми заболеваниями печени, почек и надпочечников, системными заболеваниями соединительной ткани, врожденными и приобретенными пороками сердца, заболеваниями крови, тяжёлой сердечной недостаточностью, обострением туберкулеза.

Все пациенты были разделены на две группы: 18 пациентов с ХОБЛ второй стадии и 24 пациента с ХОБЛ третьей стадии. Диагноз верифицирован по разработанному нами подробному протоколу обследования больного и инструментально-лабораторными методами, согласно приказу МОЗ Украины №128 от 19.03.2007 г.

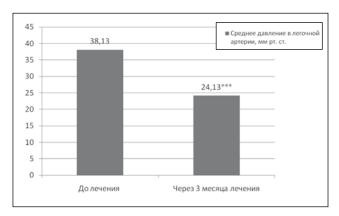
Как известно, при монотерапии гипертонической болезни удается достигнуть целевого артериального давления только у 30–40% больных. Это вполне естественно, поскольку один класс препаратов не в состоянии контролировать все патогенетические механизмы повышения артериального давления: активность симпатической нервной и ренин–ангиотензин–альдостероновой систем, объем-зависимые механизмы. Комбинация антагонистов кальциевых каналов и ингибиторов АПФ имеет незначительную частоту осложнений на уровне доказательной медицины [17].

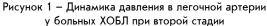
Все обследуемые пациенты принимали базисную терапию при обострении ХОБЛ (согласно приказу МОЗ Украины): антибактериальные препараты, муколитики первые 10 дней пребывания в стационаре и комбинированную бронхолитическую ингаляционную терапию 3 месяца, а также комбинированную гипотензивную терапию для коррекции давления в малом и большом кругах кровообращения амлодипином и рамиприлом (Рамизес, ПАО Фармак, Украина) 3 месяца. Из анамнеза установлено, что больные предварительно нерегулярно использовали чаще каптоприл, эналаприл, амлодипин без достаточной эффективности стабилизации артериального давления. Применение гипотензивных препаратов осуществляли методом титрования дозы, начиная с 2,5 мг амлодипина 1 раз в сутки и до 5 мг в сутки и 2,5 мг рамиприла 1 раз в сутки и до 5 мг в сутки. Все исследования проводили до и через 3 месяца после лечения.

Влияние ХОБЛ на качество жизни оценивали с помощью САТ-теста (Р.W. Jones). Больной отвечал на вопросы, которые отражали следующие аспекты: кашель, продукцию мокроты, тяжесть дыхания, одышку, ограничение активности, уверенность в себе, сон и энергичность. Каждый ответ оценивался по 5-балльной шкале. Результаты теста интерпретировались по следующей схеме: 0-10 баллов – «незначительное влияние» ХОБЛ на жизнь пациента, 11-20 баллов – «умеренное влияние», 21-30 баллов – «сильное влияние», 31-40 баллов – «чрезмерно сильное влияние». Вычисляли индекс курения в пачка/лет по формуле: число сигарет, выкуренных за сутки, умножено на стаж курения (в годах) и разделено на 20 (стандартное количество сигарет в пачке). Спирографическое исследование проводилось на аппарате Microlab Spiro: определяли бронхиальную

Показатели ХОБЛ второй стадии (n=18) ХОБЛ третьей стадии (n=24) до лечения после лечения до лечения после лечения САТ-тест, баллы 26,81±0,42 16,56±0,38*** 28,75±0,50 18,06±0,28*** $56,25\pm0,92$ ОФВ1, % 76,85±0,97*** 46.75±0.54*** $34,25 \pm 0,59$ 1,97±0,13*** 1,63±0,15*** MRC-тест, баллы $2,58\pm0,13$ $2,94 \pm 0,18$ Примечание: *** p < 0.001 между показателями до и после лечения.

Таблица 1 — **Динамика показателей у пациентов с ХОБЛ второй и третьей стадий**





обструкцию по показателю ОФВ1 в процентах к должному. Оценку степени одышки и ее влияние на состояние здоровья проводили по опроснику Британского медицинского исследовательского совета (МRC). Одышка оценивалась по 5 степеням (от 0 до 4 степени), больший показатель отражал увеличение степени одышки. Ультразвуковое исследование сердца проводили с помощью аппарата «HDI-5000» в импульсном режиме. Среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) рассчитывали по формуле, предложенной А. Kitabatake и другими (1983), по времени ускорения потока из правого желудочка. Уровень артериального давления оценивали при помощи суточного мониторирования артериального давления на аппарате ABPM-04 («Mediteh», Венгрия), оценивали показатели среднего суточного систолического артериального давления (САД) и среднего суточного диастолического артериального давления (ДАД). Статистическую обработку материала проводили методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Все женщины исследуемой группы не курили, а среди мужчин выявлен 31 пациент, который долгое время курил сигареты, что составило 73.8% больных. Среди них средний стаж курения у пациентов с ХОБЛ второй стадии составил 32,56±1,62 года, а при третьей стадии - 39,72±1,48 года. Индекс курения у больных с ХОБЛ второй стадии достигал 36,87±1,52 пачки/лет, а при третьей стадии - 42,35±1,63 пачки/лет. Это подтверждает тот факт, что частая причина развития ХОБЛ – курение. Полученные данные отражают достаточно тяжелое состояние больных с высоким риском для ССС, который требует внимания к адекватной фармакотерапии, а также ее тщательного анализа. Со слов больных, прогрессирование кашля за период лечения отмечено не было, что нашло свое отражение в результатах САТ-теста. Это подтверждает безопасность применения рамиприла в комплексной терапии пациентов при коморбидных ХОБЛ с гипертонической болезнью.

Проанализировав результаты исследования, можно утверждать, что после проведенной комплексной фар-

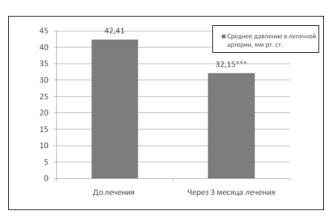


Рисунок 2 — Динамика давления в легочной артерии при ХОБЛ третьей стадии

макотерапии показатели САТ-теста при ХОБЛ второй стадии улучшились на 38,23%, при ХОБЛ третьей стадии на 37,18%. Интерпретация этих величин определяет переход из «значительного» влияния заболевания в пределы «умеренного» влияния ХОБЛ на качество жизни больных. Показатель ОФВ1 вырос на 26,85% у пациентов с ХОБЛ второй стадии и на 26,74% при третьей стадии. По результату МЯС-теста, одышка при ХОБЛ второй стадии уменьшилась на 36,82%, а при третьей стадии на 34,01% (табл. 1).

Ингибиторы АПФ имеют вазопротективные, антипролиферативные и антисклеротические свойства. В результате сложного механизма сосудорасширяющего действия ингибиторы АПФ расширяют и венозные сосуды, в связи с чем уменьшаются возврат крови к сердцу (преднагрузка) и давление в малом круге кровообращения. Ингибиторы АПФ нейтрализуют возможную активацию симпатоадреналовой системы под действием антагонистов кальция. Обладая венодилатирующими свойствами, ингибиторы АПФ уменьшают частоту периферических отеков, развивающихся в результате артериолярной дилатации под влиянием антагонистов кальция.

Давление в легочной артерии у пациентов с ХОБЛ второй стадии за три месяца лечения комплексной базисной и гипотензивной терапией снизилось на 36,72% (p<0,001) (рис. 1), однако у пациентов с ХОБЛ третьей стадии в аналогичных условиях снизилось только на 24,19% (p<0,001) (рис. 2).

Показатели систолического артериального давления после трех месяцев лечения комплексной терапией снизились на 18,13%, диастолического артериального давления – на 23,41% у больных второй стадии (p<0,001) (рис. 3), хотя показатели систолического артериального давления после указанной терапии (рамипилом и амлодипином) снизились на 17,69%, а показатели диастолического артериального давления на 23,67% при ХОБЛ третьей стадии (p<0,001) (рис. 4).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что комплексная базисная и гипотензивная

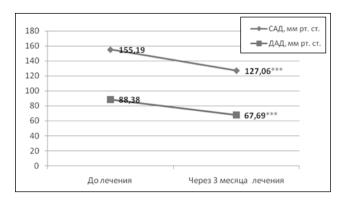


Рисунок 3 — Динамика показателей артериального давления при ХОБЛ второй стадии

терапия с безопасным использованием рамиприла, как ингибитора АПФ, была способна влиять на различные патогенетические звенья коморбидных состояний – ХОБЛ, ЛАГ и гипертоническую болезнь. Следует подчеркнуть, что наблюдалась положительная динамика для самооценки качества жизни непосредственно самими больными (которая не может завышать результатов), так и гемодинамики. Одновременно наблюдали улучшение вентиляционных показателей (ОФВ1, МRC-теста). Итак, одновременное применение рамиприла с амлодипином позволяет внедрить эффективную и безопасную терапию с широким спектром положительных реакций в условиях такого опасного коморбидного сочетания нарушений в кардиореспираторной системе.

Выводы

- 1. Прогрессирование течения ХОБЛ от второй к третьей стадии сопровождается ухудшением ОФВ1 и ростом давления в легочной артерии, но в меньшей степени влияет на качество жизни по САТ-тесту и МRC-тесту (возможно, за счет адаптации пациента к длительной болезни).
- 2. Комплексная базисная и гипотензивная терапия ингибитором АПФ рамиприлом и амлодипином способствует положительной динамике давления как в легочной артерии, так и нормализации систолического и диастолического давления.
- 3. Ингибитор АПФ рамиприл можно широко использовать в комплексной гипотензивной терапии при коморбидности ХОБЛ с гипертонической болезнью с доказанной его эффективностью и безопасностью.
- 4. Предложенная схема комплексной фармакотерапии требует внедрения в практику пульмонологов, кардиологов и семейных врачей для улучшения прогноза ХОБЛ изза предупреждения сердечно-сосудистых осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Berry C.E., Wise R.A. Mortality in COPD: causes, risk factors, and prevention // COPD. 2010. N 7. P. 375-382
- 2 Ekstrom M.P., Wagner P., Strom K.E. Trends in cause-specific mortality in oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. // Am J Respir Crit Care Med. 2011. № 183. P. 1032-1036
- 3 Авдеев С.Н., Баймаканова Г.Е. ХОБЛ и сердечнососудистые заболевания: механизмы ассоциации // Пульмонология. – 2008. – № 1. – С. 5-12
- 4 Кароли Н.А., Ребров А.П. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и кардиоваскулярная патология // Клиницист. 2007. № 1. С. 13-19
- 5 Dankner R., Goldbourt U., Boyko V., Reicher-Reiss H. Predictors of cardiac and noncardiac mortality among

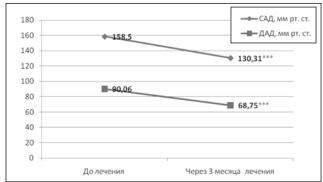


Рисунок 4 — Динамика артериального давления при XOБЛ третьей стадии

- 14,697 patients with coronary heart disease // Am. J. Cardiol. 2003. $N_{\rm 2}$ 91 (2). P. 121-127
- 6 Law M.R., Morris J.K., Wald N.J. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. // BMJ. 1997. № 315. P. 973-980
- 7 Тоннесен П., Карроззи Л., Фагерстрем К.О. и др. Отказ от курения у больных с респираторными заболеваниями: первоначальный компонент лечения // Пульмонология. 2010. № 2. С. 9-36
- 8 Задионченко В.С., Адашева Т.В., Федорова И. В. и др. Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких: клинико-патогенетические параллели и возможности терапии // Российский кардиологический журнал. 2009. № 6 (80). С. 62-68
- 9 Задионченко В.С., Адашева Т.В., Погонченкова И.В. и др. Артериальная гипертония у больных хроническими обструктивними болезнями легких: клинико-функциональные особенности, выбор терапии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 3. С. 33-42
- 10 Sabit R., Bolton C.E., Fraser A.G. et al. Sub-clinical left and right ventricular dysfunction in COPD // Respir. Med. 2010. $N\!\!\!_{2}$ 104. P. 1171-1178
- 11 Macchia A., Moncalvo J.J., Kleinert M., et al.Unrecognized ventricular dysfunction in COPD // Eur. Respir. J. 2012. –№ 39. P. 51-58
- 12 Sin D.D., Anthonisen N.R., Soriano J. B., Agusti A.G. Mortality in COPD: role of comorbidities // Eur. Respir. J. 2006. № 28(6). P. 124-1257
- 13 Peacock A.J., Naeije R., Galie N., Rubin L. End-points and clinical trials design in pulmonary arterial hypertension: have we made progress // Eur. Respir. J. 2009. № 34. P. 231-242
- 14 Дворецкий Л.И., Сергеева Е.В. Пожилой больной хронической обструктивной болезнью легких и ассоциированная сердечно-сосудистая патология // Справочник поликлинического врача. 2006. № 9. С. 27-35
- 15 Яковлева О.А., Коновалова Н.В., Дорошкевич И.А. Особенности фармакотерапии коморбидной патологии «легкие сердце» в гериатрической практике // Вісник фармакології та фармації. 2008. № 7-8. С. 24-30
- 16 Kaplon N.M. The CARE study: a postmarketing evalution of ramipril in 11.100 patients // Clin. Ther. 1996. № 18. P. 658-670
- 17 Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial // Lancet. − 1998. − № 351 − P. 1755-1762

ТҰЖЫРЫМ О.А. ЯКОВЛЕВА, Т.Н. МАСЛОЕД

Н.И. Пирогов атындағы Винница ұлттық медициналық университеті, г. Винница, Украина

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ЖӘНЕ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ҚОСЫМША АҒЫНЫН КЕШЕНДІК НЕГІЗГІ ЖӘНЕ ГИПОТЕНЗИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯМЕН ТҮЗЕТУ ТИІМДІЛІГІ

ДДҰ мәліметтері бойынша өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы (ӨСОА) – дүние жүзінде ересектердің мүгедектік факторы. ӨСОА қайтыс болу таралымы бойынша 2030 жылдарда 4 орынға дейінгі үнемі ұлғайып тұрады. Жиі ӨСОА кезінде гипертониялық ауру 6,8-ден 76,3%-ке дейін өзгеріп тұрады. Патологияның кардио-респираторлық жүйеде үйлесуі өзара нашар сезіну, өзгертілген клиникалық диагностиканың қиыншылықтарының синдромымен, ең бастысы – терапия мәселесімен білінеді.

Зерттеу мақсаты: Кешендік негізгі және гипотензиялық терапиямен пайдалану арқылы өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы және гипертониялық аурулардың қосымша ағынының тиімділігі мен түзету қауіпсіздігін зерттеу: АПФ рамиприл ингибитормен (Рамизеспен, ПАО Фармак, Украина) және амплодипинмен.

Материалдар мен зерттеу әдістері. 42 емделуші тексерілді, екінші және үшінші кезеңдегі асқынған ӨСОА, асқынған ЛАГ және екінші кезеңдегі гипертониялық ауру, орташа жас шамасы 50,86 ± 4,76 жас. Барлық емделушілер екі топқа бөлінді: екінші кезеңдегі ӨСОА-мен 18 емделуші және 24 емделуші үшінші кезеңдегі ӨСОА-мен. Емделушілер ӨСОА асқынғанда негізгі терапияны қабылдады: бактерияға қарсы дәрі-дәрмектер, стационардағы алғашқы 10 күннің ішінде муколитиктер және 3 ай құрамдастырылған бронхолық ингаляциялық терапия, сонымен қатар құрамдастырылған гепотензиялық терапия амлодипинмен және рамиприлмен (Рамизес, ПАО Фармак, Украина) 3 ай. Барлық зерттеулер емделгенге дейін 3 ай және емделгеннен кейін 3 айдан кейін жүргізілді. Формула бойынша темекі шегудің қорап/ жыл индексін есептеді, ӨСОА тіршілік сапасына әсерін САТтесттің (Р.W. Jones) көмегімен бағалады. Ентігу деңгейінің бағасын және оның денсаулыққа әсер ету жағдайын (MRC) сауалнама бойынша жүргізді, пайызбен ОФВ1 көрсеткіші бойынша бронхиалдық обструкцияны анықтады. Жүректің ультра дыбыстық зерттелуін импульстық тәртіппен «HDI – 5000» аппаратының көмегімен жүргізді. Өкпе артериясындағы орташа қысымды (ӨАОртҚ) А. Kitabatake ұсынған формула бойынша есептедік. Артериалдық қысымның деңгейін артериалдық қысымды тәулік бойы мониторлау арқылы бағалады: систоликалық артериалды қысымның (САҚ) тәуліктегі орташа және диастоликалық артериалды қысымның (ДАҚ) тәуліктегі орташа көрсеткішін бағалады. Материалды статистикалық өңдеуді Стьюдент критерийлерін пайдалана отырып вариациялық статистика әдісімен жүргізді.

Ер адамдардың арасында темекіні ұзақ уақыт шегетін 31 емделуші табылды, бұл аурулардың 73,8% құрады, екінші кезеңде ӨСОА-мен ауыратындардың темекі шегу индексі – 36,89±1,52 қорап/жыл құрады, ал үшінші кезеңде – 42,35±1,63 қорап/жыл. Кешендік фармакотерапия жүргізілгеннен кейін екінші кезеңдегі ӨСОА кезінде САТ-тесттің көрсеткіштері 38,23%, ал үшінші кезеңдегі ӨСОА-мен 37,18% жақсарды. Екінші кезеңде диагнозы ӨСОА-мен ауыратындардың жағдайының жақсаруы ОФВ1 көрсеткіштерімен 26,85% жоғарылады және үшінші кезеңде 26,74%.МRС-тесттің нәтижелері бойынша ӨСОА кезінде ентігу 36,82%, ал ушінші кезеңде 34,01% төмендеді. Екінші кезеңдегі ӨСОА ауыратын емделушілерде өкпе артериясындағы қысым кешендік негізгі және гипотензиялық терапиямен 3 ай емдегенде 36,72% төмендеді, бірақ үшінші кезеңдегі ӨСОА ауыратын емделушілерде өкпе артериясындағы қысым кешендік негізгі және гипотензиялық терапиямен 3 ай емдегенде тек 24,19% төмендеді. Систоликалық артерия қысымының көрсеткіштері кешендік терапиямен 3 ай емдегеннен кейін 18,13% төмендеді. Ал диастоликалық артерия қысымы – 23,41% төмендеді. Бірақ аталған терапиядан кейін Үшінші кезеңдегі ӨСОА кезінде систоликалық артерия қысымы 17,69%, ал диастоликалық артерия қысымының көрсеткіштері 23,67% төмендеді.

Тұжырымдар. Ингибитормен АПФ раприлмен және амлодипинмен негізгі және гипотензиялық кешендік терапия екпе артериясындағы қысымның оң динамикасына, және систоликалық және диастоликалық қысымның қалыпқа түсуіне әсер етеді. АПФ рамиприл (Рамизес, ПАО Фармак, Украина) ингибиторын кешендік гипотензиялық терапияда пайдалануға болады. Оның тиімділігі мен қауіпсіздігі дәлелдеген.

Негізгі сөздер: өкпенің созылмалы обструктивтік ауаруы, гипертониялық ауру, өкпе артериалдық гипертензиясы, рамиприл, амлодипин.

S U M M A R Y O.A. YAKOVLEVA, T.N. MASLOYED

Vinnitsa National Medical University named after N.I. Pirogov, Vinnitsa, Ukraine

THE EFFECTIVENESS OF THE CORRECTION OF THE COMORBID COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTENSION USING COMPLEX BASIC AND ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT

According to the WHO data, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a factor of adult disability in the world. The mortality rate of COPD will continue to increase according to the prevalence of up to 4th place in 2030 years. The incidence of hypertension in COPD ranges from 6.8 to 76.3%. The combination of pathology in the cardio-respiratory system occurs as a syndrome of mutual impairment, difficulties in the diagnosis of the altered clinical course, and most importantly, the problems of therapy.

The aim of the study was to investigate the effectiveness and safety of the correction of the comorbid course of chronic obstructive pulmonary disease and hypertension using complex basic and antihypertensive treatment: the ACE inhibitor – ramipril (ramizes, Pharmac PJSC) and amlodipine.

Materials and methods. 42 patients with the acute exacerbation of II and III stages COPD, complicated by pulmonary arterial hypertension and comorbid with stage II hypertension were examined; the mean age of the patients was 50.86 ± 4.76 years. The patients were divided into two groups: 18 patients with stage II COPD and 24 patients with stage III COPD. The patients received standard treatment for the exacerbations of COPD: antibacterial drugs, mucolytics for the first 10 days of hospital stay, and combined broncholytic inhalation therapy for 3 months, as well as a combined antihypertensive therapy with amlodipine and ramipril (ramizes, Pharmac PJSC) for 3 months. All studies were performed before the treatment and after 3 months of the treatment. The index of smoking in pack / years was calculated according to the formula; the impact of COPD on the quality of life was assessed using the CAT test (P.W.Jones). The assessment of the degree of dyspnea and its impact on health was conducted according to the questionnaire (MRC); bronchial obstruction was determined in terms of FEV1 as a percentage of granted. The ultrasound examination of the heart was performed using the apparatus «HDI – 5000" at the pulse regime. The mean pulmonary artery pressure (mPAP) was calculated according to the formula proposed by A. Kitabatake. The level of blood pressure was assessed by daily monitoring of blood pressure: the rates of average daily systolic blood pressure (SBP) and

average daily diastolic blood pressure (DBP) were evaluated. The statistical processing of the material was performed by the method of variation statistics using Student's t-test.

Among the men, there were 31 patients identified, who had smoked for a long time; that made up 73.8% of the patients; the index of smoking in the patients with stage II COPD reached 36.89±1.52 pack / years, and in the patients with stage III COPD it was 42.35±1.63. After the conducted pharmacotherapy, the indicators of CAT test at stage II COPD improved by 38.23%, while at stage III COPD - by 37.18%. The rate of FEV1 increased by 26.85% in patients with stage II COPD, and at stage III COPD - by 26.74%. According to the results of MRC-test, dyspnea at stage II COPD decreased by 36.82%, and at stage III - by 34.01%. The pulmonary artery pressure in the patients with stage II COPD decreased by 36.72%, for 3 months of complex basic and antihypertensive treatment, but in the patients with stage III COPD it decreased only by 24.19% in the same conditions. The rates of systolic blood pressure after three months of complex treatment decreased by 18.13%, and diastolic blood pressure - by 23.41% in the patients with stage

II COPD, though the rates of systolic blood pressure after this treatment decreased by 17.69% and diastolic blood pressure decreased by 23,67%, at stage II COPD.

Conclusion. Complex basic and antihypertensive treatment with the ACE inhibitor – ramipril and amlodipine promotes the improvement in the pulmonary artery pressure and as well the normalization of systolic and diastolic blood pressures. The ACE inhibitor – ramipril (ramizes, Pharmac PJSC), with the evidence of its efficacy and safety, may be widely used in the complex basic antihypertensive treatment in the comorbidity of COPD with hypertension.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, pulmonary arterial hypertension, ramipril, amlodipine.

Рецензент: профессор кафедры фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Винницкого национального медицинского университета им. Н.Н. Пирогова, д.м.н. С.В. Зайков.

УДК 615.322:616.24-008.41

Р.К. КИПШАКБАЕВ

PhD, MBA, Специалист по доказательной медицине и оценке медицинских технологий, член ISPOR, г. Алматы

ОБЗОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ КАШЛЕ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В обзоре литературных данных рассмотрены вопросы выбора тактики терапии кашлевого синдрома, в частности, эффективности и безопасности лекарственных средств, приготовленных из растительного сырья, широко применяемых при заболеваниях органов дыхания у детей и взрослых. Проанализированы некоторые экспериментальные и клинические исследования препаратов, содержащих сухой экстракт листьев плюща и показана эффективность их применения.

Ключевые слова: кашель, растительные препараты, доказательная медицина.

норме основным механизмом очищения дыхательных путей является мукоцилиарный клиренс, который обеспечивает их санацию за счет колебания ресничек на цилиарных клетках. В результате воспаления развиваются структурные или функциональные нарушения мерцательного эпителия, что приводит к снижению мукоцилиарной активности. Это обусловливает неадекватный мукоцилиарный клиренс и способствует накоплению мокроты. В таких условиях включается дополнительный процесс очищения с помощью кашля, который становится единственным эффективным механизмом санации трахеобронхиального дерева. С помощью кашля происходит удаление патологического бронхиального секрета, микроорганизмов, чужеродных частиц из дыхательных путей. Таким образом, кашель - не самостоятельное заболевание, а клинический симптом какого-либо заболевания или патологического состояния, чаще всего воспалительного заболевания респираторного тракта. Эффективность кашля в значительной степени зависит от реологических свойств мокроты, вязкость и адгезивность которой при воспалении в дыхательных путях увеличиваются.

Из-за необходимости нормализации количественных и качественных характеристик бронхиального секрета мукорегуляторные средства являются важной составляющей патогенетической терапии респираторных заболеваний. Основное показание к их назначению – наличие кашля, сопровождаемого вязкой, трудно отделяемой мокротой.

Выбор конкретных лекарственных средств зависит от индивидуальных особенностей больного ребенка, патогенетических и клинических особенностей заболевания, клинико-фармакологических характеристик препаратов. Кашель является причиной около 20% (!) всех обращений к врачу. На лечение кашля пациенты в США тратят более 1 млрд. долл., в Англии – 0,5 млрд (Morice A.H. et al., 2004).

Патогенетическая терапия кашлевого синдрома включает три основные составляющие:

- 1. Облегчение выведения мокроты за счет изменения ее реологических свойств (муколитическое, секретолитическое, мукокинетическое действие):
- 2. Увеличение просвета бронхов за счет снятия спазма. отека (бронхоспазмолитическое действие):
- 3. Уменьшение отрицательного воздействия непродуктивного, надсадного, изнуряющего кашля (противокашлевое действие).

Алгоритм выбора мукоактивной терапии включает следующие направления:

- оценка характера кашля (продуктивность, интенсивность, периодичность, степень влияния на состояние пациента);
- на основании анамнестических, физикальных и, при необходимости, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований определение причины кашля, характер бронхиального секрета (слизистый или гнойный, степень вязкости и количество);
- выявление наличия обструкции (бронхоспазм, отек, большое количество мокроты).

Требования к современным отхаркивающим препаратам:

- соотношение «эффективность/безопасность»;
- отхаркивающее действие;
- бронхолитический эффект;
- противокашлевое действие;
- противомикробное действие;
- противовоспалительный (антиэкссудативный эффект);
- возможность применения у всех категорий больных (дети, пожилые, беременные);
 - минимум противопоказаний;
- удобный режим дозирования (повышение комплаентности пациентов);
- отсутствие спирта, сахара, красителей в жидких формах;
- удобная форма выпуска (для жидких форм приятный вкус);
 - приемлемая цена.

Фитопрепараты (лекарственные средства, приготовленные из растительного сырья) широко применяются при заболеваниях органов дыхания у детей. В отличие от синтетических препаратов лекарственные средства, производимые из растений, содержат биологически активные вещества, более естественно включающиеся в процессы, происходящие в человеческом организме. Это является причиной хорошей переносимости фитопрепаратов, редкого развития нежелательных лекарственных реакций при их применении.

Лекарственное растительное сырье, как исходный материал для приготовления лекарственных препаратов, не утратило актуальности благодаря ряду положительных качеств: растительные препараты обладают мягким фармакологическим действием, намного реже оказывают побочные эффекты, как правило, лучше переносятся и могут применяться длительное время, что особенно важно в педиатрии.

В научной литературе практически не существует доказательств эффективности растений, она основывается на жизненном опыте и клинических наблюдениях. Сегодня есть отдельные научные исследования по эффективности и безопасности некоторых растительных препаратов, но большинство из них проведены на ограниченном контингенте больных, не соответствуют всем критериям проведения клинических исследований, а следовательно, в этом случае мы не можем говорить о доказательной медицине. Следует напомнить, что именно рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования признаны «золотым стандартом» доказательства эффективности любых лекарственных средств и их данные характеризуются наиболее высокой достоверностью.

Сапонины обладают бактерицидным и отхаркивающим действиями. Их отхаркивающее свойство обусловлено усилением секреции слизи, эскалаторной функции мерцательного эпителия и уменьшением вязкости мокроты. Флавоноиды содержатся почти во всех высших растениях, локализуются преимущественно в листьях, цветках и плодах и представляют собой группу биологически активных веществ фенольного характера. В основе структуры лежит флаван, представляющий собой конденсированную систему бензола и пирана с ароматическим заместителем в пирановом кольце.

Изучение биологической активности наиболее широко представленных в природе флавоноидов (флавоноиды тимьяна, душицы, фиалки трехцветной, пелларгонии) показало, что для них характерно противоаллергическое, противовоспалительное, противовирусное, цитопротекторное и антиоксидантное действие. В

основе их антиоксидантной активности лежит способность к хелатообразованию с солями железа и высокая способность к переносу электронов, что химически объясняется присутствием большого количества гидроксильных групп в молекуле. Просматривается аналогия в механизме антиоксидантного действия флавоноидов с таковым витаминов С и Е. Противовоспалительное действие обусловлено способностью тормозить образование медиаторов воспаления – простагландинов и лейкотриенов. Они также принимают участие в активизации ряда типов клеток, в том числе базофилов, нейтрофилов, эозинофилов, Т- и В-лимфоцитов, макрофагов, гепатоцитов и др.

При острых респираторных инфекциях, сопровождающихся явлениями бронхоспазма, целесообразно назначение комплексных растительных препаратов, обладающих помимо муколитического, противовоспалительного действия еще и бронхорасширяющим эффектом, например, препарат Гелисал. Бронхолитическим эффектом обладает экстракт плюща, входящий в состав препарата. При сравнении эффективности препаратов плюща с амброксолом была установлена сопоставимая клиническая эффективность. Благодаря наличию сапонинов, помимо муколитического, препарат обладал мукокинетическим, бронхоспазмолитическим, мягким противокашлевым эффектом. В некоторых исследованиях подтверждена эффективность листьев плюща при бронхиальной астме.

Важно учитывать, что комбинированные фитопрепараты, включающие в свой состав несколько растительных компонентов, обладают разносторонним действием. Существует мнение, что в фитотерапии более эффективны многокомпонентные препараты, но не менее логично утверждение, что растительные препараты, в состав которых входят 1-2 компонента, имеют свои преимущества: уменьшается риск развития аллергических реакций, есть возможность подбора и своевременной отмены препарата при повышенной чувствительности к тому или иному его компоненту.

Лечебное действие фитопрепаратов зависит от соотношения биологически активных веществ, входящих в состав того или иного растительного компонента. Именно количество активного вещества в препарате определяет его качество и безопасность в применении, что особенно важно в педиатрической практике. Сегодня это стало возможным благодаря совершенствованию технологий получения экстрактов из растительного сырья.

Фитониринг (от phyton – pacтeниe, и engineering разработка, технология) – новое направление фитотерапии, использующее современные методы получения стандартизированных экстрактов растений (вакуумное экстрагирование), на основе которых с помощью инновационных технологий разрабатывают и создают безопасные лекарственные препараты. Растительное происхождение лекарственного препарата и понятие безопасности (безвредности) не всегда коррелируют между собой. Так, препараты ипекакуаны способствуют значительному увеличению объема бронхиального секрета, усиливают или вызывают рвотный рефлекс, усиливают деятельность дыхательного центра продолговатого мозга. Усиливает рвотный и кашлевой рефлексы и трава термопсиса. Поэтому у детей первых месяцев жизни, у детей с поражением ЦНС использовать их не следует: они могут стать причиной аспирации, асфиксии, образования ателектазов или усилить рвоту. связанную с кашлем. Анис, солодка и душица обладают довольно выраженным слабительным эффектом и не рекомендуются при наличии у больного ребенка диареи. Ментол вызывает спазм голосовой щели, приводящий к

острой асфиксии. В связи с перечисленными выше нежелательными эффектами не все препараты этой группы показаны для использования в первые годы жизни. Значительное увеличение объема мокроты отмечается и при применении йодидов (йодида калия, йодида натрия, йодированный глицерол). Использование этих препаратов у детей, особенно раннего возраста, также нежелательно, так как отхаркивающий эффект йодидов наблюдается лишь при назначении их в дозах, близких к токсическим, что всегда опасно в детской практике. При использовании фитопрепаратов необходимо учитывать наличие аллергии, поллиноза. Индивидуальная непереносимость препаратов растительного происхождения проявляется в виде дерматитов, раздражения слизистых оболочек, ринореи, ларинго- и бронхоспазма.

Ряд препаратов (Гелисал) содержит сухой экстракт листьев плюща, эффекты которого (муколитический, мукокинетический, спазмолитический, противокашлевый) были доказаны в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях. Как известно, Европейская фармакопейная комиссия в фармакологической статье на листья плюща требует содержания гедеракозида не менее 3%. Действующим началом препарата являются сапонины, тритерпеноиды, флавоноиды. Важные компоненты экстракта листьев плюща - сапонины олеанолового типа, в основном представленные агликоном гедерагинином, монодесмозидом α-гедерином и бисдесмозидом гедеракозидом. Экстракт стандартизируется по гедеракозиду С. Помимо названных сапонинов в экстракте плюща встречаются и другие соединения этого класса субстанций, хотя и в незначительных количествах. Проведенные иммуногистохимические и биофизические исследования позволили по-новому взглянуть на механизм действия препарата на молекулярном и клеточно-биологическом уровне. До сих пор механизм действия сухого экстракта листьев плюща объясняли раздражением слизистой желудка с рефлекторной стимуляцией блуждающего нерва и последующей увеличенной выработкой секрета в бокаловидных клетках слизистой бронхов. Однако эта теория не объясняет других эффектов, содержащихся в экстракте веществ. С помощью иммуногистохимических и биофизических исследований удалось in vitro показать торможение α-гедерином интернализации b2-рецепторов на клетках альвеолоцитов 2-го типа (даже в условиях сильной стимуляции b2-агонистом). Это непрямое воздействие на регуляцию b2-рецепторов увеличивает b2адренергическую восприимчивость клеток. Стимуляция рецепторов заставляет альвеолоциты 2-го типа усиленно вырабатывать сурфактант, который снижает вязкость бронхиальной слизи (муколитическое действие), что в конечном итоге приводит к уменьшению кашля.

В мышечных клетках бронхов в условиях b2-стимуляции уменьшается внутриклеточный уровень кальция. Это приводит к расслаблению бронхиальной мускулатуры и объясняет бронхоспазмолитическое действие плюща.

Следует заметить, что торможение интернализации b2-рецепторов обнаружено только в случае с α -гедерином, но не с гедерагенином или гедеракозидом C. Однако гедеракозид C может рассматриваться как пролекарство, поскольку in vivo эстераза, расщепляя сахарную цепочку, превращает его в α -гедерин. Разрыва гликозидной связи с агликоном не происходит. Исследования показывают, что гедеракозид C в плазме уже практически не определяется, поскольку он превращается в α -гедерин; агликон гедерагенин при этом не обнаруживается.

Таким образом, требование по минимальному содержанию гедеракозида С (не менее 3%) является обо-

снованным, хотя сама субстанция не оказывает никакого влияния на регуляторные процессы b2-адренергического рецептора.

В первых исследованиях препарата α -гедерин в плазме человека был обнаружен в концентрация 0,66 mM.

В проведенных опытах концентрация $0.5 \, \text{mM}$ была уже достаточной для достижения примерно 60% торможения рецепторной интернализации. Из этого следует, что биозапасы α -гедерина имеются в достаточном количестве.

Данные, полученные на клеточных культурах, показали механизм действия сухого экстракта листьев плюща на молекулярном и клеточно-биологическом уровне. Этим подтверждается значение экстракта плюща как рационального фитопрепарата в лечении обструктивных заболеваний дыхательных путей, сопровождающихся продуктивным кашлем.

Клинические исследования применения сухого экстракта листьев плюща продемонстрировали значительное улучшение важных параметров функции легких, измеренных с помощью спирометрии и плетизмографии тела, а также улучшение самочувствия пациентов. Эффективность препарата по клиническим, статистическим и спирометрическим показателям была значительно лучше по сравнению с плацебо.

Также в исследовании «Эффективность сухого экстракта листьев плюща у детей с бронхиальной астмой – обзор рандомизированных контролируемых испытаний» были проанализированы 5 рандомизированных контролируемых исследований, изучающих эффективность экстракта листьев плюща препаратов при хроническом бронхите, 3 из которых были проведены у детей и соответствовали критериям отбора.

Исследования, включенные в данный обзор, показывают, что препараты плюща экстракт листьев оказывают действие в отношении улучшения дыхательных функций у детей с хронической бронхиальной астмой и указана необходимость дальнейших исследований, особенно в долгосрочной эффективности растительного экстракта [2].

В другом проспективном, двойном слепом, плацебоконтролируемом клиническом испытании «Эффективность и переносимость комбинации жидкости экстракт травы чабреца и листьев плюща и соответствующее плацебо у взрослых, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем» дана оценка эффективности и переносимости комбинации экстракта тимьяна и листьев плюща и соответствующее плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем [3].

Еще одно двойное слепое, рандомизированное исследование было проведено с целью оценки эффективности и переносимости экстрактов листьев плюща [4]. Различные исследования и многолетний опыт на рынке показывают безопасность и эффективность этого препарата.

Существуют общие противопоказания для назначения фитопрепаратов у детей, в том числе:

- тяжелое течение инфекционных респираторных заболеваний;
- индивидуальная непереносимость растительных компонентов;
- повреждения кожи в результате ран, ожогов и болезней кожи: экзема, дерматиты (противопоказаны растительные бальзамы и ванны);
 - сердечно-сосудистые заболевания;
- повышение температуры тела (противопоказаны общие ванны);
 - туберкулез легких;
- также следует обратить внимание на различие во вспомогательных веществах в препаратах-аналогах, чтобы исключить аллергию или другие побочные эффекты.

МЕДИЦИНА, №9, 2013 41

Таким образом, растительный препарат Гелисал доказал свою эффективность и безопасность и может применяться при заболеваниях респираторного тракта: ОРВИ, бронхитах, хронических обструктивных болезнях легких. Выбор мукорегуляторных лекарственных средств зависит от клинических проявлений заболевания и индивидуальных особенностей пациента, требует строго дифференцированного подхода к каждой клинической ситуации. Их рациональное использование может существенно повысить эффективность лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ярощук Л.Б. Растительные препараты при кашле у детей: целесообразность применения и клиническая эффективность. Здоровье Украины. № 18/1 (10). – 2007. – стр. 66-67. http://health-ua.com/articles/2097.html

2 Efficacy of dry extract of ivy leaves in children with bronchial asthma--a review of randomized controlled trials. Hofmann D, Hecker M, Völp A. Phytomedicine. 2003 Mar;10(2-3):213-20. Review

3 Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Kemmerich B, Eberhardt R, Stammer H. Arzneimittelforschung. 2006;56(9):652-60

4 Acute bronchitis therapy with ivy leaves extracts in a two-arm study. A double-blind, randomised study vs. ivy leaves extract. Cwientzek U, Ottillinger B, Arenberger P. Phytomedicine. 2011 Oct 15;18(13):1105-9. doi: 10.1016/j. phymed.2011.06.014. Epub 2011 Jul 30

ТҰЖЫРЫМ

Р.К. ҚЫПШАҚБАЕВ

PhD. MBA

ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА МӘЛІМЕТТЕРІНІҢ НЕГІ-ЗІНДЕ ЖӨТЕЛГЕНДЕ ӨСІМДІК ПРЕПАРАТТАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІНЕ ШОЛУ

Әдебиттер туралы мәлеметтерді шолу барысында жөтелу синдромы терапиясының тәсілдерін таңдау мәселелері, оның ішінде, балалар мен жасөспірімдердің тыныс жолдарындағы аурулар кезінде кеңінен қолданылатын өсімдік шикізатынан жасалынған дәрі-дәрмектердің әсері мен қауіпсіздігі қаралады. Құрамында шырмауық жапырақтарының құрғақ сіріндісі бар препараттардың сараптамалық және клиникалық зерттеулері талданып, оны қолданудағы әсерлілігі көрсетілді.

Негізгі сөздер: жөтел, өсімдік препараттары, тиімділігі.

SUMMARY

R.K. KIPSHAKBAYEV

PhD. MBA

REVIEW OF THE EFFECTIVENESS OF HERBAL MEDICINAL PRODUCTS FOR COUGH ON THE GROUND OF THE DATA OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

In a review of the literature discussed issues of tactical treatment of cough syndrome, in particular, the effectiveness and safety of medicines made from plant materials commonly used in respiratory diseases in children and adults. Analyzed some experimental and clinical studies of drugs containing dry extract of ivy leaves and the efficiency of their use.

Key words: cough, herbal medicinal products, efficacy.

УДК 617-089.844

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

Алматинский институт усовершенствования врачей, г. Алматы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

В последние десятилетия достигнуты большие успехи в области хирургической техники и анестезии, позволившие значительно повысить безопасность кесарева сечения (КС), но эта операция сопряжена с высоким риском для здоровья женщины. Лидирующее место в послеоперационной заболеваемости и смертности принадлежит инфекционным осложнениям, риск развития которых при КС в 5–20 раз выше, чем при вагинальных родах.

Данные предварительных клинических и фармакоэкономических исследований свидетельствуют, что внедрение в широкую практику цефтриаксона (Цеф III®) для интраоперационной профилактики в группе риска обеспечит снижение послеоперационных инфекционных осложнений.

Ключевые слова: кесарево сечение, интраоперационная профилактика, цефтриаксон.

перация кесарево сечение (КС) относится к числу самых распространенных хирургических вмешательств. По данным ВОЗ, ее выполнение по медицинским показаниям показано примерно при 10-15% беременностей, однако реальная частота КС в большинстве стран уже значительно превысила этот показатель и продолжает расти быстрыми темпами. Так, в Великобритании в течение 30 лет она увеличилась с 4 до 24,6%, в США за 10 лет повысилась на 48% и достигла в 2007 г. уровня 31,8%, в Австралии за такой же период возросла на 10% (с 21 до 31% в 2007 г.). В Китае частота КС составляет 46%, в Чили – 40%, в некоторых провинциях Италии – 44-66%. Аналогичные тенденции наблюдаются на всех континентах, включая Африку. В РФ, согласно официальным данным, ежегодно частота КС возрастает примерно на 1% - с 1997 по 2006 гг. она увеличилась с 10,1 до 18,4% [1].

Несмотря на то, что в последние десятилетия достигнуты большие успехи в области хирургической техники и анестезии, позволившие значительно повысить безопасность КС, эта операция сопряжена с высоким риском для здоровья женщины. Лидирующее место в послеоперационной заболеваемости и смертности принадлежит инфекционным осложнениям, риск развития которых при КС в 5–20 раз выше, чем при вагинальных родах [2, 3].

По данным Американской академии педиатрии и Американского колледжа акушеров и гинекологов (ACOG), эндометрит развивается примерно у 60% женщин, перенесших КС по медицинским показаниям, и у 24% после элективного КС [4].

Таким образом, основной мерой профилактики инфекционной заболеваемости в послеродовом периоде является снижение необоснованных с медицинской

точки зрения абдоминальных родоразрешений. Непосредственно во время хирургического вмешательства частоту послеродовых инфекций позволяет снизить интраоперационная АП.

Кокрановский обзор, озаглавленный «Антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении», проанализировал большое количество рандомизированных контролированных исследований. Он обнаружил, что профилактическая антибиотикотерапия у женщин, которым производят кесарево сечение, ведет к снижению риска осложнений, связанных с инфекцией, в том числе лихорадки, эндометрита, раневой инфекции, инфекций мочевыводящих путей и тяжелых послеоперационных инфекций; небольшое снижение было также обнаружено в показателе длительности пребывания женщины в больнице. Такой эффект значительного снижения послеопереационной инфекционной заболеваемости (приблизительно на две третьих) заставил составителей обзора рекомендовать профилактическую антибиотикотерапию всем женщинам, которым выполняют кесарево сечение [5, 6]. В связи с вероятностью негативного влияния АБ на ребенка и риском развития инфекций, вызванных резистентными микроорганизмами, препарат для АП при КС рекомендовали вводить непосредственно после пережатия пуповины.

Суть антибиотикопрофилактики заключается в достижении необходимой концентрации антибиотика в тканях до момента возможной микробной контаминации и поддержании этого уровня в течение всей операции и нескольких часов после оперативного вмешательства. Другими словами, это профилактика возможной инфекции, а потому она всегда является «эмпирической».

Тем не менее, установлены критерии выбора антибактериальных средств, соблюдение которых является обязательным.

• Антибиотик должен быть эффективным в отношении основных возбудителей послеоперационной инфекции. Проводимая антибиотикопрофилактика во время операции кесарева сечения должна предупреждать развитие двух типов инфекционных осложнений: во-первых, раневую инфекцию, в основном обусловленную возбудителем грамположительной флоры кожных покровов (преимущественно золотистый и эпидермальный стафилококк); во-вторых, инфекцию с локализацией бактериального воспаления в других органах и тканях, непосредственно связанных и не связанных с местом оперативного вмешательства. В этом случае антибактериальный препарат должен быть эффективен в отношении грамотрицательных бактерий и анаэробных микроорганизмов.

•Выбранный антибиотик следует вводить своевременно и в течение определенного периода времени [7].

Поскольку раневая инфекция вызывается преимущественно грамположительными микроорганизмами, населяющими кожные покровы, этим критериям отвечают ампициллин и цефалоспорины (цефазолин, цефуроксим, цефтриаксон).

Родовая деятельность и излитие околоплодных вод являются наиболее важными факторами, наличие которых повышает риск развития инфекционных осложнений, причем этот риск возрастает с увеличением продолжительности действия каждого фактора. Еще одним фактором риска раневой инфекции считается ожирение. При выполнении экстренной операции кесарева сечения в группе риска все же необходимо строгое соблюдение правил, позволяющих снизить частоту инфекционных осложнений [Энкин М. и соав., 2003]. Что касается кратности введения АБ для АП в хирургии, то

большинство исследователей считают необходимым повторную дозу вводить при продолжительности хирургического вмешательства, в 2 раза превышающей период полувыведения используемого АБ. Кроме того, введение повторной дозы рекомендуется при общей кровопотере во время операции >1500 мл [8]. Учитывая, что нет единой схемы антибиотикопрофилактики, даже в рамках одного вида хирургического вмешательства, а также с целью снижения частоты гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения, нами было изучено течение послеоперационного периода в 2-х группах пациентов:

1-я группа – 150 пациентов, которым операция кесарево сечение выполнена в плановом порядке при отсутствии местной или системной инфекции с проведением антибиотикопрофилактики препаратом цефазолин или ампициллин:

2-ю группу составили 150 беременных, которым операция кесарево сечение проведена в экстренном порядке при длительном безводном периоде, осложнениях беременности и родов с применением антибиотикопрофилактики препаратом цефриаксон (Цеф III® производства SANTO Member of Polpharma Group).

В структуре показаний к плановому кесареву сечению превалировали: рубец на матке – 43%, тазовое предлежание плода – 12%, другие – 10% (миопия высокой степени с дегенеративными изменениями на глазном дне, рубцовая деформация шейки матки после предыдущих родов, расхождение лонного сочленения по данным рентгенологического исследования). Показанием к экстренной операции кесарева сечения являлись: длительный безводный период и затянувшиеся или недостаточно прогрессирующие роды, то есть обструктивные роды.

Средняя длительность пребывания пациенток в стационаре до родоразрешения составила 3,2 дня. Как известно длительное пребывание женщины в стационаре является одним из важных факторов риска развития послеоперационной инфекционной заболеваемости. У 39% женщин пребывание в стационаре до родоразрешения составило менее 24 часов.

Ампициллин и цефалоспорины первого поколения обладают самым узким спектром действия.

Цефтриаксон – парентеральный цефалоспориновый антибиотик III генерации с широким спектром действия и пролонгированным действием. Бактерицидная активность цефтриаксона обусловлена подавлением синтеза клеточных мембран. Цеф III[®] (производства SANTO Member of Polpharma Group) обладает широким спектром действия в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Он высокоустойчив к большинству b-лактамаз (как пенициллиназ, так и цефалоспориназ), вырабатываемых грамположительными и грамотрицательными бактериями.

Препараты использовали однократно в дозе 1,0 г во время операции кесарево сечение сразу после пережатия пуповины, затем, через 12 часов после операции. повторное введение 1,0 г.

Возраст обследованных родильниц колебался от 20 до 44 лет и в среднем составил 29, 1±3,6 года.

По паритету, перенесенным соматическим заболеваниям, особенностям течения беременности исследуемые группы не различались.

Оценку эффективности антибиотикопрофилактики оценивали на основании таких клинических признаков, как данные общего состояния, показатели гемодинамики и температуры тела, динамики сокращения матки, состояние послеоперационной раны, характер лохий, результаты анализа крови и ультразвукового исследования.

Таблица 1 — Показатели высоты стояния дна матки в исследуемых группах

Высота дна матки	Первая группа		Вторая	группа
	абс.	M±m%	абс.	M±m%
2 п/п ниже пупка	8	5±1,2	7	4±1,9
3 п/п ниже пупка	139	92±4,3	137	91±1,1
4 п/п ниже пупка	3	2±1,7	5	3±1,6

Указанные признаки оценивали на 1, 3, 5 и 10-е сутки после операции. Дополнительно оценивали динамику сокращения матки по данным ультразвукового исследования (УЗИ) на 5-й день послеоперационного периода, а также результаты клинического анализа крови и регистрацию побочных эффектов.

Клиническую эффективность считали хорошей, если в течение периода госпитализации не возникало проявлений бактериальных инфекций любой локализации. Отсутствие эффекта регистрировали в том случае, если возникали инфекционные осложнения, потребовавшие назначение другого антибиотика.

Для изучения сократительной деятельности матки в зависимости от времени послеоперационного периода проведен анализ гистерограмм у исследуемых родильниц в послеоперационном периоде. Оценка гистерограмм основана на анализе вертикальных и горизонтальных параметров сокращения матки. Наиболее распространенным критерием оценки активности матки являются единицы Монтевидео, выраженные количественно. Динамика сокращения матки у пациенток исследуемых групп в зависимости от суток представлена в таблице 1.

Данные в таблице 1 свидетельствуют об отсутствии достоверной разницы сократительной деятельности матки между родильницами группы риска по развитию инфекционных осложнений и родильницами после плановой операции кесарево сечение. Данные анализа убедительно показали, что интраоперационная профилактика цефриаксоном (Цеф III®) в группе риска реализации инфекции оказалась столь же эффективной и надежной, как и стандартные схемы антибиотикопрофилактики при плановой операции кесарево сечение.

Данные ультразвукового исследования на 5 сутки послеоперационного периода представлены в таблице 2.

Таблица 2 — **Данные ультразвукового исследования** в исследуемых группах

1.7							
Данные УЗИ		группа 150)	Вторая группа (n=150)				
	абс.	M±m%	абс.	M±m%			
Расширение поло- сти более 1,0 см	4	2±1,1	3	2±1,1			
Толстый дециду-	5	3±1,6	6	4±1,5			
Щелевидная по- лость матки	141	94±6,4	141	94±6,4			

По результатам УЗИ, проведенного на 5-е сутки послеоперационного периода, из 150 родильниц, группы риска, получавших интраоперационную профилактику цефтриаксоном, послеоперационный период протекал без осложнений, лишь в 5 наблюдениях в послеоперационном периоде отмечены явления субинволюции матки, потребовавшие назначения антибиотиков в лечебном режиме.

В процессе наблюдения не отмечено нагноения послеоперационных ран, длительной гипертермии или других симптомов, которые могли бы свидетельствовать о наличии инфекции после операции. Ни в одном случае не зарегистрировано признаков эндометрита. Заживление ран прошло первичным натяжением в обычные сроки.

Анализ гемограмм подтверждает отсутствие скольконибудь убедительных признаков воспаления.

Переносимость препарата, аллергические реакции в 2-х группах исследования: побочные эффекты не отмечены, аллергические реакции при применении этого препарата в обеих группах не зарегистрированы.

Препарат хорошо переносится и не имеет потенциального риска для здоровья новорожденного вследствие как кратковременности использования, так и создания очень малых концентраций в материнском молоке, что позволяет проводить грудное вскармливание в полном объеме.

Следует отметить, что сегодня ни один антибиотик или комбинация препаратов не могут рассматриваться как идеальное профилактическое средство для всех операций. Применение антибактериальных препаратов должно быть обоснованным, а показания дифференцированы и взвешены с учетом факторов риска развития инфекционных осложнений. Однако, основываясь на предварительных клинических и фармакоэкономических данных, можно полагать, что внедрение в широкую практику цефтриаксона (Цеф III®) для интраоперационной профилактики в группе риска обеспечит снижение послеоперационных инфекционных осложнений.

Таким образом, рутинное профилактическое назначение антибиотиков может уменьшить риск развития тяжелых инфекционных осложнений. Возможное отрицательное воздействие на ребенка может быть снижено при введении используемых препаратов только после пересечения пуповины. Применение для интраоперационной антибиотикопрофилактики сможет расширить возможность выбора в лечебных учреждениях лекарственных средств, при этом реально получить существенную экономическую выгоду при надежных клинических результатах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сухих Г., Ушкалова Е., Шифман Е., Хилькевич Е. // Антибиотикопрофилактика при операции кесарева сечения. Врач, 2011. №1: 3-6
- 2 Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of Caesarean sections in Brazil. The lancet 1991:338:167-169
- 3 Faundes A, Cecatti JG. Which policy for Caesarean section in Brazil? An analysis of trends and consequences. Health policy and planning 1991;8:33-42
- 4 Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000933. DOI: 10.1002/14651858. CD000933
- 5 Энкин М и соавт. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Санкт-Петербург. 2003. С. 475
- 6 Айламазян Э.К., Карпов О.И., Кучеренко М.А. Цефепим как средство профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении в группе риска // Журн. акуш. и жен. бол. 1999. № 4. С. 34-39

7 Newton ER, Wallace PA. Effects of prophylactic antibiotics on endometrial flora in women with postcesarean endometritis. Obstret Gynecol 1998; 92(2):62–8

8 Шевола Д., Дмитриева Н. Антибиотикопрофилактика в медицинской практике. – М.: Принт- Партнер, 2000

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

Т Ұ Ж Ы Р Ы М С.Ш. ИСЕНОВА, Г.М. ИСИНА, Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, А.Е. СЕЙТАЛИЕВА

Алматы дәрігерлерді жетілдіру институты, Алматы қ.

КЕСАРЬ ТІЛІГІ ОПЕРАЦИЯСЫ КЕЗІНДЕ АНТИ-БИОТИКТЕРДІҢ АЛДЫН АЛУЫН ТАҒАЙЫНДАУ

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

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

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

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

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

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

Негізгі сөздер: кесарь тілігі, интраоперациялық алдын алуды цефтриаксон.

S U M M A R Y S.Sh. ISENOVA, G.M. ISINA, T.B. DZHENALAYEV, A.YE. SEYTALIYEVA

Almaty Institute of Advanced Training for Doctors, Almatv c.

PREVENTIVE PRESCRIPTION OF ANTIBIOTICS IN CASE OF CAESAREAN SECTION OPERATION

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

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

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

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

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

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

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

УДК 616.65-007.61-085

д.а. ким

Городская поликлиника №7, г. Астана

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ТЕРАПИИ ДУТАСТЕРИДОМ (АВОДАРТ)

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

Ключевые слова: ДГПЖ, СНМП, дутастерид.

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

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

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

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

Материал и методы

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

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

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

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

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

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

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

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

Критерий	До лечения	После 1 мес.	После 3 мес.	После 6 мес.	После 12 мес.
V простаты, см³	44,5 (от 35 до 58)	40,54	36,4	33,4	30,4
Vост. мочи, см ³	78 мл (от 50 до 120)	62 мл	48 мл	41 мл	35 мл
IPSS	17,7 (от 9 до 24)	14,4	11,2	10,2	7,2
QOL	4,9 (3 до 5,7)	4,2	2,6	2,3	1,6
Qmax, мл/сек	7,4 мл/сек (от 5,6 до 10)	8,6	10,9	12,9	15,7
Общий ПСА, нг/мл	1,8 нг/мл (от 0,76 до 2,7)	1,65	1,52	1,18	0,99

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

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

Выводы

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

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

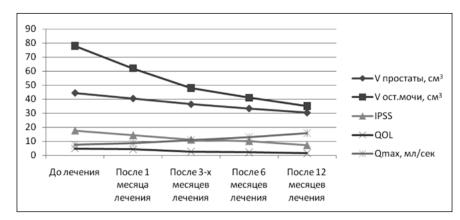


Диаграмма 1 – Динамика критериев оценки эффективности монотерапии дутастеридом (Аводарт)

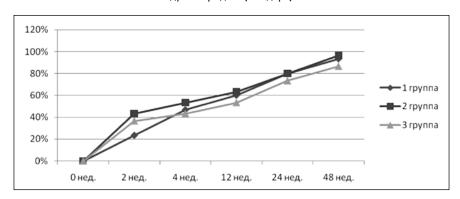


Диаграмма 2 – Сравнительная эффективность моно- и комбинированной терапии

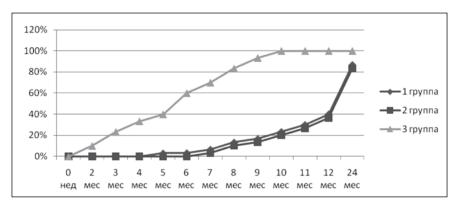


Диаграмма 3 – Динамика рецидивирования СНМП

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

ТҰЖЫРЫМ

Д.А. КИМ

№7 қалалық аурухана, Астана қ.

ДУТАСТЕРИД (АВОДАРТ) ТЕРАПИЯСЫН ҮШ ЖЫЛ БАҚЫЛАУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

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

Негізгі сөздер: ЕБЗГ, ТЗЖС, дутастерид.

МЕДИЦИНА, №9, 2013 47

SUMMARY

D.A. KIM

Municipal polyclinic No.7, Astana c.

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

This article introduces the results of independent study

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

Key words: BPH, LUTS, Dutasteride.

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

ОНКОЛОГИЯ

УДК 618.19-006.6(=512.122)(574.54)

У.К. ТОЛЕУТАЙ, А.П. ПОЗДНЯКОВА

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ КАЗАХСТАНА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Материал и методы

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

- 1. Форма №7 «Отчеты о заболеваниях элокачественными новообразованиями» за 1991- 2011 гг.;
- 2. Форма 090/у «Сведения первичных извещений о больных элокачественными новообразованиями молочной железы», впервые зарегистрированных на территории КЗО в 1991-2011 гг.:
- 3. Данные Агентства РК по статистике и Департамента статистики КЗО о численности населения с 1991 по 2011 гг.

Для изучения структуры онкологической патологии вычислены доли в процентах. Территориальные,

временные и возрастные особенности заболеваемости исследовались с помощью грубых (ГП) и стандартизованных показателей (СП, мировой стандарт ВОЗ) на 100 тыс. женского населения. Также определены среднегодовые коэффициенты со значением средней ошибки. Статистическая значимость различий оценена по значениям вероятности ошибки (р). Особенности устанистическая (р). Особенности останистическая (р).

Таблица 1 — Среднегодовые грубые и стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ в КЗО

	u					
P	<0,001	<0,001	-	<0,001	0,001	-
Славянки	80,3±9,3	82,4±9,4	0,099	48,9±7,2	50,1±7,3	0,099
Казашки	7,5±0,5	19,5±0,8	<0,001	9,6±0,6	26,4±1,0	<0,001
Этносы	ГΠ	ГΠ	Г	СП	СП	Г
Этносы	1991-2000	2001-2011	P	1991-2000	2001-2011	P

ГП – Грубый показатель на 100 000 женщин; СП – Стандартизованный показатель на 100 000 женщин; Р – Значимость

бенности распространения РМЖ по территории КЗО представлены на картограммах. Картограммы выполнены в средствах MapInfo. Для создания картограмм использован слой площадей административных районов области. Эти слои преобразованы в тематические. Передача информации по степени заболеваемости выражена интенсивностью цветовой заливки площадей. Числовая характеристика заболеваемости отражена в диапазонной шкале-легенде.

Для характеристики динамических рядов показателей заболеваемости использован корреляционный анализ. Для проверки значимости коэффициента корреляции использовано t-распределение Стьюдента:

$$t = \frac{r}{\sqrt{(1-r^2)/(n-2)}}$$

Выявленные тренды динамики заболеваемости оценены в соответствии с рекомендациями Шиган Е.Н. Если r = 0-0.29, тенденция динамического ряда неопределенная или отсутствует; при r = 0.3-0.69 – тенденция неустойчивая, при r=0.7-1.0 – тенденция устойчивая, выраженная. Среднегодовой темп прироста заболеваемости вычислен в программе MS Excel. Средний возраст больных рассчитан как средняя арифметическая со значением стандартной ошибки.

Результаты и обсуждение

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

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

По данным таблицы 1, высокий уровень заболеваемости по грубым и стандартизованным показателям наблюдался уженщинславянок, низкий — у женщин-казашек. В период с 1991 по 2000 гг. у славянок РМЖ встречался в 10,7 раза чаще по грубым показателям, и в 5,1 раза чаще по стандартизованным в сравнении с казашками. В период с 2001 по 2011 гг. у славянок РМЖ встречался в 4,2 раза чаще по грубым показателям и в 2 раза чаще по стандартизо-

ванным в сравнении с казашками, т.е. различия между этносами значительно сгладились.

При сопоставлении среднегодовых уровней заболеваемости за два временных периода (1991-2000 и 2001-2011) выявлено, что рост частоты РМЖ у казашек в 2,5 раза статистически значим и по грубым, и по стандартизованным показателям. При сравнении аналогичных показателей заболеваемости у славянок значимые различия не обнаружены (табл. 1).

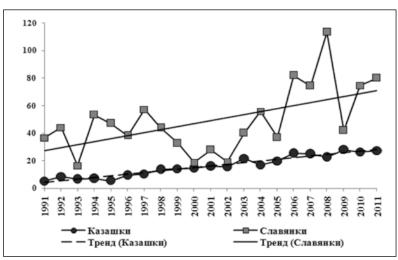


Рисунок 1 — Динамика стандартизованных показателей заболеваемости РМЖ у разных этносов в КЗО

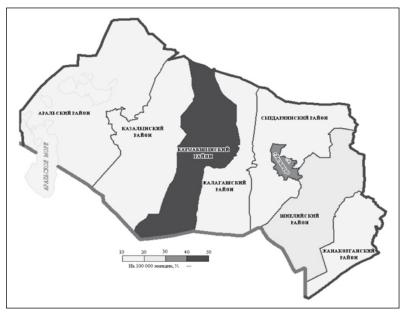


Рисунок 2 — Среднегодовые стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ женского населения по районам K3O за 2001-2010 гг.

Таблица 3 – Средний возраст женщин, больных РМЖ в КЗО, 1991-2011 гг.

Периоды	Все этносы		Каза	шки	Славянки		
	M±m	95% ДИ	M±m	95% ДИ	M±m	95% ДИ	
1991-2000	51,2±0,8	49,6-52,8	48,7±0,9	46,9-50,5	57,6±1,6	54,2-60,9	
2001-2011	52,4±0,5	51,4-53,4	50,8±0,5	49,8-51,8	61,5±1,6	58,3-64,7	
Р	0,250		0,131		0,109		

Таблица 4 — Среднегодовые темпы прироста заболеваемости РМЖ по возрастным группам у казашек и славянок в КЗО за 1991-2011 гг.

Возрастные	Казашки	Славянки
группы	T	T
30-39	+3,1	-0,5
40-49	+9,6	-4,3
50-59	+9,6	+20,4
60-69	+9,3	+0,6
70 и >	+13,5	+25,7

 Т – среднегодовой темп прироста/убыли в процентах

В течение всего периода наблюдения (1991-2011 гг.) стандартизованные показатели заболеваемости казашек были ниже, чем у славянок (рис. 1). Тренд динамического ряда показателей заболеваемости казашек устойчиво выраженный возрастающий ($r_{\text{казашки}} = 0,969$, n=21, p<0,001), тренд динамического ряда показателей заболеваемости славянок неустойчиво восходящий ($r_{\text{русские}} = 0,560$, n=21, p=0,008). Различия в заболеваемости между казашками и славянскими женщинами статистически значимы (P<0,001).

Среднегодовой темп прироста заболеваемости РМЖ в 1991-2011 гг. у казашек составил +8,3%, у славянок – +4%. В 2000 и 2002 годах наблюдалось сближение показателей заболеваемости двух национальностей. Пик заболеваемости у славянок приходился на 2008 год, у казашек – на 2009 год. Это может быть связано с введением маммографического скрининга в КЗО, начиная с 2008 года.

Распределение заболеваемости РМЖ по территории КЗО неравномерно. Наиболее высокая частота для всех этносов приходилась на Кармакшинский (40,8±4,2 на 100000 женщин), а наиболее низкая – Жалагашский район (10,8±2,4 на 100000 женщин), с достоверной разницей (P<0,001) (рис. 2). Размах колебаний между крайними величинами составил 3,8.

Интересно отметить, что в зоне экологической катастрофы – Аральском и Казалинском районах, уровень заболеваемости в 2,1 и 3 раза меньше, чем в Кармакшинском. Среднегодовой стандартизованный показатель заболеваемости (2001-2010 гг.) в Кармакшинском районе (40,8±4,2 на 100000 женщин) в 2 раза превышал соответствующий показатель в целом по области, который составлял 21,5±2,5 на 100000 женщин (P<0,01).

Средний возраст женщин, заболевших РМЖ, за период 1991-2011 гг. составил 52,1±0,4 для всех национальностей. Средний возраст казашек за весь период был достоверно ниже, чем у славянок (47,8±1,0 против 59,4±1,0, P<0,001), т.е. у казашек РМЖ развивался в более молодом возрасте.

При сопоставлении величин среднего возраста по десятилетиям наблюдения значимого изменения не выявлено ни у казашек, ни у славянок (табл. 3).

По данным таблицы 4, рост заболеваемости у казашек происходил по всем возрастным группам, начиная с 30 лет. С 40 до 70 лет показатели заболеваемости увели-

чивались с одинаковой скоростью, а начиная с 70 лет, достигли наиболее высоких темпов у казашек (13,5%). У славянок до 50 лет наблюдалось снижение заболеваемости, быстрее всего увеличивались показатели в возрастных группах 50-59 лет (20,4%) и 70 и > (25,7%). Эти данные свидетельствуют об омоложении рака молочной железы у казашек: отмечается рост показателей в возрастных группах 30-39 лет и 40-49 лет.

Выводы

Этнические различия в уровне заболеваемости свидетельствуют о роли в развитии рака молочной железы комплекса факторов образа жизни, различиях в модели репродуктивного поведения, менталитете. Кроме того, увеличение заболеваемости на определенной территории говорит о роли факторов среды обитания. Хотя исследования о влиянии окружающей среды на развитие рака молочной железы недостаточно изучены, эти факторы в сочетании с другими могут быть причиной высокой заболеваемости. На сегодняшний день необходимы исследования по выявлению факторов риска РМЖ среди женского населения разных этнических групп, проживающих в Казахстане, в том числе в зонах экологического неблагополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 GLOBOCAN 2008 (IARC). Section of Cancer Information. Available from: http://globocan.iarc.fr

2 Hortobagyi GN, de la Garza Salazar J, Pritchard K, Amadori D, Haidinger R, Hudis CA, et al. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival//Clin Breast Cancer. – 2005. – 6, 5. – C. 391-401

3 McCormack VA, Boffetta P. Today's lifestyles, tomorrow's cancers: trends in lifestyle risk factors for cancer in low-and middle-income countries//Ann Oncol. – 2011. – 22, 11. – C. 2349-2357

4 Youlden DR, Cramb SM, Dunn NAM, Muller JM, Pyke CM, Baade PD. The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality//Cancer Epidemiology. – 2012. – 36. – C. 237-248

5 Curado MP. Breast cancer in the world: Incidence and mortality//Salud Publica Mex. – 2011. – 53. – C. 372-384

6 DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast Cancer Statistics//CA Cancer J Clin. – 2011. – V. 61. – C. 409-418

7 Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Ж., Байпеисов Д.М., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е. Показатели онкологической службы РК за 2011 год (статистические материалы). – Алматы: КАЗНИИОиР, 2012. – 108 с.

8 Нугманов С.Н., Есенкулов А.Е. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане // Сборник научных трудов. – Алматы, 1977. – 278 с.

9 Абдрахимов Б.Е. Злокачественные новообразования и медико-социальные аспекты противораковой борьбы в Республике Казахстан. – Алматы: ПЭО Аппарата Правительства РК, 1996. – 225 с.

10 Абдрахманова А.Ж. Клинико-эпидемиологические аспекты рака молочной железы в Казахстане: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.14. – Алматы: Print-S, 2000. – 47 с.

ТҰЖЫРЫМ У.К. ТӨЛЕУТАЙ, А.П. ПОЗДНЯКОВА

ҚР ДМ қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғарғы мектебі

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДА СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ЗИЯНДЫ ІСІГІМЕН АУЫРУДЫҢ ЭТНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Казакстанда, оның ішінде Қызылорда облысында сүт бездерінің қатерлі ісігі әйел адамдардың ішіндегі ісік ауруларының алдыңғы қатардағы түрі болып табылады. Зерттеудің мақсаты – Қызылорда облысы әйелдерінің сүт безінің зиянды ісікпен ауруларының этникалық ерекшеліктерін зерттеу. 1991-2011 жылдардың арасындағы жылдарға шолу жасалынды. Бақыудың барлық кезеңінің орташа жылдық стандартты көрсеткіштеріне назар аударар болсақ, қазақтың әйелдері славян әйелдеріне қарағанда 3 есе аз ауырған (16,3±0,5 51,5±5,5 қарсы 100000 әйелдерге). Қазақтың әйелдері жас кезінде ауырған. Бақылаудың екі кезеңі анықталды: алғашқысы-1991-2000; екіншісі – 2001-2011. Қазақтың әйелдерінде сүтті безінің қатерлі ісігінің жиілігінің үлкеюі екінші кезеңде біріншіге салыстырғанда мәліметтері бойынша айырмашылығы статистикалық маңызға ие болады. Орташа жылдық мәліметтері бойынша (2001-2010) ауырудың жоғарылауы Қармақшы ауданында байқалған. 50-59 жас, 70 пен одан жоғары жас ерекшелігіне сай топтарда көрсеткіштер тез көбейді. Қазақ және славян әйелдерінің ауыруындағы айырмашылықтар өмір салтының факторларының рөлі, өсімпаздық қылықтың ерекшеліктері туралы айтады. Нақты аумақтағы ауырудың жоғарғы жиілігі қоршаған ортаның жағымсыз факторларына байланысты болуы мүмкін және одан әрі зерттеуді қажет етеді.

Негізгі сөздер: сүт безінің зиянды ісігі, ауыру, этникалық ерекшеліктері, Қазақстан.

S U M M A R Y U.K. TOLEUTAY, A.P. POZDNYAKOVOVA

Graduate School of Public Health, the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan

THE ETHNIC FEATURES IN THE INCIDENCE OF BREAST CANCER IN THE KYZYL-ORDA REGION OF KAZAKHSTAN

In Kazakhstan, including in the Kyzyl-Orda region, breast cancer is the leading form of oncologic diseases among the female population. The aim of the study was to investigate the ethnic features in the incidence of breast cancer of women in the Kyzylorda region.

A retrospective study for 1991-2011 was conducted. During the monitoring period, the average annual standardized incidence in Kazakh women was 3 times lower than that of Slavic women (16,3±0,5 vs. 51,5±5,5 for 100,000 women). The Kazakh women fell ill at a younger age. Two periods of monitoring were assigned: the first one - 1991-2000; the second one - 2001-2011. The increase in the incidence of breast cancer in the Kazakh women in the second period compared to the first one reached a statistically significant difference, according to the both crude and standardized data. The high incidence, according to the annual average data (2001-2010), was observed in the Karmakshynsk district. The incidence rates were increasing more rapidly in the age groups of 50-59, 70 and older. The differences in the incidence of the disease in the Kazakh women and Slavic women are the evidence of the role of lifestyle factors and the features of their reproductive behavior. The high incidence in the particular area can be caused by the unfavorable environmental factors and requires further investigations.

Key words: breast cancer, incidence, ethnic differences, Kazakhstan.

Рецензент зав. кафедрой гигиены, эпидемиологии и медицины труда, к.м.н. Нурбакыт А.Н.

УДК 616.16-006.6-036.22(574.2+/.3)

Р.Ш. ШАЛБАЕВА

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы

ДЕСКРИПТИВНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ВУЛЬВЫ В СЕВЕРО-ЦЕНТРАЛЬНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В статье описана распространенность рака вульвы в Северо-Центральном регионе РК за период 10 лет (с 2003 по 2012 годы). Всего в этот период зарегистрировано 309 больных раком вульвы.

При изучении дескриптивной эпидемиологии рака вульвы была выявлена значительная повозрастная вариабельность в распространении данного заболевания. Наиболее высокий уровень заболеваемости раком вульвы отмечен в группе пациенток старше 70 лет. В регионе наблюдается тенденция к повышению показателей заболеваемости данной локализацией.

Ключевые слова: рак вульвы, эпидемиология.

ак вульвы является относительно редкой злокачественной опухолью. По разным данным частота встречаемости рака вульвы колеблется от 4 до 7% [1, 5]. В этиологии рака вульвы большая роль отводится папилломавирусной инфекции [4]. Несмотря на редкость заболевания, рак вульвы сопровождается тяжелыми последствиями для женщин, которые проявляются в неудовлетворительных результатах лечения и выраженными психоэмоциональными расстройствами [2]. До сих пор в большинстве стран мира результаты пятилетней выживаемости остаются не вполне удовлетворительными. Не более половины пациенток раком вульвы рассчитывают на полное выздоровление [3]. Усугубляет это обстоятельство и то, что большинство женщин заболевают раком вульвы

в пожилом возрасте – от 65 лет и выше страдают около 70-80% пациенток. В мире отмечены некоторые географические и этнические различия в распространенности рака вульвы. Существуют страны с относительно низкими (Япония, Китай, Южная Корея), средними (США, Канада, Австралия, Западная Европа) и высокими (Южная Америка, Юго-Восточная Азия) уровнями заболеваемости раком вульвы [1, 6, 7].

Цель исследования – изучить распространенность рака вульвы в Северо-Центральном регионе Республики Казахстан.

Материал и методы

Исследование охватывает период с 2003 по 2012 гг. Материалом исследования служили данные о 309

МЕДИЦИНА, №9, 2013 51

Таблица 1 — Абсолютное число и удельных	вес больных раком	и вульвы в Северо-Центральном рег	гионе
Республики Казахстан (2003-2012 гг.)			

Возрастная		Годы исследования										
группа	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2003-2012	%
00-29	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3	1,0
30-39	0	2	1	0	1	0	1	0	1	1	7	2,3
40-49	0	0	1	1	4	3	2	1	6	2	20	6,5
50-59	0	7	4	4	1	4	3	4	5	5	37	12,0
60-69	0	7	8	7	12	14	8	11	5	9	81	26,2
70+	1	19	23	11	18	22	15	16	20	16	161	52,1
Всего	1	35	37	23	36	44	29	34	37	33	309	100,0

Таблица 2 — Средний возраст пациенток с раком вульвы в Северо-Центральном регионе Республики Казахстан (2003-2012 гг.)

	Средний возраст больных											
Годы	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	01-10	m
СрВз	85,0	72,1	75,0	72,0	71,7	71,6	71,9	69,7	70,4	71,1	73,0	1,5
m	0,0	2,6	2,3	2,8	2,5	2,4	2,8	3,1	2,8	2,6	a ₁	%
ВСрВз	77,5	76,5	75,5	74,5	73,5	72,5	71,5	70,6	69,6	68,6	-0,50	-11,6

случаях злокачественных опухолей вульвы по информации, предоставляемой специализированными и неспециализированными лечебными учреждениями Северно-Центрального региона (г. Астана, Акмолинская,

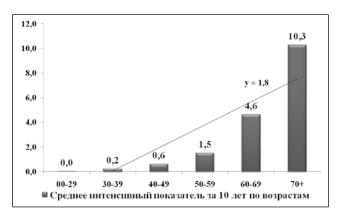


Рисунок 1 — Грубый или интенсивный показатель заболеваемости раком вульвы в Северо-Центральном регионе Республики Казахстан (2003-2012 гг.)

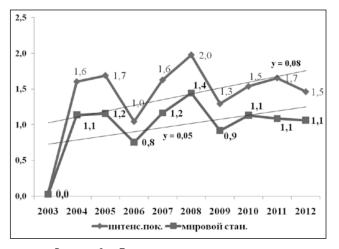


Рисунок 2 — Динамика и тренды интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости

Карагандинская области, СКО, Кустанайская область) Республики Казахстан. Для подсчета показателей заболеваемости опухолями вульвы были использованы данные погодовой численности всего населения по возрасту и полу. Рассчитаны грубые, повозрастные и стандартизованные по мировому стандартному населению показатели заболеваемости на 100 000 населения.

Результаты исследования

Из 309 пациенток, зарегистрированных по поводу рака вульвы, 161 (52,1%) больная была в возрасте 70 лет и старше (табл. 1). На втором месте по удельному весу находилась возрастная группа 60-69 лет — 81 (26,2%). На третьем месте были пациенты также относительно старшего возраста — 50-59 лет, где было зарегистрировано 37 больных (12,0%). По мере снижения возраста показатели абсолютного числа больных и удельного веса снижались. Тем не менее, в группе до 30 лет были выявлены 3 пациентки раком вульвы, что составило 1,0% от всех зарегистрированных случаев.

Нами были подсчитаны показатели среднего возраста пациенток с раком вульвы по годам исследования, т.е. в динамике. В таблице 2 представлены средние значения и выравненные показатели среднего возраста пациенток с раком вульвы в Северо-Центральном регионе РК.

Из представленных данных видно, что средние значения среднего возраста медленно, но заметно снижаются по годам исследования. Если в начале исследования средний возраст пациенток составил 77,5 года, то к 2012 году он был равен 68,6 года. Среднегодовой средний возраст пациенток был зарегистрирован на уровне 70,2±1,5 года с 95% доверительным интервалом (ДИ) или М±1,96*m =70,2 – 75,9. Темп убыли составил 2,0%.

При подсчете грубых или интенсивных показателей заболеваемости пациенток раком вульвы по Северо-Центральному региону РК были выявлены следующие особенности.

Из рисунка 1 видно, что повозрастные интенсивные показатели заболеваемости раком вульвы по мере увеличения возраста повышаются. В возрастной группе 30-39 лет заболеваемость была зарегистрирована на уровне 2,0 на 100 тысяч соответствующей популяции. В группе 40-49 лет отмечено трехкратное повышение показателя – до 0,6, а в группе 50-59 лет – 7-кратное

увеличение значений (1,5 на 100 000). Высокие и очень высокие уровни заболеваемости женщин раком вульвы отмечены в двух старших возрастных группах — 60-69 лет (4,6) и 70 лет и старше (10,3). В целом интенсивный показатель заболеваемости раком вульвы был равен 1,4±0,2 с 95% ДИ 1,0, 1,7.

При подсчете стандартизованных показателей заболеваемости раком вульвы был выявлен данный показатель, рассчитанный по мировому стандартному населению, он несколько ниже и равен 1,1±0,1 с 95% ДИ 0,7, 1,2. Это свидетельствовало о несовпадении республиканского и мирового стандарта изучаемых популяций.

Динамика и тренды интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости практически совпадали (рис. 2). Из представленной диаграммы видно, что тренды заболеваемости и интенсивных, и стандартизованных показателей заболеваемости раком вульвы имеют тенденцию к стойкому и плавному повышению.

Выводы

Таким образом, в Северо-Центральном регионе Республики Казахстан при изучении дескриптивной эпидемиологии рака вульвы были выявлены следующие особенности. Имеется значительная повозрастная вариабельность в распространении рака вульвы — наиболее высокий уровень заболеваемости раком вульвы отмечен в возрастной группе 70 лет и старше. Грубый или интенсивный показатель заболеваемости раком вульвы составил 1,4, а стандартизованный — 1,1 на 100 тысяч. В прогностическом плане в регионе наблюдается тенденция к повышению показателей заболеваемости раком вульвы. Средний возраст пациенток имеет тенденцию к омоложению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. et al. (eds). Cancer Incidence in Five Continents. Vol. VIII, IARC Scientific Publications No. 155. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2002

2 Surgery for cancer of the vulva (vulvectomy). American Cancer Society. http://www.cancer.org/Treatment/TreatmentsandSideEffects/PhysicalSideEffects/Sexual-SideEffectsinWomen/SexualityfortheWoman/sexualityfor-women-with-cancer-vulvectomy. Accessed Aug. 1, 2012

3 Timothy P. Canavan, Donna Cohen. Vulvar Cancer. //Am Fam Physician. 2002 Oct 1;66 №7. – C. 1269-1275

4 Александрова Ю.Н., Лыщев А.А., Сафронникова Н.Р. и др. Папилломавирусная инфекция у здоровых женщин Санкт-Петербурга //Вопр. онкол. – 2000. – Т. 46, №2. – С. 175-179

5 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика элокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20. – Прилож. №1. – 150 с.

6 Макимбетов Э.К., Василевский М.Г., Сатылганов И.Ж., Бебезов Б.Х. Статистика и методология рака. – Бишкек, «Турар», 2003. – 245 с.

7 Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге, 2007. – С. 9-10

ТҰЖЫРЫМ

Р.Ш. ШАЛБАЕВА

Қазақ ғылыми-зерттеу онкология және радиология институты, Алматы қ.

КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ БАТЫС-ОРТА-ЛЫҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ СЫРТҚЫ ЖЫНЫС МҮШЕСІ ҚА-ТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ДЕСКРИПТИВТІ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ Бұл мақалада Казақстан Республикасының Батысорталық аймағында сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің 10 жыл ішінде (2003 жылдан бастап 2012 жылға дейін) таралуы сипатталған.

Сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің дескриптивті эпидемиологиясың зертеу кезінде жас айырмашылық өзгеруі осы сырқаттың таралуында аңықталды.

Зерттеудің мақсаты: Казақстан Республикасының Батыс-орталық аймағында сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің таралуың аңықтау.

Материалдар мен әдістер: Казақстан Республикасының Батыс-орталық аймағындағы мамандандырылған және мамандандырылмаған емдік мекемелерінің берген мәліметтері сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің 309 жағдайы зерттеу материалы реттінде қолданылды.

Сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің ауру көрсеткішін есептеу үшін жасы және жынысы бойынша барлық халықтың жылдық санының деректері қолданылды.

Нәтижелер мен талқылау: Сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігімен тіркелген 309 науқастын 161–і (52,1 %) 70 жас шамасында және одан үлкен (1 кесте) болды. Екінші орында меншікті салмақтағы 60-69 жас тобында 81(26,2%) науқас болды. Үші орында – біршама үлкен 50-59 жастағы науқастар болды, ол жерде 37 (12,0%) науқас тіркелген. Жастың төмендеуіне қарай науқастардың абсолюттік сан көрсеткіштері мен меншікті салмағы төмендеді.

Қортынды: Осыған орай, Казақстан Республикасының Батыс-орталық аймағында сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің дескриптивті эпидемиологиясының зертеу кезінде келесі ерекшеліктер анықталды.

Сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігінің таралуында анағұрлым жас айырмашылық өзгеруі болады — осы сырқаттың ең жоғарғы ауру деңгейі 70 жас және жасы үлкен науқастар тобында байқалды.

Негізгі сөздер: сыртқы жыныс мүшесі қатерлі ісігі, эпидемиология.

SUMMARY

R.Sh. SHALBAYEVA

Kazakh Scientific Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty c.

DESCRIPTIVE EPIDÉMIOLOGY OF VULVAR CANCER IN THE NORTH AND CENTRAL KAZAKHSTAN REGIONS

In the article prevalence of vulvar cancer described in the North and Central Kazakhstan Regions for the period of last 10 years (from 2003 to 2012). In this descriptive epidemiology study of vulvar cancer we found considerable age distribution of the disease.

The aim of study: to study prevalence of vulvar cancer in the North and Central regions of the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods: Study based on information about 309 cases of vulvar cancer, who were diagnosed in the North and Central regions of the Republic of Kazakhstan. To estimate the morbidity indexes of vulvar cancer we have used annual number of new cases and quantity of all population with standardization by age.

Results and discussion: From 309 registered patients, 161 (52,1 %) patients were 70 years and older (table 1). Patients at the age 60-69 years were the second common group – 81 (26,2%). Only 37 cases were 50-59 years of old at the time of diagnosis (12,0%). With the decline of age the indexes of absolute number of patients tend to decrease.

Conclusion: As the result of our study of vulvar cancer epidemiology in the North and Central regions of the Republic of Kazakhstan we found that there was considerable age difference in distribution of the disease – the highest level of morbidity noted in women over 70 years.

Key words: vulvar cancer, epidemiology.

УДК 616.22-006.6 (574.25)

Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2}, В.В. ЗАТОНСКИХ^{1,3}, С.И. ИГИСИНОВ^{1,4}, З.А. БИЛЯЛОВА¹, А.А. ВЕНГЛОВСКИЙ², С.В. САРСЕНОВА³

¹OO «Central Asian Cancer Institute», г. Астана, Казахстан

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

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГОРТАНИ В КАЗАХСТАНЕ

В работе дана эпидемиологическая оценка заболеваемости злокачественными опухолями гортани в Казахстане и его регионах. Исследование за 1999-2009 гг. Применялись дескриптивные и аналитические методы онкоэпидемиологии. В статье использованы стандартизованные показатели (мировой стандарт) заболеваемости, которые вычислены с учетом административно-территориального деления республики (14 областей и 2 города: Алматы и Астана).

Ключевые слова: рак гортани, заболеваемость, мировой стандарт, тренды, регионы, Казахстан.

реди злокачественных опухолей ЛОР-органов высока заболеваемость раком гортани. Рак гортани в последние годы в ряде развитых стран выходит на первые места среди злокачественных опухолей у населения. Так по данным Международного агентства по изучению рака в 2008 году было зарегистрировано 150 677 случаев рака гортани, из них 129 651 (86,0%) случай у мужчин и 21 026 (14,0%) – у женщин. При этом стандартизованный (мировой стандарт) показатель заболеваемости раком гортани составил у всего населения — $2,2^0/_{0000}$, у мужчин — $4,1^0/_{0000}$ и у женщин $0,6^0/_{0000}$ [1, 2]. Наиболее высокие показатели заболеваемости (грубый показатель) были установлены в более развитых странах мира (мужчины — $8,5^0/_{0000}$ и женщины — $1,1^0/_{0000}$) и низкие в развивающихся странах (мужчины — $2,8^0/_{0000}$ и женщины — $0,5^0/_{0000}$).

В этиологии и патогенезе рака гортани преобладают курение и употребление алкоголя, а также другие экзогенные факторы, в частности уровень загрязнения окружающей среды [2, 3, 4], особенно с учетом географических особенностей места проживания [5]. Изучение эпидемиологических особенностей заболеваемости раком гортани с учетом региональных особенностей имеет научно-практический интерес, поскольку позволяет провести мониторинг проводимых профилактических мероприятий и оценить влияние возможных причинных факторов риска.

Цель исследования – изучение региональных особенностей заболеваемости раком гортани в Казахстане.

Материал и методы

Изучаемый период составил 11 лет (1999-2009 гг.). Источниками исследования послужили данные онкологических учреждений республики о больных, у которых впервые в жизни установлен диагноз рака гортани. Использованы данные о численности населения Агентства РК по статистике [6]. Определены среднегодовые значения (Р), средняя ошибка (m), 95% доверительный интервал (95% ДИ), кумулятивный риск. Стандартизованный показатель вычислен прямым методом, при этом использовано мировое стандартное население. Тренды заболеваемости определены методом наименьших квадратов, а для вычисления среднегодовых темпов прироста/убыли (Т_{пруб}, %) динамического ряда применялась средняя геометрическая [7, 8]

Результаты и обсуждение

Стандартизованный показатель заболеваемости раком гортани всего населения был самым низким в Южно-Казахстанской области – $2,1\pm0,4^{0}/_{0000}$, а высокая заболеваемость была установлена в Павлодарской области – $8,0\pm2,0^{0}/_{0000}$ (табл. 1).

Тренды стандартизованных показателей заболеваемости раком гортани повышались в областях:

Таблица 1 – Стандартизованные показатели (мировой стандарт) заболеваемости раком гортани у всего населения в Казахстане за 1999-2009 гг.

	i		
Область / Город	Мировой ста	андарт, ⁰ / ₀₀₀₀	T _{пр/уб} ,
Область / Тород	M±m	95% ДИ	%
Южно- Казахстанская	2,1±0,4	1,4-2,8	-1,8
Алматинская	2,4±0,1	2,2-2,6	-0,1
Кызылординская	2,5±0,2	2,1-2,9	+1,7
Жамбылская	2,5±0,1	2,3-2,8	+2,5
г. Астана	2,5±0,3	1,9-3,1	+0,1
г. Алматы	2,6±0,3	2,1-3,1	-5,0
Актюбинская	2,8±0,2	2,3-3,2	-0,2
Мангистауская	2,9±0,5	1,8-3,9	-3,2
Акмолинская	2,9±0,3	2,4-3,4	-3,9
Карагандинская	2,9±0,2	2,5-3,3	+2,6
Костанайская	3,1±0,3	2,6-3,6	-2,3
Республика	3,1±0,2	2,7-3,5	-3,6
Восточно- Казахстанская	3,2±0,2	2,9-3,5	-1,1
Западно- Казахстанская	3,4±0,3	2,7-4,0	+2,0
Атырауская	3,7±0,4	3,0-4,5	-4,7
Северо- Казахстанская	5,1±1,0	3,1-7,1	-2,4
Павлодарская	8,0±2,0	4,0-112,0	-16,1

Кызылординской (T_{np} =+1,7%), Западно-Казахстанской (T_{np} =+2,0%), Жамбылской (T_{np} =+2,5%) и Карагандинской (T_{np} =+2,6%), незначительный темп прироста отмечен в г. Астане (T_{np} =+0,1%). В остальных регионах показатели имели тенденцию к снижению, при этом среднегодовые темпы убыли варьировали от T_{y6} =-0,1% (Алматинская область) и до T_{y6} =-16,1% (Павлодарская область) (табл. 1).

Анализ 95% ДИ показателей заболеваемости в областях республики выявил, что заболеваемость имела статистически значимую разницу (p<0,05) там, где 95% ДИ не накладывались друг на друга.

Среди мужского населения стандартизованный показатель заболеваемости раком гортани за изучаемый период был самым высоким в Павлодарской области ($16,96\pm4,54^{\circ}/_{_{0000}}$), низким в Южно-Казахстанской области – $3,70\pm0,36^{\circ}/_{_{0000}}$ (табл. 2).

Тренды стандартизованных показателей повышались в областях: Жамбылской (T_{пр}=+1,4%), Кызылординской

54

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

⁴РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

Таблица 2 — **Стандартизованные показатели (мировой** стандарт) заболеваемости раком гортани у мужчин в Казахстане за 1999-2009 гг.

	Мировой ста	андарт, ⁰ / ₀₀₀₀	T _{пр/уб} ,
Область / Город	M±m	95% ДИ	пр/уб і %
Южно- Казахстанская	3,7±0,4	3,0-4,4	-1,7
Кызылординская	4,7±0,4	3,9-5,6	+1,9
Алматинская	5,1±0,2	4,7-5,6	-0,3
Жамбылская	5,4±0,3	4,7-6,0	+1,4
г. Астана	5,8±0,7	4,5-7,2	-0,5
Мангистауская	5,9±1,0	4,1-7,8	-3,5
Актюбинская	6,3±0,5	5,4-7,3	+0,1
г. Алматы	6,5±0,6	5,3-7,8	-4,8
Акмолинская	6,5±0,6	5,4-7,7	-3,4
Карагандинская	7,0±0,5	5,9-8,0	+3,0
Республика	7,0±0,4	6,2-7,8	-3,3
Костанайская	7,1±0,6	5,9-8,4	-1,7
Восточно- Казахстанская	7,2±0,3	6,6-7,9	-0,8
Западно- Казахстанская	7,8±0,7	6,4-9,3	+2,7
Атырауская	8,3±0,8	6,7-9,9	-5,4
Северо- Казахстанская	10,4±1,6	7,3-13,4	-3,5
Павлодарская	17,0±4,5	8,1-25,9	-18,1

 $(T_{np}$ =+1,9%), Западно-Казахстанской $(T_{np}$ =+2,7%) и Карагандинской (Тпр=+3,0%) областях, а также незначительный прирост был в Актюбинской области (Тпр=+0,1%). В остальных регионах показатели снижались, при этом наибольшее значение темпа убыли был в Павлодарской области $(T_{y6}=-18,1\%)$, а наименьшие – в Алматинской $(T_{y6}=-0,3\%)$ и Восточно-Казахстанской областях (Т_{иб}=-0,8%), также незначительные тенденции в г. Астане (T_{y6} =-0,5%) (табл. 2).

У женшин стандартизованный показатель (мировой стандарт) заболеваемости раком гортани за изучаемый период был самым высоким, как и в предыдущих случаях, в Павлодарской области $(1,5\pm0,51^{\circ}/_{0000})$, а низким в Астане $(0,2\pm0,11^{\circ})/_{0000}$) и Алматы $(0,2\pm0,05^{\circ})/_{0000}$) (табл. 3).

Тренды стандартизованных показателей заболеваемости раком гортани у женщин повышались в регионах: Кызылординской (T_{np} =+0,8%), Алматинской (T_{np} =+1,3%), Атырауской (T_{np} =+1,5%) и Жамбылской (T_{np} =+14,7%) областях, а также в г. Астана (T_{пр}=3,0%).

Тенденция к снижению показателей установлена в оставшихся регионах, при этом наибольшие темпы убыли были в г. Алматы (T_{v6} =-9,9%), Костанайской (T_{v6} =-9,7%), Акмолинской (Туб=-9,2%) и особенно в Павлодарской области (Т_{v6}=-31,8%), а наименьшие в Мангистауской (Т=-1,6%) (табл. 3).

Таким образом, заболеваемость раком гортани имела региональные особенности, при этом это было характерно как для всего населения, так и для мужского и женского. При этом заболеваемость мужчин во всех изучаемых регионах была статистически значимо выше, чем у женского населения. Тренды заболеваемости имели различную тенденцию, но в большинстве изучаемых областей она снижалась. Высокие темпы убыли были установлены в Павлодарской области, особенно у женщин, где они были выше в 1,6 раза. Полученные результаты требуют дальнейшего углубленного эпидемиологического изучения и рекомендуются использовать при разработке противораковых мероприятий при данной патологии.

Таблица 3 - Стандартизованные показатели заболеваемости раком гортани у женщин в Казахстане за 1999-2009 гг.

	Мировой ста	T _{пр/уб} ,	
Область / Город	M±m	95% ДИ	¹ пр/уб 1
г. Астана	0,2±0,05	0,0-0,42	+3,0
г. Алматы	0,2±0,05	0,13-0,34	-9,9
Костанайская	0.3 ± 0.04	0,19-0,34	-9,7
Карагандинская	$0,3\pm0,07$	0,16-0,44	-1,9
Актюбинская	$0,3\pm0,1$	0,07-0,56	-4,0
Западно- Казахстанская	0,3±0,07	0,19-0,47	-7,9
Акмолинская	0.3 ± 0.08	0,18-0,50	-9,2
Алматинская	$0,4\pm0,08$	0,20-0,52	+1,3
Северо- Казахстанская	0,4±0,12	0,16-0,64	-6,3
Южно- Казахстанская	0,4±0,06	0,30-0,56	-3,5
Республика	0,4±0,05	0,35-0,54	-6,7
Восточно- Казахстанская	0,5±0,09	0,32-0,66	-3,0
Жамбылская	0,5±0,11	0,27-0,71	+14,7
Мангистауская	0,7±0,30	0,08-1,24	-1,6
Атырауская	$0,7\pm0,20$	0,30-1,10	+1,5
Кызылординская	0,7±0,19	0,34-1,10	+0,8
Павлодарская	1,5±0,51	0,50-2,49	-31,8

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ferlay J., Shin H.R., Bray F., et al (2010). GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010

2 Enomoto M., Tierney W.J., Nozaki K. Risk of human health by particulate matter as a source of air pollution comparison with tobacco smoking // J Toxicol Sci. - 2008. 33 (3). - P. 251-267

3 Vassileiou A., Vlastarakos P.V., Kandiloros D., et al. Laryngeal cancer: smoking is not the only risk factor // B-ENT. 2012. - 8 (4). - P. 273-278

4 Wünsch Filho V. The epidemiology of laryngeal cancer in

Brazil // Sao Paulo Med J. – 2004. – 122 (5). – P. 188-194 5 Saurina C., Saez M., Marcos-Gragera R., et al. Effects of deprivation on the geographical variability of larynx cancer incidence in men, Girona (Spain) 1994-2004 // Cancer Epidemiol. - 2010. - 34 (2). - P. 109-115

6 www.stat.kz - официальный сайт Агентства Республики Казахстан по статистике

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

8 Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. - M.; 1999. - 460 c.

ТҰЖЫРЫМ Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2}, В.В. ЗАТОНСКИХ^{1,3}, С.И. ИГІСІНОВ1,4, З.А. БІЛӘЛОВА1 А.А. ВЕНГЛОВСКИЙ², С.В. СӘРСЕНОВА³

¹«Central Asian Cancer Institute» БҚ,

Астана қ., Қазақстан

²«Жарақаттану және ортопедия ҒЗИ» ШЖҚ РМК, Астана қ., Қазақстан

³«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ., Қазақстан

⁴«Қазақтың С.Д. Асфендияров атындағы ұлттық медициналық университеті» ШЖҚ РМК, Алматы қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ КӨМЕЙ ІСІГІ АУРУЫНЫҢ ӨҢІРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Қатерлі ісіктердің, оның ішінде көмей ісігінің, медициналық географиясын зерттеу өз өзектілігін жоғалтпайды, себебі, ісік ауруларымен ауырудың өзіндік өңірлік ерекшеліктері бар. Мұндай дескриптивтік эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері келешекті ғылыми бағыттарды құруға мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты: республика өңірлерінің кесігіндегі көмей ісігі ауруларын зерттеу.

Материал және әдістер: 11 жылдық (1999-2009 жылдар) зерттеу. Көмей ісігінің жаңа жағдайлары туралы деректер қайнар көзі болды. Көмей ісігі ауруының негізгі көрсеткіштері табылды, атап айтқанда – стандартталған көрсеткіш тікелей әдіспен табылды және стандарттық әлемдік халық пайдаланылды, ауру динамика бойынша зерттелінді.

Нәтижелері: Барша халықтың көмей ісігі ауруының стандартталған көрсеткіші Оңтүстік Қазақстан облысында ең төмен – 2,1±0,40/0000 болды, ал ең жоғарғы ауру көрсеткіші – 8,0±2,00/0000. Павлодар облысында белгілінеді. Ауру трендінің әр түрлі тенденциясы болды, бірақ көптеген облыстарда олар төмендеді. Зиянның жоғарғы қарқындары Павлодар облысында, әсіресе әйелдерде 1,6 есе жоғары қарқындар белгіленді. Алынған нәтижелерді осы патология кезіндегі ісікке қарсы шараларды әзірлеу кезінде пайдалануға кепілдеме беріледі.

Негізгі сөздер: көмей ісігі, ауру, әлемдік стандарт, трендтер, өңірлер, Қазақстан.

S U M M A R Y N.S. IGISINOV^{1,2}, V.V. ZATONSKIKH^{1,3}, S.I. IGISINOV^{1,4}, Z.A. BILYALOVA¹, A.A. VENGLOVSKYI2, S.V. SARSENOVA³

¹«Central Asian Cancer Institute» NGO, Astana c., Kazakhstan ²RSE on REJ «Scientific Research Institute of traumatology and orthopedics», Astana c., Kazakhstan

³«Medical university Astana» JSC, Astana c., Kazakhstan ⁴RSE on REJ «Kazakh national medical university after S.D. Asfendiyarov», Almaty c., Kazakhstan

REGIONAL PECULIARITIES OF LARYNGEAL CANCER INCIDENCE IN KAZAKHSTAN

Medical geography researches of malignant diseases, in particular laryngeal cancer, do not lose their applicability, as tumors incidence has its regional peculiarities. Results of such descriptive epidemiological surveys allow to establish promising scientific fields.

Objectives: to study laryngeal cancer incidence in view of republic regions.

Material and methods: Research for 11 years (1999-2009). Data on new cases of laryngeal cancer were the source. Main indexes of laryngeal cancer incidence were determined, in particular, standardized index was determined by direct method, and standard world population was used, incidence over time was studied.

Results: Standardized index of laryngeal cancer incidence of all population was the lowest in South Kazakhstan region $-2.1\pm0.40/0000$, and the highest incidence was established in Pavlodar region— $8.0\pm2.00/0000$. Trends of incidence had different tendency, but in the majority of studied regions it was decreased. High rates of decrease were established in Pavlodar region, especially in women, where they were 1.6 times higher. Obtained results are recommended to be used at the development of cancer activities at this pathology.

Key words: laryngeal cancer, incidence, world standard, trends, regions, Kazakhstan.

Рецензент: ведущий научный сотрудник AO «Central Asian Cancer Istitute» к.м.н. С.К. Кожахметов.

урология и нефрология

УДК 616.617-003,7-089

Ю.А. КИМ, Н.Н. КАЙШЕНОВ, Л.В. СЕВАСТЬЯНОВ

Медицинский центр ТОО «Корпорация Казахмыс», г. Жезказган

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКОВ

В статье представлены результаты собственного опыта применения контактной лазерной литотрипсии. Освещены вопросы, возникающие при использовании контактной литотрипсии в лечении пациентов с камнями мочеточников, в том числе и в ургентном режиме; дана комплексная оценка эффективности методики.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, камни мочеточников, контактная гольмиевая литотрипсия.

очекаменная болезнь (МКБ) – одно из распространенных урологических заболеваний, встречается не менее чем у 3% населения. В развитых странах мира из 10 млн. человек 400 тыс. страдают мочекаменной болезнью, при этом больные уролитиазом составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров [1, 5]. Анализ литературы показывает, что заболеваемость МКБ продолжает неуклонно расти, поражая в основном взрослое население трудоспособного возраста (20-55 лет), что становится актуальной проблемой для государства [5, 8].

При МКБ камни могут локализоваться в любом отделе мочеполового тракта, однако наиболее часто наблюдаются камни мочеточников – 40-50% случаев [3, 4].

Десятилетия эволюции различных методов лечения мочекаменной болезни посредством открытых хирургических операций не избавили их от травматичности и недостаточной эффективности, что обусловило появление принципиально новых методов лечения [5].

С появлением литотрипторов стала меняться идеология в подходе лечения мочекаменной болезни [7, 6, 5]. Появившаяся возможность без открытой операции избавить больного от камней мочевыводящих путей, распространившаяся информация об этом среди населения явились факторами, предопределяющими бурное развитие литотрипсии, литотрипторы стали появляться в разных городах, клиниках. Одним из видов литотрипсии является лазерная контактная литотрипсия.

Цель исследования – изучение эффективности лазерной контактной литотрипсии при камнях мочеточников на собственном опыте.

Материал и методы

В урологическом отделении Медицинского центра ТОО «Корпорация «Казахмыс» лазерная контактная литотрипсия применяется для дробления камней мочеточников с 2011 г. Имея в арсенале ригидный уретерореноскоп, гольмиевую лазерную систему Calculase фирмы Karl Storz и атравматичные литоэкстракторы, за период с августа 2011 по июнь 2013 гг. было предпринято 126 попыток проведения контактной уретеролитотрипсии.

Комплекс предоперационного обследования пациентов с мочекаменной болезнью включал: сбор жалоб и выяснение анамнеза, физикальное обследование, получение лабораторных данных, ультразвуковое исследование, комплексное рентгенологическое обследование, включающее выполнение обзорной и экскреторной урографии; компьютерную томографию (по показаниям).

Возраст пациентов варьировал от 21 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил 44,2 года. Преимущество составили пациенты мужского пола 97 (77,1%) против женского 29 (22,9%). Правосторонняя патология зарегистрирована в 72 случаях, левосторонняя – в 52, двусторонняя в 2 случаях, из них у обоих больных имелась постренальная анурия, при этом у 1 из больных вмешательство производилось на мочеточнике единственной почки.

Сопутствующая патология выявлена в 44,3% случаев. Наиболее распространенным сопутствующими заболеваниями были ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, варикозное расширение вен нижних конечностей, 2 пациента ранее перенесли острое нарушение мозгового кровообращения.

Факторами для определения тактики ведения пациента являлись локализация и размеры камня, а также состояние почки и верхних мочевых путей. Размеры конкрементов мочеточников колебались в пределах от 0,6 см до 1,5 см. Распределение больных в зависимости от локализации камней представлено в таблице 1.

Таблица 1 — **Распределение больных в зависимости** от локализации камней

Локализация конкремента	Частота, абс. (%)
Камни устья мочеточника	12 (9,6%)
Камни нижней трети мочеточника	70 (55,5%)
Камни средней трети мочеточника	28 (22,3%)
Камни верхней трети мочеточника	16 (12,6%)

В 68 (54,2%) случаях вмешательство производилось по ургентным показаниям. Решение о способе удаления камня (литоэкстракция, литотрипсия) принималось лишь после предварительной визуализации его уретероскопом; также учитывалось состояние окружающих и нижележащих мочевых путей и размеры конкремента.

Для выполнения уретероскопии применяли ригидный уретеропиелоскоп фирмы Karl Storz размером 10Шр., с рабочим каналом 5,0Шр длиной 43 см. Во всех случаях литотрипсии использовались лазерные волноводы размером 365 µм. Прежде всего, проводили фиксацию конкрементов корзинкой с последующей его литотрипсией и литоэкстракцией. Дренирование почки внутренним стент-катетером проводилось по показаниям.

Результаты и обсуждение

Вмешательство производилось под спинномозговой анестезией в условиях эндовидеохирургической операционной. Из 126 предпринятых попыток уретероскопия с контактной литотрипсией выполнена в 75 (60%) случаях, при этом добиться полной дезинтеграции конкрементов удалось в 65 (85,7%) случаях, что подтверждает эффективность методики. В 4,7% случаев наблюдались осложнения: в 1 случае произошла миграция конкремента в лоханку, в 3 случаях произведена конверсия в связи с непреодолимым перегибом мочеточника, в 1 случае – со стриктурой мочеточника, и в 1 случае – с перфорацией стенки мочеточника. В 45 (35,3%) случаях вмешательство ограничилось уретеролитоэкстракцией.

Длительность вмешательства в случаях с применением литотрипсии варьировала от 10 до 170 минут. Такой диапазон колебания можно объяснить постепенным повышением квалификации оперирующего уролога. В среднем длительность вмешательства составила 59,7 минуты. Осложнений после лазерной контактной литотрипсии в раннем послеоперационном периоде не наблюдали. Нахождение в стационаре в среднем составило 9 койко-дней.

Выводы

- 1. Лазерная контактная уретеролитотрипсия является адекватным, малотравматичным, эффективным (85,7%) методом лечения при камнях мочеточников.
- 2. Использование ригидного уретерореноскопа позволяет произвести дезинтеграцию конкрементов мочеточников на всех уровнях их локализации.
- 3. Оптимальная техника выполнения контактной лазерной уретеролитотрипсии состоит в предварительной визуализации, захвате конкремента корзинкой для предотвращения его миграции, с последующим дроблением и литоэкстракцией фрагментов.
- 4. Применение контактной трансуретральной лазерной литотрипсии при камнях мочеточников позволяет решить основные вопросы, возникающие в лечении мочекаменной болезни, в том числе ее осложненных форм, как в плановом, так и в ургентном режиме, сократить сроки нахождения больных в стационаре, повысить качество оказываемой специализированной урологической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Философова Е.В. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью // РМЖ. 2004. Том 12, № 8. С. 22-25
- 2 Дутов В.В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни: Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. М., 2000. 38 с.
- 3 Теодорович О.В., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Забродина Н.Б., Глухарев А.М. Лечение крупных и длительно стоящих камней верхней и средней трети мочеточника на современном этапе // Вестник РНЦРР, 2008, №8
- 4 Тиктинский О.Л., Александов В.П. Мочекаменная болезнь. СПб: Питер, 2000. С. 384
- 5 Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Новые эндоурологические технологии в диагностике и лечении заболеваний почек и верхних мочевыводящих путей // Малоинвазивные технологии при лечении урологических заболеваний. М.: Фирма «СТРОМ», 2006. С. 57-68
- 6 Хромов Д.В., Мухин В.Б., Перепечай Д.Л., Кочетов С.А., Шульц В.Е. Оценка эффективности дистанционной и ретроградной контактной уретеролитотрипсии в лечении больных камнями мочеточников // Пленум правления Российского общества урологов. Материалы. Сочи, 2003. С. 337

УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

7 Эффективность уретеролитотрипсии при использовании гольмиевого лазера // Пленум Российского общества урологов «Достижения в лечении заболеваний верхних мочевыводящих путей и стриктур уретры». Материалы. Екатеринбург. 2006. – С. 265-266

териалы. Екатеринбург, 2006. – С. 265-266 8 Яненко Э.К., Культа Л.Г., Зайцевская Е.В. Современное состояние научно-исследовательской работы по проблеме мочекаменной болезни в России: Матер. пленума Правл. Всерос. общ. урол., Сочи, апр. 2003 г. – М., 2003. – С. 354-355

ТҰЖЫРЫМ

Ю.А. КИМ, Н.Н. ҚАЙШЕНОВ, Л.В. СЕВАСТЬЯНОВ «Қазақмыс Корпорациясы» ЖШС медициналық орталығы. Жезқазған к.

НЕСЕП ЖОЛДАРЫНДА ТАС ПАЙДА БОЛҒАНДА БАЙЛАНЫС ГОЛЬМИЙ ЛИТОТРИПСИЯСЫН ПАЙДАЛАНУДАҒЫ БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗ

Өзектілігі. Несеп жолдары ауруы (НЖА) – урологиялық аурулардың ішіндегі ең кеңінен таралғаны, кем дегенде халықтың 3% кездеседі. НЖА кезінде тастар несеп жолдары трактісінің кез келген бөлімінде тоқталуы мүмкін. Бірақ жиі несеп жолдарындағы тас – 40-50% жағдайда кездеседі.

Өз тәжірибемнен несеп жолдарында тас пайда болғанда литотрипсияның лазерлік байланысының тиімділігін зерттеу Максатка айналды.

Материалдар мен әдістер. «Қазақмыс» Корпорациясы» ЖШС медициналық орталығының урологиялық бөлімінде лазерлік байланыс литотрипсисы 2011 жылдан бері несеп жолдарындағы тастарды уату үшін пайдаланылып келеді. Karl Storz фирмасының Calculase гольмий лазерлік жүйесі, уретерореноскоп және жарақаттамайтын литоэкстрактор барда, 2011 жылдың тамызынан және 2013 жылдың маусымының арасындағы кезеңде байланыс уретеролитотрипсияның 126 талпынысы жасалынды.

Нәтижелер. Жасалынған 126 талпыныстан, байланыс литотрипсиясы бар уретероскопиямен 75 жағдайда (60%) нәтижеге қол жеткізілді. Сонымен қатар 65 жағдайда (85,7%) жиналған шоғырларды толығымен дезинтеграциялауға қол жеткізілді.

Тұжырымдар. Ригидті уретеропиелоскоп пайдалана отырып лазерлік байланыс уретеролитотрипсиясы оларды таратпаудың түрлі деңгейлерінде несеп жолдарында тас пайда болғанда дәлме-дәл, аз жарақаттайтын, тиімді емдеу әдісі болып табылады (85,7%). Аталған әдісті пайдалану емделушілерде ауыр патология жалғасын тапса, несеп жолдары ауруларының асқынған түрлерін

емдеуде пайда болатын негізгі мәселелерді шешуге, оның ішінде емделу мерзімін азайтуға, көрсетілген арнайы урологиялық көмектің сапасын едәуір көтеруге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: несеп жолдары ауруы, несеп жолдарындағы тастар, гольмий литотрипсия байланысы.

SUMMARY

Yu.A. KIM, N.N. KAYSHENOV, L.V. SEVASTYANOV Kazakhmys Corporation LLP Medical Center, Zhezkazgan c.

OUR EXPERIENCE OF THE USE OF CONTACT HOLMIUM LITHOTRIPSY IN URETERAL STONES

Topicality. Urinary stone disease (USD), one of the common urological diseases, occurs in not less than 3% of the population. In USD, the stones can be localized in any part of the urinary tract, but ureteral stones are observed most frequently -40-50% of cases.

The aim of the study was to investigate the effectiveness of the contact laser lithotripsy for ureteral stones based on our own experience.

Material and methods. In the urology department of Kazakhmys Corporation LLP, the contact laser lithotripsy has been used since 2011 for crushing the ureteral stones. With the arsenal of rigid ureterorenoscope, Calculase holmium laser system of Karl Storz company and atraumatic lithoextractors, for the period from August 2011 to June 2013, 126 attempts to conduct the contact ureterolithotripsy were made.

Results. Of the 126 attempts made, the ureteroscopy with contact lithotripsy were performed in 75 (60%) of cases; at that, the complete disintegration of concrements succeeded in 65 (85.7%) of cases.

Conclusion. Laser contact ureterolithotripsy with rigid ureteropyeloscope is an adequate, low-invasive, effective (85.7%) method in the treatment of ureteral stones at different levels of their localization. Using this method allows to solve the main issues arising in the treatment of complicated urinary stone disease, in the presence of severe comorbidities in patients, including in the urgent mode, to reduce the time of treatment, to significantly improve the quality of specialized urological care provided.

Key words: urinary stone disease, ureteral stones, contact holmium lithotripsy

Рецензент: профессор кафедры урологии, андрологии и сексопатологии АГИУВ, д.м.н. Гильязов А.Х.

УДК 618.11-066.555:612.621.312

Е.М. БРЕУСОВА

ТОО «Вита-1» поликлиника, г. Усть-Каменогорск, Республика Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦЕФИКСИМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА

В статье приведен анализ результатов лечения острого цистита у женщин препаратом цефиксим. Так же проведен литературный обзор применения цефалоспоринов в урологической практике.

Ключевые слова: цефиксим, цефалоспорины, острый цистит, урология, антибиотики.

нфекции мочевыводящих путей (ИМП) занимают второе место после инфекций респираторного тракта как причина обращения пациентов в амбулаторные лечебные учреждения и назначения антибактериальных препаратов в амбулаторной практике [1].

Согласно последним данным National Hospital Ambulatory Medical Care Survey в США ежегодно выявляется более 7 млн. случаев инфекции мочевыводящих путей (ИМП) в амбулаторной практике, из них более 2 млн. обусловлены циститом, а 100 тыс. пациентов в

год госпитализируются преимущественно по поводу пиелонефрита. ИМП в амбулаторной практике чаще встречается у женщин, при этом у 50% взрослых женщин имеется риск развития ИМП в течение жизни. В Великобритании в течение года около 2,5 млн. женщин отмечают эпизоды расстройств мочеиспускания, из них у 100 тыс. диагностируется рецидивирующая ИМП [2]. Как показали эпидемиологические исследования, к 25 годам у 30% женщин развивается по крайней мере один эпизод ИМП, требующий назначения антимикробной терапии. Распространенность ОЦ среди женщин 18–40 лет достигает 500–700 случаев на 1 тыс. женщин в год [3].

В исследовании СОНАР (2005–2006 гг.) проанализированы данные о распространенности неосложненной ИМП в Российской Федерации, Республике Беларусь. Казахстане и Кыргызстане. Полученные результаты свидетельствовали о том, что в возрасте 18–20 лет около 20% женщин имели в анамнезе, по крайней мере, один эпизод ИМП, а в более старших возрастных группах отмечен рост заболеваемости. Однако значение ОЦ обусловлено не только широкой распространенностью, но и прямыми и непрямыми затратами на лечение, а также снижением качества жизни пациенток [4].

Рост резистентности основных уропатогенов ко многим антимикробным препаратам постоянно вызывает дискуссию о выборе эффективного метода лечения ИМП. Согласно существующим сегодня рекомендациям по лечению инфекционных заболеваний возбудитель должен быть идентифицирован и профиль его чувствительности к антибиотикам определен до начала терапии. При лечении больных с острыми клиническими проявлениями ИМП в большинстве случаев получение своевременных данных о профиле чувствительности уропатогенов не всегда возможно, и первоочередной задачей специалистов в этой области являются создание и постоянное обновление терапевтических рекомендаций.

Согласно полученным данным основным уропатогеном являлась Escherichia coli (74,6%), далее Enterococcus faecalis (4,0%), Staphylococcus saprophyticus (3,6%), Klebsiella pneumoniae (3,5%) и Proteus mirabilis (3,5%).

По данным отечественных и зарубежных исследований, в последние годы наблюдается явная тенденция к росту устойчивости основного уропатогена - E. coli к антибиотикам. В частности, исследования, выполненные в московской популяции больных с острыми внебольничными ИМП, показали высокие уровни устойчивости Е. соlі к ампициллину (43,5%), ампициллин-сульбактаму (28,5%), ко-тримоксазолу (31%), налидиксовой кислоте (21%) и фторхинолонам – ципрофлоксацину (15,5%) и левофлоксацину (15%). В другом многоцентровом исследовании (Москва, Санкт-Петербург, Ростов-на-Дону) у 105 больных с острым циститом показатели антибиотикорезистентности внебольничных штаммов Е. соІі были следующими: ципрофлоксацин - 14,9%, амоксициллин/клавуланат -19,1%, ко-тримоксазол -23,4%, цефазолин - 34,6%,ампициллин - 46,7%) [5]. Следовательно, перечень пероральных антибиотиков, которые сохраняют активность в отношении основных уропатогенов и обладают приемлемой фармакокинетикой, в достаточной степени ограничен. К этой группе следует в первую очередь отнести пероральные ЦС III поколения, в том числе цефиксим.

На протяжении многих лет более 20 цефалоспориновых антибиотиков успешно применяются для лечения самых различных внебольничных и нозокомиальных инфекций. Согласно данным исследования, проведенного

в 2008 г. Европейской ассоциацией урологов, в антимикробном лечении больных нозокомиальной ИМП 32,5% урологов отдают предпочтение фторхинолонам, 32,3% - цефалоспоринам (19,2% применяют цефалоспорины 3-го поколения), 12,3% – аминогликозидам и 9,5% специалистов применяют карбапенемы [5]. Отличительной чертой цефалоспоринов 3-го поколения является высокая активность в отношении микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae, устойчивость к действию β-лактамаз некоторых бактерий, длительный период полувыведения, что позволяет назначать эти препараты 1-2 раза в сутки. В условиях роста резистентности уропатогенов к фторхинолонам и ко-тримоксазолу возрастает роль цефалоспоринов 3-го поколения в лечении неосложненной ИМП у амбулаторных больных. В отличие от таких антибиотиков, как фторхинолоны и ко-тримоксазол, цефалоспорины можно применять у детей и беременных женщин.

Цель исследования – оценить эффективность лечения женщин с неосложненным острым циститом препаратом цефиксим.

Исследование было проведено на базе поликлиники ТОО «Вита-1». В ходе исследования принимали участие 28 женщин в возрасте от 23 до 55 лет с неосложненным острым циститом. Пациентов в рандомном порядке распределяли в группу терапии цефиксимом в дозе 400 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней – 16 человек или ципрофлоксацином в дозе 250-500 мг 2 раза в сутки в течение 6 дней – 12 человек.

Персистирующими возбудителями были стафилококки и Enterococcus faecalis в 2 и в 1 случаях, соответственно. Оба препарата показали хорошую переносимость, а зарегистрированные нежелательные явления были легкими и кратковременными. Установлено, что эрадикации возбудителя достигнута у 15 пациенток, получавших цефиксим (что составляет 93,75%), и 8 пациенток, получавших лечение ципрофлоксацином (66,7%). Персистенция инфекции зарегистрирована у 1 пациентки, получавшей цефиксим, и у 4 пациенток, лечившихся ципрофлоксацином. Клиническое улучшение к 3-му дню после окончания курса терапии отмечалось у 76,3% пациентов из группы получавших цефиксим и 60% получавших ципрофлоксацин.

Высокая микробиологическая эффективность цефиксима, полученная в нашем исследовании, согласуется с данными зарубежных опытов. Так, было показано, что микробиологическая эффективность цефиксима, назначаемого при неосложненных ИМП в дозировке 400 мг 1 раз в сутки в течение 1–10 дней, варьирует в пределах 89,4–100%.

В ходе исследования были выявлены достоверные различия в частоте развития нежелательных явлений у пациентов разных групп, при этом частота их была наименьшей в группе пациентов, получавших цефиксим, – 4,5% и наибольшей в группе получавших ципрофлоксацин в дозе 500 мг – 25%. Наиболее часто подобные явления представляли собой поражение желудочнокишечного тракта (среди которых чаще всего встречались тошнота, диарея) или урогенитального тракта (бактериальный вагиноз).

Выводь

- 1. Цефиксим, назначаемый при ОЦ по 400 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней, является эффективным и безопасным препаратом, приводящим к эрадикации уропатогенов не менее чем у 95% пациентов. Цефиксим обладает более высокой эффективностью, по сравнению с ципрофлоксацином, назначаемым в дозе 250 или 500 мг 2 раза в сутки 6 дней.
 - 2. Цефиксим характеризуется лучшей переноси-

УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

мостью и меньшей частотой развития нежелательных явлений.

3. Приведенные данные позволяют рассматривать цефиксим в качестве универсального препарата для терапии большинства внебольничных ИМП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Karlowsky JA, Kelly LJ, Thornsberry C et al. Trends in antimicrobial resistance among urinary tract infection isolates of Escherichia coli from female outpatients in the United States // Antimicrob Agents Chemother 2002; 46 (8): 2540–5

2 BrufittW, Hamilton–Miller JM. Prophylactic antibiotics for recurrent urinary tract infections // J Antimicrob Chemother 1990; 25(4):505–12

3 Rafalskiy V., Khodnevich L. Prevalence and risk factors of uncomplicated UTI:multicentre study sonar // Eur. Urol. Suppl., 2008, 7 (3), 267

4 Kahlmeter G. Prevalence and antimicrobial susceptibility of pathogens in uncomplicated cystitis in Europe. The ECO. SENS study. Int J Antimicrob Agents 2003; 22 (Suppl. 2): 49–52

5 Белов Б.С. Цефиксим: современная роль в терапии бактериальных инфекций // Клин. фармакол. тер. – 2010. – №19 (2). – С. 34-39

ТҰЖЫРЫМ

Е.М. БРЕУСОВА

ТОО «Вита-1» поликлиникасы, Өскемен қ., Қазақстан Республикасы

ЖЕДЕЛ ЦИСТИТТІ ЕМДЕУДЕ ЦЕФИКСИМ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Мақалада цефиксим препаратымен әйелдердегі жедел циститті емдеу нәтижелерінің анализі көрсетілген. Сонымен бірге цефалоспориндердің урологиялық тәжірибеде қолданысының әдеби шолуы жасалған.

Негізгі сөздер: цефиксим, цефалоспориндер, жедел цистит, урология, антибиотиктер.

SUMMARY

E.M. BREUSOVA

"Vita-1" policlinic, Ust-Kamenogorsk c.,

Republic of Kazakhstan

USE OF THE CEFIXIME MEDICATION FOR TREATMENT OF ACUTE CYSTITIS

The paper presents an analysis results of the treatment of acute cystitis with women with the help of the cefixime medication. There is also a literature review of cephalosporin use in urological practice.

Key words: cefixime, cephalosporins, acute cystitis, urology, antibiotics.

РЕВМАТОЛОГИЯ

УЛК 616.132-007.64:611.018.2

Б.Е. АБДИКАСОВА

Медико-санитарная часть, г. Сатпаев

РАССЛАИВАЮЩАЯСЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА

В статье представлено клиническое наблюдение расслаивающейся аневризмы аорты у мужчины с врожденной дисплазией соединительной ткани. Разрывы и расслоение стенки аорты остаются актуальной проблемой. Они являются основной и самой частой причиной смерти у больных с синдромом Марфана (СМ) [2]. Приведены результаты различных диагностических методов исследования, в том числе эхокардиографии, являющейся одним из основных методов диагностики выявления патологии сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: синдром Марфана, дисплазия соединительной ткани, расслаивающаяся аневризма аорты, эхокардиография.

Расслоение аорты (РА) является неотложным состоянием, которое может быстро привести к смерти даже при оптимальном лечении. Смертность в результате разрыва составляет 80%, и половина пациентов умирает до их попадания в больницу.

На современном этапе четко определены предрасполагающие факторы расслоения аорты. Наиболее важными среди них являются артериальная гипертензия (АГ), врожденные аномалии аортального клапана, синдромы Марфана и Элерсона-Данлоса, коарктация аорты, аортальнй стеноз, гигантоклеточный артериит, сифилитический аортит и другие. Провоцирующими факторами могут быть гипертонический криз, интенсивные физические нагрузки, беременность. Разрыв эндотелия на фоне истончения внутренней эластической мембраны обусловливает расщепление стенки аорты и формирование второго просвета между интимой и медией. Кровь входит через разрыв интимы внутрь стенки аорты и по мере продвижения вдоль стенки сосуда она «создает» двухпросветную аорту. При прогрессирующем течении происходит разрыв всех слоев стенки аорты, которое, как правило, приводит к внезапной смерти. Расслоение восходящей аорты в 50-60% случаев приводит к недостаточности аортального клапана. Гематома внутри стенки подрывает опору одной или более створок и комиссур аортального клапана. Растяжение корня аорты также препятствует смыканию створок клапана, приводя к его недостаточности [3].

Синдром Марфана (СМ) – один из наиболее частых (5:10000) наследственных синдромов дисплазии соединительной ткани, являющийся причиной развития аневризмы аорты. Впервые был описан Вильямсом в 1876 г. Тип наследования – аутосомно-доминантный. Все доказанные случаи СМ являются следствием мутации гена фибриллина-1 (fibrillin 1, FBN1), который кодирует белок внеклеточного матрикса, входящий в состав эластичных волокон. Причиной мутации является замена в белке фибриллина аминокислоты пролина на аргинин. который кодирует белок внеклеточного матрикса, входящий в состав эластичных волокон [4].

Диагностика СМ сегодня по-прежнему основана на Гентских критериях, De Paepe A. et al., 1996 года. В основу алгоритма диагностики СМ положено выделение больших и малых критериев, характеризующих выраженность изменений соединительной ткани в различных органах и системах. Большие критерии: килевидная и воронкообразная деформация грудной клетки, плоскостопие, подвывих хрусталика, расширение восходящей аорты с аортальной регургитацией или без таковой, расслоение восходящей аорты, наличие близких родственников, которые удовлетворяют данным диагностическим критериям, наличие мутации в FBN1 или ДНК маркеров СМ. Малые критерии: гипермобильность суставов, аномально плоская роговица, пролапс митрального клапана, расширение либо расслоение стенки грудной или брюшной аорты в возрасте до 50 лет, спонтанный пневмоторакс другие [1]. Поражение аорты при СМ регистрируют в 65-100% случаев. В значительном количестве случаев (6-9%) расслоение аорты встречается в молодом возрасте с локализацией расслоения в проксимальном отделе аорты.

Если семейный или наследственный анамнез не отягощены, СМ устанавливают при наличии больших критериев, по меньшей мере, в двух различных системах и вовлеченности третьей системы органов. Для лиц, находящихся в родственных отношениях с пациентом, у которого диагностирован СМ, достаточно наличия большого критерия в семейном анамнезе, а также одного большого критерия в одной системе органов и вовлеченности другой системы органов.

Смерть наступает у половины больных с СМ среди лиц мужского пола до 40-летнего возраста, а среди женщин – до 50-летнего. Критические периоды жизни, при которых существует высокий риск разрыва аневризмы, – это возраст от 15 до 18 лет и от 40 до 45 лет.

Классификация РА, предложенная выдающимся кардиохирургом Michael Ellis De Bakey и предусматривает анатомическое описание вариантов расслоение (рис. 1). Он разделяет расслоение в зависимости от места начала и степени расслоения тип I — начало расслоения в восходящей части аорты, далее распространяется на дугу и часто дистально по ее пределы; тип II — ограничивается восходящей аортой; тип III — начало в нисходящей аорте, но распространяется дистально, редко распространяется проксимальнее.

Представляем описание клинического случая ультразвуковой диагностики расслаивающейся аневризмы аорты при СМ.

Пациент Ж., 32 лет, поступил в Медико-санитарную часть 27.12.2012 г. с жалобами на общую выраженную слабость, головокружение, резкое снижение артериального давления (АД) до 90/60 мм рт. ст., тошноту, рвоту, боли в грудном отделе позвоночника. Диагноз при поступлении: Гипотония неясного генеза. Из анамнеза – заболел остро 27.12.2012 г., на работе при умеренной физической нагрузке появились резкая слабость, головная боль, снижение АД до 90/60 мм рт. ст. В анамнезе язвенная болезнь, язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Состояние при поступлении тяжелое, положение пассивное. Телосложение астеническое (рост 198 см). Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечаются деформация грудной клетки – килевидная грудная клетка, плоскостопие, пальцы длинные и тонкие. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 79 уд./мин, АД на правой руке 140/60 мм рт. ст., на левой руке 90/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий – справа слабая, слева удовлетворительная, выслушивается систоличе-

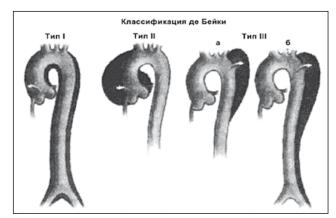


Рисунок 1 - Классификация М.Е. De Bakey

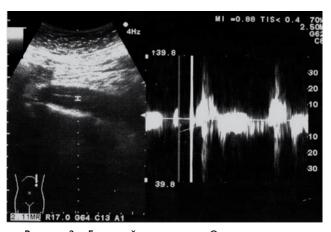


Рисунок 2 — Брюшной отдел аорты. Отслоение интимы указано стрелкой

ский шум на сонных артериах, более выраженный слева. Паравертебральные точки в шейном и грудном отделах позвоночника болезненные.

Электрокардиография (ЭКГ): синусовый ритм с частотой 72 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Эхокардиография (ЭхоКГ) была проведена на аппарате альфа 7 (Aloka, Япония) секторным датчиком (1-5 МГц). Выявлено расширение основания аорты до 7,3 см на протяжении 7,5 см (отслоение интимы в ней обнаружить не удалось), дуга аорты 3,5 см, брюшная аорта 2,4 см в просвете ее визуализируется отслоенная интима. Полость левого желудочка расширена. Размеры полостей левого предсердия, правого желудочка и правого предсердия, толщина миокарда, глобальная сократимость в пределах нормы. На цветовом допплеровском картировании определяется аортальная регургитация (АР) +++, митральная (МР) и трикуспидальная регургитация (ТР)+. Заключение: расслаивающаяся аневризма корня и восходящего отдела аорты. Отслойка интимы брюшного отдела аорты. Аортальная регургитация +++. Диастолическая дисфункции левого желудочка по I типу. MP+. TP+. На рисунке 2 представлен брюшной отдел аорты с отслоившей интимой в просвете.

Для уточнения протяженности расслоения аорты выполнена компьютерная томография (КТ), где выявлено: аневризма корня и дуги аорты, расслоение аорты на всем протяжении с переходом на правый плечеголовной ствол, левую общую сонную артерию, общие подвздошные артерии и проксимальный участок правой внутренней бедренной артерии. При ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) сосудов выявлено:

атеросклероз сонных артерий без нарушения гемодинамики. Артерии и вены верхних и нижних конечностей без признаков поражения.

Учитывая угрожающее жизни состояние, пациент был направлен в Национальный центр кардиохирургии (ННКЦ) г. Астаны по линии санитарной авиации. При контрольной ЭхоКГ от 03.01.2013 г. выявлено – аорта 3,86 см, синусы Вальсальвы 6,48 см, левое предсердие 3,54 см, КСР 3,9 см, КДР 5,8 см, КСО 98 мл, КДО 229 мл, ФВ 57%, МР1,5+, ТР+, АР+++, дилатация левого желудочка, сепарация листков перикарда по ЗСЛЖ 0,3–0,5 см, расслаивающаяся аневризма аорты, В полости аневризмы визуализируется отслоившаяся интима. Заключение: расслаивающаяся аневризма аорты, 1 тип по De Bakey. АР+++. Консультирован кардиохирургом ННКЦ, рекомендовано оперативное лечение.

04.01.2013 г. проведена операция Бенталя – Де Боно в модификации Каучукаса (протезирование аортального клапана и восходящей аорты кондуитом), ревизия дуги аорты в условиях искусственного кровообращения, гипотермии с циркуляторным арестом.

На контрольной ЭхоКГ от 09.01.2013 г.: протез АК – V- 1,6 м/с, максимальный градиент давления 10,0 мм рт. ст., средний градиент давления 5,2 мм рт. ст., регургитация на клапане минимальная, МР+, ТР+, сепарация листков перикарда по заднебоковой стенке 0,3 см. УЗДГ брахиоцефальных артерий от 06.01.2013 г.: признаки пристеночного тромбоза ОСА справа, стеноз просвета ОСА справа до 80%. УЗИ плевральных полостей: слева лоцируется 60-80 мл свободной жидкости, справа не выявлено. Клинический диагноз: Синдром Марфана. Острая расслаивающаяся аневризма аорты (1 тип по классификации De Bakey). Недостаточность аортального клапана 4 степени (тип 16 по классификации Khoury). Подострая левожелудочковая недостаточность. Осложнение: Легочная гипертензия. СНФК IV (NYHA).

При контрольной ЭхоКГ от 14.01.2013 г.: протез АК: Vmax - 17,7 м/с, максимальный градиент давление -12,7 мм рт. ст., средний градиент давление - 6,9 мм рт.ст., сепарация листков перикарда по боковой 0,3 см. УЗИ-контроль плевральных полостей от 14.01.2013 г.: слева определяется 280 мл свободной жидкости, справа 190 мл. Контрольная ЭхоКГ от 13.05.2013 г. динамических изменений не выявлено. Контроль КТ грудного и брюшного отделов аорты от 13.05.2013 г.: признаки фенестрирующейся расслаивающейся аневризмы грудного и брюшного отделов аорты, послеоперационной деформации восходящего отдела аорты. На контрольной УЗДГ сосудов от 13.05.2013 г. выявлены умеренные изменения интима-медиа сонных артерий. Артерии и вены верхних и нижних конечностей без признаков поражения.

Выводы

Таким образом, у данного пациента отмечается высокий рост, астеническое телосложение, деформация грудной клетки в виде килевидной формы, плоскостопие, арахнодактилия, а также расслоение аневризмы восходящей аорты, с распространением на грудной и брюшной отделы, сопровождающееся выраженной недостаточностью аортального клапана при достаточно молодом возрасте, при сборе анамнеза выявлено, что имеется отягощенная наследственность - у ближайшей родственницы определены аналогичные анатомоморфологические изменения. Выявленные признаки являются патологически значимыми изменениями и соответствуют Гентским критериям Синдрома Марфана. Несмотря на то, что заболевание неизлечимо, существует множество способов успешного лечения практически всех его синдромов. Всего несколько десятилетий назад большинство людей с синдромом Марфана жили не более 40 лет. Теперь, благодаря новым исследованиям и методам лечения, срок жизни пациентов, у которых заболевание было выявлено рано и качественно лечилось, уравнялся со сроком жизни обычных людей.

Ведение больных с расслаивающейся аневризмой аорты любой этиологии является клинически сложной задачей, так как существует высокий риск внезапной смерти. Ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение и наблюдение пациентов не только снижают риск смертности, но и предотвращают дальнейшее осложнение процесса.

Задача врачей всех специальностей при выявлении любых аномалий развития костно-суставной системы врожденного характера с отягощенной наследственностью в обязательном порядке проводить ЭхоКГ для выявления начальных признаков изменения стенки магистральных сосудов на всем их протяжении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аббакумова Л.Н., Арсентьев В.Г., Беляева Е.Л. ВНОК Российские рекомендации «Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани». – Москва – 2009.- 3-10 с.

2 Викторова И.А., Нечаева Г.И., Конев В.П., Викторов С.И., Киселева Д.С. Клинико-прогностические критерии дисплазии соединительной ткани// «Российские Медицинские Вести». – 2009. – Том XIV. – №1. – 77-79 с.

3 Земцовский Э.В. Лекция «Сердечно-сосудистый континуум при Синдроме Марфана» // «Сибирский Медицинский Журнал». – 2011. – Том 26. – №3. – выпуск 2. – 13, 14, 17 с.

4 Верещагина Г.Н., Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению // Методическое пособие для врачей – Новосибирск. – 2008. – 6-8, 10, 12 с.

ТҰЖЫРЫМ

Б.Е. ӘБДІҚАСОВА

Медицина-санитарлық бөлімшесі, Сәтпаев қ.

МАРФАН СИНДРОМЫНДА БОЛҒАН ҚАТПАРЛЫ АНЕВРИЗМА

Осы баяндамада тұқым қуалайтын дәнекер тін ауруы, Марфан Синдромы, бар науқас қолқасының негізі мен өрлемелі бөлігінің қатпарлануы жөніндегі клиникалық бақылауы көрсетілген. Бұл ауру басқа дисплазия түрлеріне қарағанда жиі кездеседі (5:100000), және тамыр қабырғасының жіңішкерленуімен, сүйек – буындардың деформациясымен сипатталады. Марфан Синдромында және басқа да ауруларда кездесетін қолқаның катпарлы аневризмасы өте қауіпті өйткені кенеттен қаза болу себептерінің бірі болып табылады.

Осы клиникалық бақылауда кеш анықталуына қарамастан науқасқа талапқа сай ем берілген. Сонымен қатар, өз уақытымен операция жасалған. Оның науқастың жалпы жағдайының жақсаруына әсер етуі жүректің ультрадыбыстық зерттеуі арқылы анықталған.

Баяндамада жазылғандай, Марфан Синдромын анықтау өте қиын. Диагноз тек тиянақты анамнез жинап, зерттеу әдістерінің нәтижелері белгілі болғаннан кейін, оның ішінде журектің ультрадыбыстық зерттеуі (эхокардиография), сонымен қатар FBN – 1 генінің мутациясын анықтаудан кейін ғана қойылады.

Марфан Синдромы ауруынан сауығып кету мүмкін емес болса да, қазіргі уақытта оның симптомдарын емдеуінің көптеген әдістері бар.

Key words: Syndrome of Marphan, dysplasia of connective tissues, dissecting aneurysm of aorta.

SUMMARY

B.E. ABDIKASSOVA

Medical-sanitary department. Satpaev c.

DISSECTING ANEURYSM OF AORTA IN SYNDROME OF MARPHAN

One of the rare inherent diseases of connective tissues is described in this article, one of the clinical manifestation of which is a dissecting aneurysm of aorta. The dissecting of aorta is the most frequent cause of death of patient with Marphan's Syndrome.

The clinical case of enough young age patient with such dysplasia of connective tissues as Syndrome of Marphan, being a cause of development of aorta's aneurysm. Such methods of investigation as an electrocardiography, an echocardiography, a computed tomography, an ultrasound

dopplerography of vessels are conducted, in results of which were revealed a dissecting of aneurysm of base and ascending aorta, also a premature of intimae on the whole length of descending aorta. By classification of M.E. De Bakey this case is picked up to the first type of dissecting, when the premature of intimae spreads not only an ascending aorta, but also an arc and descending aorta. The patient was carried out the operation of Bental – De Bono with positive course of disease, revealing on dynamic echocardiography.

Therefore, echocardiography is a misinvasing diagnostic investigation and a method of choice in any inherent diseases, especially when dysplasia of connective tissues was revealed.

Key words: Syndrome of Marphan, dysplasia of connective tissues, dissecting aneurysm of aorta.

УДК 616.12-002.77:615.276

ж.а. садырова

Казахстанско-Российский медицинский университет

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЭРТАЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ

В статье представлены данные исследования клинической эффективности препарата Аэртал. Установлено, что применение этого препарата оказывает положительное воздействие на клинические и лабораторные показатели у больных хронической ревматической болезнью сердца с суставным синдромом.

Ключевые слова: хроническая ревматическая болезнь сердца, суставной синдром, Аэртал.

евматическая болезнь сердца и сегодня остается распространенным заболеванием, приводящим к длительной нетрудоспособности и инвалидизации лиц работоспособного возраста [1]. Несмотря на снижение уровня общей заболеваемости в стране в последнее десятилетие, проблема ревматической болезни сердца по-прежнему остается актуальной.

Учитывая ведущую роль воспаления в патогенезе ревматических заболеваний, а также боль как одного из симптомов, первое место в терапии этих патологических состояний отводится нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП) [2].

Известно, что основной механизм действия НПВП связан с подавлением активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ), регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландины, простациклини тромбоксан. Наличие двух изоферментов – ЦОГ-1 и ЦОГ-2 обеспечивает регуляцию многих физиологических, адаптационных и патофизиологических процессов, протекающих в организме человека. Согласно современным представлениям, в основе ингибирования ЦОГ-2 проявляется противовоспалительная и анальгетическая активность НПВП, а с ингибицией ЦОГ-1 связывают возникновение побочных эффектов, проявляющихся гастропатиями, нарушениями функции почек, агрегацией тромбоцитов и гепатотоксичностью [3].

В связи с вышеизложенным особое внимание к себе привлекает нестероидный противовоспалительный препарат из группы арилуксусной кислоты под названием Аэртал. Препарат обладает выраженным обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектом. Ингибирует ЦОГ-2 в большей степени, чем ЦОГ-1, однако подавление активности обоих изоферментов определяет его выраженную

анальгетическую активность. Угнетает синтез простагландинов, влияя тем самым на патогенез воспаления и лихорадки.

Цель исследования – изучение клинической эффективности препарата Аэртал у больных хронической ревматической болезнью сердца с суставным синдромом.

Материал и методы

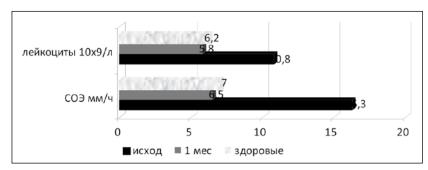
В исследование были включены 19 больных (12 женщин и 7 мужчин) с суставным синдромом на фоне хронической ревматической болезни сердца, имеющих сердечную недостаточность ІІ функциональный класс. Диагноз выставлялся согласно классификации, предложенной Ассоциацией ревматологов России (2003). Для верификации диагноза использовались клиниколабораторные и инструментальные исследования. Сердечная недостаточность определялась в соответствии с классификацией Российского общества специалистов по сердечной недостаточности (2002). Средний возраст пациентов составил 51±2,3 года.

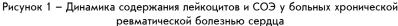
Больные принимали нестероидный противовоспалительный препарат Аэртал в дозе 100 мг два раза в день на базе стандартной терапии, влючавшей диуретик, сердечный гликозид, ингибитор АПФ, антикоагулянт (только оперированные пациенты). Длительность лечения препаратом Аэртал составила четыре недели.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Сроки исследования: один месяц.

Статистическая обработка всех результатов исследования включала методы вариационной статистики с вычислением для каждого показателя средней величины (М), ошибки средней (m) и критерия t-Стьюдента с помощью пакета прикладных программ (statistica for Windows 6.0).

РЕВМАТОЛОГИЯ





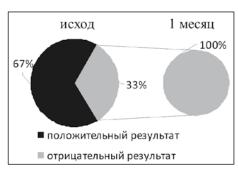


Рисунок 2 – Результаты контрольных исследований

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что клинически суставной синдром у больных ревматической болезнью сердца в основном проявлялся в виде жалоб пациентов на артралгии (8%), боли в крупных и средних суставах (92%). Боли беспокоили в коленных, голеностопных, плечевых, локтевых и лучезапястных суставах, сопровождавшихся припухлостью периартикулярных тканей, покраснением и повышение температуры кожи в области пораженных суставов, а также ограничением функции суставов.

При анализе динамики клинических показателей через месяц от начала лечения выявлено, что у больных хронической ревматической болезнью сердца отмечалось улучшение состояния в виде уменьшения болей (у 68%), припухлостей (72%) в суставах. У 38% больных суставные боли исчезли.

Оценка противовоспалительной эффективности препарата препарата Аэртал проводилась с помощью исследования простейших маркеров воспаления – лейкоцитов, СОЭ, фибриногена, С-реактивного протеина.

Изучение содержания лейкоцитов и СОЭ у обследуемых больных выявило их исходное увеличение по сравнению с практически здоровыми лицами в 2,3 и 1,8 раза, соответственно. К концу месяца от начала лечения наблюдалось достоверное снижение этих показателей (6,3х10⁹/л и 6,6 мм/ч, соответственно, р<0,05), (рис. 1).

Содержание общего фибриногена в крови у обследуемых пациентов при их поступлении в стационар достоверно превышало показатели практически здоровых лиц (3,86 \pm 0,2 г/л, p<0,05, при норме 2,9 \pm 0,1 г/л). К концу проводимой терапии отмечалось достоверное снижение данного показателя до 3,01 \pm 0,2 г/л, p<0,05.

Исследование С-реактивного протеина выявило, что у больных при поступлении в стационар в 67% случаев наблюдались положительные и слабоположительные результаты. При проведении контрольных исследований через месяц результаты у всех пациентов были отрицательными (рис. 2).

Выводы

Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, у обследуемых пациентов применение препарата Аэртал на фоне стандартной терапии оказывает выраженный противовоспалительный и анальгетический эффект. Наблюдаемое в ходе лечения

улучшение клинических показателей у больных хронической ревматической болезнью сердца проявлялось положительным воздействием данного препарата на маркеры воспаления, а также уменьшением и исчезновением болевого синдрома в суставах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: диагностика, лечение, профилактика // Болезни сердца и сосудов.-2006. – №4. – С. 13-18

2 Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине) // Москва. – Издательство Анко. – 2000. – 142 с.

3 Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты при ревматических заболевания: стандарты лечения // РМЖ. – 2001. – № 9. – С. 78-83

ТҰЖЫРЫМ

ж.а. садырова

Қазақстан-Ресей медицина Университеті

СОЗЫЛМАЛЫ РЕВМАТИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫНЫҢ БУЫН СИНДРОМЫМЕН АЭРТАЛ ПРЕПАРАТТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ ҚОЛДАНУЫ

Мақалада Аэртал препаратының клиникалық тиімділігі туралы мәліметтер берілген. Осы препараттың қолдануы нәтижесінде созылмалы ревматикалық жүрек ауруларындағы буын синдромымен клиникалық және лабораторлық көрсеткіштеріне жақсаруы көрсетілген.

Негізгі сөздер: Жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, сүйек белгісі, Аэртал.

SUMMARY

Zh.A. SADYROVA

Kazakh-Russian Medical University

CLINICAL EXPERIENCE OF APPLICATION OF AÈRTAL IN PATIENTS OF CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE WITH ARTICULAR SYNDROME

The article presents a study of clinical efficacy of the drug Aèrtal. It was found that the use of this drug has a positive effect on clinical and laboratory parameters in patients of chronic rheumatic heart disease with articular syndrome.

Key words: Chronic rheumatic heart disease, articular syndrome. Airtal.

УДК 616.24-001.36-092.4:612.017.1+612.121

А.С. АЛИПБЕКОВА

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

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ «ШОКОВОГО ЛЕГКОГО» (обзор литературы)

В данной статье представлен обзор литературы «шокового легкого», приводится классификация острой паренхиматозной дыхательной недостаточности, предложенная В.Л. Кассилем, М.А. Выжигиной и С.В. Свиридовым. Важное место в диагностике респираторного дистресс-синдрома взрослых имеет рентгенологический метод исследования.

Ключевые слова: «шоковое легкое», острый респираторный дистресс-синдром, острое повреждение легких, острая паренхиматозная дыхательная недостаточность, бронхоскопия, рентгенологический метод исследования.

зучение острого паренхиматозного поражения легких, а также опыт, накопленный в крупных клиниках, уже не оставляют места для сомнений относительно реальности существования особой формы острой дыхательной недостаточности, обусловленной первичным повреждением эндотелия легочных капилляров и возникающей у больных на фоне развития различных патологических процессов дыхательной системы [1, 2, 3, 4]. В настоящее время предложен целый ряд методов наблюдения за течением острого респираторного дистрессиндрома. К ним относят гистологическое и электронномикроскопическое исследование, бронхоскопия, биопсия бронхов, рентгенологический метод исследования.

Вначале респираторный дистресс-синдром у взрослых связывали только с боевой травмой, затем эту легочную патологию выявили при массивных кровопотерях, обширном повреждении мягких тканей, геморрагическом и травматическом шоке [5, 6, 7, 8, 9]. Со временем круг заболеваний и состояний, при которых вероятно развитие респираторного дистрессиндрома, значительно расширился. Прежде всего – это септические состояния, ожог, аспирация, острый деструктивный панкреатит, массивная гемотрансфузия, длительная экстракорпоральная перфузия, утопление, жировая эмболия и т.д. Ниже приводится классификация острой паренхиматозной дыхательной недостаточности, предложенная В.Л. Кассилем, М.А. Выжигиной и С.В. Свиридовым [10].

Риск возникновения респираторного дистресссиндрома взрослых значительно возрастает при сочетании нескольких факторов [11, 12, 13], отсюда часто диагноз становится ситуационным, то есть обусловленным наличием перечисленных факторов. Типичная картина РДСВ характеризуется неспецифичностью поражения легких вследствие повреждения альвеолярно-капиллярной мембраны и сопровождается гипервентиляцией, гипокапнией, гипоксемией (не устранимой оксигенотерапией), диффузной инфильтрацией и отеком легких, мелкоателектазированием, возможным образованием гиалиновых мембран в бронхиолах и альвеолах [14, 15, 16, 17].

Пораженные легкие, по мнению этих исследователей, являются первым органом в цепочке развивающейся полиорганной недостаточности.

В основе подобного явления лежат определённые структурные и функциональные особенности лёгких:

- высокая степень васкуляризации лёгких;
- наличие обширных поверхностей структур лёгких, подвергающихся прогрессирующему воздействию факторов внешней среды;
- •структурные особенности альвеолярно-капиллярного барьера, обеспечивающие близость контакта альвеол и кровеносного русла;
- наличие в физиологических условиях в просветах альвеол и бронхиол клеток воспаления (макрофагов гранулоцитов);
- структурные особенности микроциркуляторного русла лёгких;
- наличие оксигенированной крови в венулах и венах лёгких.

Морфологические изменения в лёгких при ОРДС имеют неспецифический характер. Основными его признаками считаются увеличение массы лёгких, выраженный интерстициальный и альвеолярный отёк, разрушения альвеолярных перегородок и ателектазы различной величины, кровоизлияния преимущество под плевру и в пери-

Классификация острой паренхиматозной дыхательной недостаточности

Острое повреждение легких (ОПЛ)	Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС)			
Первичное специфическое поражение легких	Неспецифическое поражение интактных легких (внелегочный РДС)	Терминальные стадии первичных специфических поражений легких (легочный ОРДС)		
1. Аспирация 2. Легочная инфекция (бактериальная, грибковая, вирусная, Pneumocystis) 3. Утопление 4. Ингаляция токсических веществ 5. Ушиб легкого (По решению согласительной комиссии 1992 г.)	1. Тяжелый шок, длительная гипотензия 2. Сепсис, септический шок 3. Ожоговой шок 4. Острый деструктивный панкреатит 5. Жировая эмболия 6. Эклампсия 7. Передозировка героина 8. Длительный прием кордарона, блеомицина, BCNU 9. Длительная экстракорпоральная	Пневмонии тяжелого течения, особенно вызванные Mycoplasma, Chlamydia spp., Varicella (до 10%) Астматический статус Синдром Гудпасчера (пневмо-ренальный синдром), системная эритематозная волчанка, миелома, раковый лимфангоит, так называемый «тяжелый острый респираторный синдром»		
	перфузия, массивные гемотрансфузии (TRALI)	Воздействие ИВЛ		

ферических участках лёгких, трахеобронхит и бронхиолит, со временем приобретающие гнойный характер. Кроме того, выявляются фибриновые тромбы в артериолах, капиллярах, гиперплазия и повреждения альвеолоцитов, а также гиалиновые мембраны.

Выявляемые при гистологическом и электронномикроскопическом исследовании в межальвеолярных перегородках нейтрофильные гранулоциты, плазматические клетки, лимфоциты и макрофаги свидетельствуют о наличии важного компонента системной воспалительной реакции – так называемого альвеолита, одного из морфологических признаков острого повреждения легких и острого респираторного дистресс-синдрома [18, 19, 20].

Последовательность морфологических изменений, выявленных при бронхоскопии и на основании изучения биопсии бронхов на различных этапах респираторного дистресс-синдрома, может иметь, по крайней мере, 3 фазы [21, 22, 23]:

- 1. Отечно-обструктивная, которая характеризуется утолщением слизистой оболочки и сужением просвета бронхов, обычно появляется хрящевой рисунок, секрет слизистого характера в умеренном количестве.
- 2. Гнойно-воспалительная, при котором слизистая бронхоальвеолярного дерева утолщена, хрящевой рисунок не дифференцируется, просветы долевых бронхов сужены до максимальной степени, осмотр сегментарных ветвей затруднен, секрет вязкий, заполняет просветы бронхов и требует повторных аспираций.
- 3. Фибропролиферативная, когда утолщение слизистой сохраняется, просветы долевых бронхов сужены за счет интерстициального формирующегося фиброза. При морфологическом исследовании выявляется также и внутриальвеолярный фиброз. Секрет в бронхах определяется в незначительном количестве.

Эти фазы дают представление лишь о патоморфологической картине больных респираторным дистресс-синдромом, но их всегда можно сопоставить с клиническими стадиями синдрома для мониторинга патологического процесса и тактики проводимого лечения [24, 25]. Ведь известно, что прогноз течения заболевания, выбор тактики лечения бывает гораздо эффективнее, когда удается в ранние сроки установить характер самых незначительных патофизиологических и морфологических сдвигов, а это требует специальных исследований, включая, цитохимическое, гистологическое, морфологическое, иммуннофизиологическое и другое тестирование [26, 27].

В настоящее время течение ОРДС условно подразделяют на три стадии, каждая из которых характеризуется развитием воспалительных изменений:

- экссудации инициализация воспаления;
- пролиферация продолжение воспаления;
- фиброза исход воспаления.

Развитие ОРДС можно условно разделить на 4 стадии. В I стадии (конец первых – начало вторых суток) у больных развивается эйфория, они не осознают тяжести своего состояния, становятся беспокойными. Нарастают тахипноэ и тахикардия. В легких выслушивается жесткое дыхание. Повышается давление в легочной артерии, возникает гипоксемия, устраняемая ингаляцией кислорода, гипокапния. На рентгенограмме определяется усиление легочного рисунка, его ячеистость, мелкоочаговые тени. Морфологически эта стадия характеризуется интерстициальным отеком; могут быть кровоизлияния под висцеральную плевру. Мозаичные нарушения кровообращения в легких. В этой стадии процесс обратим, при правильном лечении летальность близка к нулю.

Во II стадии (вторые-третьи сутки) больные возбуждены. У них отмечаются резкая одышка, стойкая тахикардия. В легких появляются зоны ослабленного дыхания. Возникает артериальная гипоксемия, резистентная к ингаляции кислорода, и выраженная гипокапния. На рентгенограмме в легких определяются сливные тени, симптом «воздушной бронхографии»: на фоне затемнения прослеживаются содержащие воздух бронхи. Морфологически: значительное увеличение плотности и полнокровия легких, деформация альвеол с утолщением их стенок. Полнокровие сосудов межальвеолярных перегородок и стаз крови в капиллярах. Интерстициальный отек. Начинается внутриальвеолярный отек, обнаруживаются мелкие очаги обратимых ателектазов, имеющих контрактильный характер. В этой стадии летальность достигает 50 процентов.

Стадия III характеризуется диффузным цианозом кожных покровов, тахипноэ с малым дыхательным объемом, больной откашливает скудную гнойную мокроту. В легких выслушиваются зоны «амфорического» дыхания. В артериальной крови выраженная гипоксемия, начинает повышаться парциальное давление углекислоты. На рентгенограмме множественные сливающиеся тени («снежная буря»), может быть выпот в плевральных полостях. Морфологически: белок и форменные элементы в альвеолах, отслаивание эпителия и утолщение капиллярной стенки, микротромбы в сосудах, множественные кровоизлияния в ткань легкого. Расстройства газообмена усугубляются обструкцией дыхательных путей, мокротой, что в совокупности с деструкцией клеток альвеолярного эпителия, в первую очередь, альвеолоцитов второго порядка (ответственных за синтез сурфактанта), способствует образованию обширных участков необратимых ателектазов, наличие воспалительных очагов по типу серозно-десквамативной пневмонии. Наблюдается выраженная лимфоидно-клеточная гиперплазия перибронхиального аппарата. Увеличивается коллагенообразование в септах, окруженных нейтрофилами и макрофагами. Летальность достигает 75 процентов.

В IV стадии сознание обычно нарушено. Могут быть нарушения гемодинамики: аритмия сердца, снижение артериального давления. В легких множество влажных хрипов. Артериальная гипоксемия, резистентная к искусственной вентиляции легких с высокой концентрацией кислорода во вдыхаемой газовой смеси. Гиперкапния. На рентгене затемнение больших участков легких (доли, сегменты). Полная картина отека легких. В зонах ателектазов развиваются геморрагии, которые, сливаясь между собой, образуют распространенные поля кровоизлияний. Морфологически: альвеолярный отек, фибрин в альвеолах, гиалиновые мембраны в альвеолярных стенках, микротромбы в сосудах легочной ткани. Летальность приближается к 100 процентам.

Характеризуя стадии развития ОРДС, следует отметить, что в своем развитии данный синдром не обязательно должен пройти все стадии. Летальный исход может наступить на любом этапе, а при устранении причинного фактора и/или благодаря эффективному лечению процесс может быть остановлен с последующим развитием процессов репарации [28, 29, 30].

Важное место в диагностике респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ) имеет рентгенологический метод исследования. По Е.К. Колесниковой (1995) [31] выделяют 4 стадии.

I стадия – развивается в течение первых суток. Клинические проявления мало выраженные. На рентгенограмме легочный рисунок равномерен, контуры четкие. По мере развития процесса легочный рисунок приобретает ячеистый вид. Могут быть мелкоочаговые тени в периферических отделах. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный.

Нередко эти изменения трактуются неправильно. Чаще всего выставляется диагноз интерстициального отека легких или принимают отек за обычное полнокровие при массивных трансфузиях. В процессе наблюдения видно, что динамика процесса не соответствует срокам обратного развития (более 7 дней), тогда как при отеке легких уже на 2-3 сутки заметна динамика. При РДСВ более симметричное поражение легких, корни более структурны.

II стадия начинается на 2-3 сутки. Увеличивается одышка, больные возбуждены, в легких выслушивается ослабленное дыхание. На рентгенограммах определяется понижение прозрачности легочных полей, появляются более выраженные очаговые тени, иногда сливного характера. В этой стадии может быть выставлен ошибочный диагноз отека легких или же пневмонии, но клинические проявления и динамика процесса позволяют изменить первоначальное мнение. Летальность во 2 стадии РДСВ доходит до 40%, что гораздо выше, чем при отеке легких или пневмонии.

III стадия развивается на 4-5 сутки от начала заболевания. Состояние больных тяжелое, сознание спутано, иногда уже в 3 стадии больные переводятся на ИВЛ. Нарастают и рентгенологические проявления РДСВ. На рентгенограммах множественные хлопьевидные тени, значительное снижение прозрачности легочных полей. Легочный рисунок плохо дифференцируется.

IV стадия – терминальная. Летальность достигает 100%. На рентгенограммах определяется затемнение больших участков, может быть тотальное однородное затемнение, на фоне которого хорошо прослеживается воздушная бронхограмма.

При оценке рентгенограммы в этой стадии «шокового легкого» допускается достаточно много ошибок. Опять же часто выставляется диагноз отека легких. Здесь очень важно учитывать клинику и результаты предыдущих рентгенисследований.

Определенные трудности в интерпретации рентгенкартины создает воспалительный процесс (пневмония). В отдельных случаях практически невозможно разграничить признаки РДСВ и пневмонии. Здесь, как никогда, важно учитывать клинику, динамику процесса и лабораторные данные.

Диагностика и лечение респираторного дистресссиндрома представляют собой сложный комплекс мероприятий, основа которых устранение или, по крайней мере, смягчение пускового механизма, вызывающего респираторный дистресс-синдром [32, 33, 34, 35]. Несмотря на имеющиеся успехи в изучении патогенеза респираторного дистресс-синдрома, он все еще остается до конца непознанным, в связи с чем лечение носит эмпирический и поддерживающий характер.

Поэтому необходимы теоретические и экспериментальные исследования для выработки патогенетического, а не симптоматического подхода к его терапии и профилактике. Анализ отечественных и зарубежных работ позволяет рассматривать респираторный дистресссиндром как проявление несовершенной или нарушенной формы общего адаптационного синдрома, формирующегося, согласно современным представлениям, как защитно-приспособительная реакция организма на воздействие разнообразных стрессовых факторов внешней и внутренней среды. Выраженность этих реакций может определяться стадией развития синдрома, эффективностью мобилизации основных функциональных систем организма, включая иммунную, кроветворную, кининовую, метаболическую.

Поиск оптимальных способов предупреждения и трансформации респираторного дистресс-синдрома в устойчивое состояние путем мобилизации неспецифических защитных механизмов, характерных для данной патологии, может стать перспективным направлением в решении вышеуказанных проблем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шмелев Е.И. Бактериальная иммунокоррекция при хроническом бронхите и хронической обструктивной болезни легких // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2005. – №1. – С. 35-38

2 Langleben D., De Marchie M. Endothelin-1 in acute lung injury and the adult respiratory distress syndrome // The Amer. Rev. Of Respir. Dis. – 1993. – V. 148. – P. 1646-1650

3 Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. – М.: Медицина, 2000. – 432 с.

4 Рыжкова М.М. Респираторный дистресс-синдром у больных перитонитом и сепсисом // Акт. вопр. хирургии. – 1998. – №9. – С. 173-177

5 Чухриенко Д.П., Гавриленко А.И. Синдром «шокового легкого» у больных закрытой травмой груди // Клинич. хирургия. – 1985. – №10. – С. 1-2

6 Авдеев С.Н. Острый респираторный дистресссиндром // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, №4. – С. 330-338

7 Белов Г.В., Арбузов А.А., Бримкулов Н.Н. Оценка состояния сурфактантной системы легких. – Бишкек, 2005. – 103 с.

8 Андроге Г.Дж., Тобин М.Дж. Дыхательная недостаточность: пер. с англ. – М.: Медицина. – 2003. – 514 с.

9 Кассиль В.Л. Острый внелегочный респираторный дистресс-синдром: определение, этиопатогенез, клинические и лабораторные проявления (обзор литературы с элементами критики) // Клиническая онкогематология. – 2011. – Т. 4, №1. – С. 54-65

10 Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Свиридов С.В. Что такое острый респираторный дистресс-синдром: есть ли смысл в дискуссии? // Вестник интенсивной терапии. – 2006. – № 4. – C. 53-58

11 Зильбер А.П. Современные принципы и методы респираторной поддержки при критических состояниях // Лекц. 33-го Ежегодного Петрозаводского семинара для повыш. квалиф. специал., работающих в разл. разделах медицины критич. состояний (анестезиологи, интенсивисты, врачи неотл. медицины и др.). – Петрозаводск, 1997. – Вып. 4. – С. 100-118

12 Кассиль В.Л., Руднов В.А., Гельфанд Б.Р. Прогноз и летальность при ОРДС // Острый респираторный дистресс-синдром: практ. рук. / Под ред. Б.Р. Гельфанда, В.Л. Кассиля. – М: Литтерра, 2007. – С. 84-97

13 Ливанов Г.А., Лодягин А.Н., Мартынов Е.И. Сурфактантная система при заболеваниях легких у взрослых // Анест. и реанимат. – 2004. – №6. – С. 58-64

14 Борисевич Г.А. Шоковое легкое – результат истощения механизмов компенсации (Рентгеноморфологические сопоставления) // Регуляторноприспособительные механизмы в норме и патологии (сборн. отеч.). – 1987. – С. 87-88

15 Мороз В.В., Новерин В.К., Галулина С.В. Клиническая оценка кислородного долга у больных с полиорганной недостаточностью // Анест. и реанимат. – 2000. – №6. – С. 29-34

16 Рябов Г.А. Синдромы критических состояний. – М.: Медицина, 1994. – 368 с.

17 Ashbaugh D.G., Maier R.U. Idiopathic pulmonary fibrosis in adult respiratory distress syndrome. Diagnosis and treatment // Archives Of Surgery. – 1985. – V. 120 (5). – P. 530-535

- 18 Matthay M.A., Zemans R.L. The acute respiratory distress syndrome: pathogenesis and treatment // Annu. Rev. Pathol. 2011. V. 28 (6). P. 147-163
- 19 Галахин К.А. Клинико-морфологические особенности синдрома острой дыхательной недостаточности // Пульмонология. 1989. №9. С. 62-65 20 Зайковский Ю.Я., Ивченко В.Н. Респираторный
- 20 Зайковский Ю.Я., Ивченко В.Н. Респираторный дистресс-синдром у взрослых. Киев: Здоровье, 1987. 182 с.
- 21 Чаленко В.Ю. Классификация острых нарушений функций органов и систем при синдроме полиорганной недостаточности // Анест. и реанимат. 1998. №2. С. 25-29
- 22 Мороз В.В., Власенко А.В., Голубев А.М. Дифференцированное лечение острого респираторного дистрессиндрома, обусловленного прямыми и непрямыми этиологическими факторами // Общая реаниматология. 2011. №4. С. 5-15
- 23 Зарубин Т.В., Орлов С.И., Алешкин А.В. Диагностика стадий респираторного дистресс-синдрома взрослых у больных перитонитом // Анест. и реанимат. 1997. №3. С. 26-30
- 24 Левит А.Л., Прудков М.И., Каркин О.В. Шкала оценки полиорганной дисфункции хирургических больных // Анест. и реанимат. 2000. №3. С. 26-28
- 25 Caironi P., Cressoni M. Lung opening and closing during ventilation of acute respiratory distress syndrome // Amer. Journ. Of Respir. And Crit. Care Med. 2010. V. 181 (6). P. 578-586
- 26 Нарциссов Р.П. Анализ изображения клетки следующий этап развития клинической цитохимии // Педиатрия. 1998. №4. С. 101-105
- 27 Зайцева Л.Г., Вайсбурд М.Ю., Шапошникова Г.М. Роль эйкозаноидов в регуляции фагоцитарной функции макрофагов фактором активации тромбоцитов при эндотоксическом шоке // Бюл. экспер. биол. и мед. 2000. №9. С. 309-312
- 28 Weinacker Ann B., Laszlo Vaszar T. Acute respiratory distress syndrome: Physiology and new management strategies // Annual Review of Medicine: Selected Topics in the Clinical Sciences. 2001. P. 221–237
- 29 Черняев А.Л. Этиология, патогенез и патологическая анатомия диффузного альвеолярного повреждения // Общая реаниматология. 2005. №5. С. 13-16
- 30 Покровская А.В. Тяжелый острый респираторный синдром // Тер. архив. 2007. №3. С. 66-70
- 31 Колесникова Е.К., Габуния Р.И. Компьютерная томография в клинической диагностике. Руководство. М.: Медицина, 1995. 256 с.
- 32 Беляков Н.А. Респираторный дистресс-синдром взрослых (Рентгенологические аспекты) // Коллеги. 1993. Т. 1. №2. С. 112-115
 - 33 Kevill Katharine A., Bhandari V. A role for macrophage

- migration inhibitory factor in the neonatal respiratory distress syndrome // J. Immunol. 2008. V. 180, № 1. P. 601-608
- 34 Сахаров А.В., Майлова Г.Е., Розанов В.Е. Новые направления в патогенезе и лечении посттравматического респираторного дистресс-синдрома // Мед. науки. 2006. №6. С. 74-75
- 35 Willar J., Kacmarek R.M. Acute respiratory distress syndrome definition: do we need a change? // Curr. Opin Crit. Care. 2011. V. 17 (1). P. 13-17

ТҰЖЫРЫМ

А.С. ӘЛІПБЕКОВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті, Алматы қ.

ҚАРҚЫНДЫ ӨКПЕНІ» ҚҰРУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ – ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Өкпенің қатты паренхимді зақымдалуын зерттеу, сонымен қатар ірі емханалардағы тәжірибе өкпе қылтамырларының эндотелиясын бастапқыда зақымдауды шарт қылған, қатты тыныс алу жеткіліксіздігінің ерекше түрінің шынында бар екендігіне және емделушілерде тыныс алу жүйесінің түрлі патологиялық үдерістерінде дамып пайда болатынына қатысты күмәнға орын қалмады. Қазіргі таңда қатты респираторлық дистресс-синдромын бақылауға әдістердің бір қатары ұсынылды. Оларға гистологиялық және электрондық – микроскопиялық зерттеулер, бронхоскопия, бронхтың биопсиясы, зерттеудің рентгендік әдісі жатады.

Негізгі сөздер: «қарқынды өкпе», қатты респираторлық дистресс-синдром, өкпенің қатты зақымдалуы, қатты паренхиматозды тыныс алу жеткіліксіздігі, бронхоскопия, зерттеудің рентгенологиялық әдісі.

SUMMARY

A.S. ALIPBEKOVA

The S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c.

CLINICAL AND PHYSIOLOGICAL ASPECTS OF THE FORMATION OF "SHOCKED LUNG" (LITERATURE REVIEW)

The studies of acute parenchymal lung damage, as well as the experience gained in the large hospitals cause no doubts concerning the reality of the existence of a particular form of acute respiratory failure due to primary pulmonary capillary endothelial damage, and occurring in patients secondary to the development of various pathological processes in the respiratory system. Currently, a number of methods for monitoring the course of acute respiratory distress syndrome are proposed. They include histological and electron microscopic examination, bronchoscopy, bronchial biopsy, X-ray methods.

Key words: "shocked lung", acute respiratory distress syndrome, acute lung damage, acute parenchymal respiratory failure, bronchoscopy, X-ray methods.

УДК 616.53-002:[612.017.1:612.018.2]

н.о. цой, о.г. цой

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

О ВОЗМОЖНОЙ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНОЙ РОЛИ ГОРМОНОВ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

В данной статье устанавливается возможность наличия связей между уровнем патогенетически значимых половых гормонов (свободный тестостерон, эстрадиол, пролактин, кортизол) и показателями иммунологической реактивности у пациентов с тяжелыми формами угревой болезни. В результате проведенного исследования установлено, что сдвиги гормонального гомеостаза не оказывают существенного влияния на иммунный гомеостаз, а регистрируемые при тяжелых формах акне иммунологические нарушения, вероятно, индуцируются и определяются в первую очередь патогенезом заболевания. В связи с установленным фактом подтверждена обоснованность назначения данной категории больных в комплексном лечении иммуномодулирующей терапии, конечно же, при наличии соответствующих показаний, при этом гормональная терапия (заместительная или фармакологическая) в данном случае не показана.

Ключевые слова: акне, патогенез, иммунологическая реактивность, стероидные гормоны.

есмотря на то, что роль иммунных нарушений в патогенезе тяжелых форм угревой болезни общеизвестна, нет чёткого представления о патогенетически наиболее значимых нарушениях отдельных звеньев иммунной защиты и факторов неспецифической резистентности организма. И, что весьма важно, нет доказательных данных о возможной роли в их генезе стероидных гормонов и пролактина, иммунорегуляторная роль которых хорошо известна. Между тем, в настоящее время доказано, что кожа является органом иммунной системы, где реализуются все клеточные и гуморальные иммунные реакции. Свидетельством этому служат как локальное воспаление, так и развитие аллергических и аутоиммунных заболеваний кожи [1].

Данное обстоятельство явилось обоснованием настоящего исследования, цель которого – выяснение возможных связей между содержанием патогенетически значимых гормонов в сыворотке крови и показателями иммунологической реактивности у больных тяжелыми формами акне.

Материал и методы

Под наблюдением были 13 больных тяжелыми формами угревой болезни, находившиеся на стационарном лечении в Центре дерматологии и ПБППП г. Астаны в период с сентября 2010 по сентябрь 2012 гг. Мужчин было 8, женщин 5.

Концентрация гормонов (свободного тестостерона, эстрадиола, пролактина, кортизола) определялась методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке венозной крови больных натощак утром между 7 и 8 часами. У женщин исследования проводились спустя 3 дня по завершении менструации, т.е. в начале фолликулярной фазы цикла.

Одновременно эта же кровь направлялась для выполнения комплекса стандартных иммунологических исследований: количественных показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также факторов неспецифической резистентности организма. Относительное и абсолютное количество лимфоцитов и их субпопуляций (CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD25+) типировали с помощью меченных моноклональных антител. Концентрацию иммуноглобулинов классов A, M, G определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Функционально метаболическую активность нейтрофильных гранулоцитов (НГ) оценивали по их окислительному метаболизму в спонтанном и стимулированном (пирогеналом) вариантах НСТ-теста.

Исследования проводились дважды: перед началом курса комплексного лечения и по завершении его.

Полученный цифровой материал обрабатывался общепринятыми методами вариационной статистики. Рассчитывалась групповая простая средняя арифметическая (x), выборочная дисперсия (S^2x) , среднее квадратическое отклонение (S_x) . Между изученными параметрами рассчитывались коэффициенты корреляции рангов (r_s) , достоверность которых оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Для установления возможных причинно-следственных отношений между изученными гормональными и иммунологическими показателями выполнялся дисперсионный анализ.

Результаты и обсуждение

Концентрация половых гормонов определялась методом ИФА в сыворотке крови у 8 мужчин и 5 женщин до начала лечения и по завершении его. У женщин кровь бралась для исследования на 3-5 сутки после завершения mensis, т.е. в начале фолликулярной фазы цикла.

Установлено, что у обследованных нами больных обоего пола содержание кортизола (K) и эстрадиола (E_2) в сыворотке крови всегда было в пределах нормальных колебаний и не изменялось после комплексной медикаментозной терапии, чего нельзя констатировать в отношении двух других интересующих нас гормонов: свободного тестостерона (свТС) и пролактина (ПРЛ), концентрация которых в крови у большинства обследованных отличалась от нормальных значений.

У 5 из 8 обследованных мужчин перед началом лечения, т.е. при поступлении в стационар, концентрация свТС в сыворотке крови была ниже пределов нормальных значений $(6,2-28,1\ \ \Pi\Gamma/M\Pi)$ и в среднем $(X\pm Sx)$ составляла $4,80\pm0,23\ \ \Pi\Gamma/M\Pi$. Содержание же $\Pi P\Pi$, наоборот, превышало верхнюю границу нормы $(2,7-17,0\ \ H\Gamma/M\Pi)-25,00\pm2,06\ \ H\Gamma/M\Pi$. После проведенного комплексного лечения уровень свТс достоверно возрос $(6,23\pm0,41\ \ \Pi\Gamma/M\Pi,p<0,05)$; $\Pi P\Pi$ также статистически значительно снизился $(17,83\pm0,92\ \ H\Gamma/M\Pi,p<0,05)$ практически до нормальных цифр. При этом у одного больного в пределах нормальных колебаний были оба гормона.

У остальных 3 из 8 обследованных мужчин содержание свТС и ПРЛ как до, так и после лечения было в пределах нормы. Только у одного пациента по завершении терапии концентрация ПРЛ превышала верхние границы нормы. В целом же статистически значимых различий по содержанию гормонов в сыворотке крови до и после лечения не установлено.

Таким образом, у мужчин с тяжелыми формами угревой болезни в 62,5% случаев содержание свТС в сыворотке крови снижено, а ПРЛ, наоборот, повышено. Более чем у 1/3 пациентов (37,5%) уровень этих гормонов находится

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

в пределах нормальных значений. После консервативного лечения у половины пациентов (50%) свТС остается низким, у 62,5% ПРЛ был выше нормы.

Только у одной (20%) из 5 обследованных женщин с тяжелыми формами угревой болезни содержание в сыворотке крови ПРЛ и свТС было в пределах нормы. У остальных четырех определялся низкий уровень свТС и высокий ПРЛ. У двух женщин после лечения концентрация свТС снизилась до нормальных значений, тогда как ПРЛ оставался по-прежнему повышенным. Статистически достоверных различий до концентрации свТС и ПРЛ в сыворотке крови обследованных женщин до и после лечения не выявлено. Правда, свТС остался низким у 40% пациенток, а ПРЛ высоким, как до, так и после терапии у 80%.

Статистически значимых различий, связанных с половой принадлежностью пациентов, по содержанию ${\sf E_2}$ и K как до лечения, так и после его завершения не установлено.

Что же касается других гормонов – свТС и ПРЛ, то здесь имелись достоверные различия. Так содержание

Таблица 1 — Корреляционные взаимоотношения между концентрациями гормонов в сыворотке крови у больных тяжелыми формами акне

Коэффициенты	Мужчины			Женщины		
корреляции между:	r	s	t	r	s	t
К и ПРЛ	0,50	0,27	1,85	-0,21	0,40	0,52
КиЕ3	-0,19	0,31	0,61	0,86	0,21	4,09
КисвТС	-0,44	0,28	1,57	-0,57	0,33	1,73
E ₂ и свТС	0,06	0,32	0,19	-0,67	0,30	2,23
ПРЛ и Е₂	0,31	0,30	1,03	-0,50	0,35	1,43
ПРЛ и свТС	-0,65	0,24	2,70	-0,14	0,40	0,35

Таблица 2 — Иммунологические показатели у больных акне: с низким уровнем свТС, сочетающимся с высоким ПРЛ, и при нормальных значениях ($x\pm$ Sx)

Показатели	Уровень		
иммунограммы	↓cвТС; ↑ПРЛ	свТС=N; ПРЛ=N	ρ
Лейкоциты, х10 ⁹ /л	5,16±0,54	4,39±0,31	>0,05
Лимфоциты, х10 ⁹ /л	2,71±0,46	1,37±0,10	<0,01
CD3, %	48,93±2,54	57,86±5,17	>0,05
CD3, x10 ⁹ /л	1,16±0,10	0,98±0,11	>0,05
CD20, %	11,53±0,82	11,00±1,35	>0,05
«О»-клетки, %	40,20±2,31	38,12±4,60	>0,05
«О»-клетки, х10 ⁹ /л	0,97±0,18	0,97±0,24	>0,05
CD 25, x10 ⁹ /л	0,66±0,06	0,49±0,11	>0,05
CD25, %	52,87±2,54	58,20±3,27	>0,05
CD4, %	41,47±2,09	42,87±3,60	>0,05
CD4, x10 ⁹ /л	0,52±0,06	0,42±0,06	>0,05
CD 8, %	17,07±2,24	13,20±2,31	>0,05
CD 8, x10 ⁹ /л	0,21±0,02	0,10±0,02	<0,01
ИРИ	2,85±0,42	6,40±2,56	>0,05
E-POH, x10 ⁹ /л	0,81±0,09	0,74±0,07	>0,05
НСТ ст	12,20±2,09	4,20±1,15	<0,01
НСТ сп	7,40±0,89	6,80±2,11	>0,05
Индекс стимуляции	0,27±0,13	0,35±0,10	>0,05
Индекс нагрузки	2,80±0,11	3,11±0,10	<0,05
lg A, мг/мл	0,97±0,24	0,43±0,08	<0,05
lg М, мг/мл	0,87±0,12	0,66±0,15	>0,05
lg G, мг/мл	7,34±0,89	8,72±2,19	>0,05
ЦИК	6,13±1,12	9,20±3,85	>0,05

свТС в сыворотке крови до и после проведенной терапии у мужчин было выше, чем у женщин (p<0,001). А уровень ПРЛ в крови, наоборот, у мужчин был ниже (p<0,01).

Последним двум гормонам отводится основная роль в этиопатогенезе акне [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Именно повышенный в плазме уровень свТС при одновременно сниженном уровне тестостеронсвязывающего глобулина (ТССГ), по мнению В.Н. Альбановой и М.В. Шишковой [6], является наиболее чувствительным и достоверным маркером скрытой формы гиперандрогении у мужчин.

При угревой болезни именно свТс отводится ведущая роль при гиперандрогении [8-17].

Как известно, одним из механизмов антиандрогенной терапии, назначенной больным акне, является воздействие на питуитарные железы, являющиеся антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона – лютеотропина и допамина при гиперпролактинемии [6].

Установленный нами у подавляющего большинства

больных тяжелыми формами акне факт низкого содержания свТС, при одновременной гиперпролактинемии, в доступной литературе отсутствует. Только в работе В.И. Альбановой и М.В. Шишковой [6] отмечено, что у 50-75% женщин с угревой болезнью уровень общего ТС в крови снижен, что объясняется низкой концентрацией ТССГ. По данным авторов, наиболее выраженные нарушения баланса андрогенов у больных тяжелыми клиническими формами акне.

Низкий уровень свТС у подавляющего большинства больных тяжелыми формами акне, на наш взгляд, следует расценивать как ответную реакцию органов, секретирующих данный андроген, на продолжительную стресс-ситуацию. Подобное наблюдается при тяжелых инфекционных заболеваниях [18], при экспериментальном остром стрессе у обезьян [19], у больных в ближайшем послеоперационном периоде [20].

Тяжелые формы акне, развивающиеся при присоединении вторичной пиогенной микрофлоры, сопровождаются индукцией синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) и в гнойной хирургии квалифицируются как «острый гнойный фолликулит». Доказано, что уровень ТС в крови снижается при повышении уровня глюкокортикоидов. Мало того, в условиях продолжительного стресса в семенниках не только угнетается биосинтез ТС и андростендиона [21], но и происходит переключение стероидогенеза на путь биосинтеза кортикостероидов, кортикостерона в особенности [22].

Гиперпролактинемия также индуцируется стрессом, имеющим место при тяжелых клинических формах акне.

Были изучены корреляционные взаимоотношения между концентрациями в сыворотке крови исследуемыми гормонами у мужчин и женщин. Для этого рассчитывали коэффициенты ранговой корреляции (r_s) с их ошибками (S_s) и достоверностью (t_{ss}) (табл. 1).

Как следует из данных таблицы 1, статистически достоверные связи имели место весьма редко. Так у мужчин была средней силы (r = (-0,65)) обратная корреляция между уровнем в сыворотке крови пролактина и свТс.

У женщин сильная (r = 0,86) прямая корреляционная связь между содержанием в крови кортизола и эстрадиола. В остальных случаях статистически значимых взаимоотношений между определяемыми гормонами не установлено.

Поскольку нарушения гормонального гомеостаза у 9 (67,5%) из 13 обследованных нами больных акне характеризовались низкими значениями свТС и одновременно высоким уровнем ПРЛ, этот контингент был выделен в отдельную группу. Причем у больных женского пола данный гормональный дисбаланс отмечен у 4 из 5 обследованных (80%), мужского пола – у 5 из 8 (62,5%).

Следующим этапом была сделана сравнительная оценка количественных показателей иммунной системы и факторов неспецифической резистентности организма у больных акне с имеющимися изменениями концентраций свТС и ПРЛ в сыворотке крови и пациентами, у которых уровень этих гормонов не выходил за пределы нормальных колебаний. При этом пол пациентов, в тех случаях, где средние показатели у мужчин достоверно не отличались от таковых у женщин, не учитывался (табл. 2).

Данные, представленные в таблице 2, указывают на то, что у пациентов с тяжелыми формами угревой болезни, имеющих низкие показатели свТС при одновременно высоком уровне ПРЛ, имеются статистически достоверные различия при сравнении с группой больных, у которых содержание названных гормонов в крови находилось в пределах нормальных значений, по отдельным показателям иммунограммы:

- почти в два раза выше количество лейкоцитов в крови (ρ <0,01);
- более чем в два раза больше циркулирующих лимфоцитов с условным супрессорно-цитотоксическим фенотипом (CD8+) (ρ<0,01);
- почти в три раза выше спонтанный кислородзависимый метаболизм НГ, по данным НСТ-теста (ρ <0,01);
- более чем в 2 раза выше концентрация IgA в крови (ρ <0,05);
 - в среднем на 11% ниже индекс нагрузки (ИН).

По другим показателям иммунной системы статистически значимых различий между сравниваемыми группами больных не установлено.

Учитывая цель настоящего исследования, был выполнен корреляционный анализ между концентрациями исследуемых гормонов и набором известных иммунологических тестов венозной крови пациентов мужского и женского пола. Следует сразу отметить, что большинство изученных корреляционных связей как у мужчин, так и у женщин, были, как правило, статистически не значимыми.

Результаты выполненного корреляционного анализа показали, что у мужчин имелась средняя отрицательная корреляционная связь между содержанием в крови ПРЛ и индексом стимуляции (ИС) кислородзависимого метаболизма (НГ), по данным НСТ-теста; \mathbf{E}_2 с индексом нагрузки (ИН); \mathbf{E}_2 с концентрацией \mathbf{I} g G. Между концентрацией свТС и относительным числом О-клеток была также обратная корреляция средней силы и сильная с их абсолютным числом. Установлена также средней величины прямая статистическая связь между уровнем свТС в сыворотке крови с процентным содержанием CD4+ и отрицательная – с содержанием \mathbf{I} q A.

У больных тяжелыми формами акне женского пола только между содержанием в крови ПРЛ и концентрацией ЦИК имелась сильная отрицательная достоверная связь.

Следует отметить, что среди обследованного контингента больных у мужчин статистически достоверные корреляционные связи между уровнем гормонов в сыворотке крови и отдельными показателями иммунной системы определены 7 раз, тогда как у женщин всего один раз.

Возможно, отчасти это можно объяснить большим количеством обследованных мужчин по сравнению с женщинами. Однако установленные зависимости в 6 случаях были средней силы и только один раз – сильной. Тогда как у женщин имевшаяся корреляционная связь была сильной.

Общеизвестно, что на степень активации иммунной системы существенно влияют изменения гормонального гомеостаза. Это имеет прямое отношение и к половым стероидным гормонам и пролактину, которые могут принимать регуляторное участие в развитии, созревании, активации и гибели иммунокомпетентных клеток. Именно половые стероиды могут регулировать способность зрелых эффекторных лимфоидных клеток к реализации иммунного ответа [23].

Далее была поставлена очередная задача – выяснить: имеется ли зависимость хотя бы отдельных составляющих иммунного статуса от уровня изучаемых гормонов в крови. Это, естественно, касается только тех случаев, когда имелись статистически достоверные сильные корреляционные связи.

Наряду с корреляционным анализом, при наличии установленных сильных связей, для выяснения возможных причинно-следственных отношений между содержанием изучаемых гормонов в сыворотке крови и показателями иммунной системы, применялся метод дисперсионного анализа. При этом в качестве регулируемых признаков брались концентрации гормонов в крови, а результативных – отдельные иммунологические показатели.

Результатом явилось отсутствие статистически достоверных влияний изучаемых гормонов на отдельные показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета и факторов неспецифической резистентности. То есть, у больных тяжелыми формами угревой болезни стероидные половые гормоны (свТС, ПРЛ, Е,) и ПРЛ не влияют на степень выраженности иммунных сдвигов в организме. Имеющийся же у данной категории больных вторичный иммунодефицит, вероятно, индуцируется системной воспалительной реакцией (SIRS), что наблюдается при тяжелых осложненных формах акне. Последняя также, скорее всего, является основной причиной тестостероновой недостаточности и гиперпролактинемии. Продукция ПРЛ, как известно, резко возрастает при стрессовых ситуациях. В этих случаях нормализация уровня свТС и ПРЛ в крови вряд ли будет сопровождаться иммунологической ремиссией. Поэтому включение в фармакологические протоколы лечения тяжелых клинических форм акне адекватных иммуномодуляторов вполне оправдано. Антиандрогенные же препараты не показаны ввиду того, что уровень свТС в сыворотке крови у них низкий.

Вопрос о целесообразности применения лекарственных средств, направленных на снижение гиперпролактинемии, нуждается в проведении специальных исследований. Хотя, как показано выше, ПРЛ у находившихся под нашим наблюдением больных, не оказывает влияние на составляющие иммунной системы.

Это доказывает отсутствие каких-либо причинноследственных взаимоотношений между уровнем изученных гормонов в сыворотке крови и имеющимися у данной категории пациентов нарушениями иммунной системы организма.

Заключение

В.М. Воробьев [24] утверждал, что при глубоких формах (индуративной, абсцедирующей, флегмонозной) имеет место вторичное иммунодефицитное состояние. По мнению автора, имеется прямая корреляционная связь между степенью выраженности нарушения состояния реактивности организма и тяжестью клинического течения. Максимальному уровню нарушений состояния реактивности организма соответствует клинически наиболее выраженные

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

угри. Иммунологические механизмы лишь сопровождают воспалительный процесс и регистрируются по отдельным компонентам в различных сочетаниях только у половины больных. А по мнению G.Gowland et al. [25], клеточный иммунитет может содействовать воспалительному процессу лишь на поздних этапах заболевания.

По поводу вышеприведенного необходимо отметить, что в данном случае более корректно выражение не «прямая корреляционная связь», а «соответствие». Кстати, даже наличие корреляционной связи между факторами еще не свидетельствует о наличии между ними причинноследственных взаимоотношений. Корреляционные связи не являются функциональными, а по сути лишь статистическими. Причинно-следственные же взаимоотношения доказываются методом дисперсионного анализа.

У абсолютного большинства больных тяжелыми формами угревой болезни низкое содержание в сыворотке крови свТС сочетается с гиперпролактинемией. Это характерно более чем для половины пациентов мужского пола и 4/5 женского пола. После комплексного медикаментозного лечения высокий уровень свТС в крови сохраняется у половины пациентов мужчин, тогда как уровень ПРЛ остается по-прежнему повышенным. У женщин же высокое содержание свТС регистрируется после лечения у 2/5 пациенток, пролактин же не снижается до нормальных значений.

Содержание в сыворотке крови кортизола и эстрадиола у больных обоего пола находится в пределах нормальных колебаний. Сдвиги гормонального гомеостаза по результатам проведенного нами исследования касаются лишь свТС и ПРЛ, являющихся, очевидно, более лабильными в связи с их важной патогенетической значимостью при угревой болезни. При тяжелых формах акне, что имело место у обследованных нами больных, снижение в крови свТС и повышение ПРЛ является, вероятно, адекватной адаптационной реакцией на усиление стрессорного воздействия, обусловленного утяжелением клинической формы заболевания.

В результатах проведенного анализа были установлены статистически достоверные положительные и отрицательные корреляционные связи между содержанием некоторых гормонов в сыворотке крови и отдельными показателями клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также функционально-метаболической активности циркулирующих НГ.

Сведения литературы о патогенетической роли иммунных расстройств в развитии и течении акне неоднозначны. Хотя имеются данные об изменениях у больных акне клеточного и/или гуморального звена иммунитета и факторов неспецифической резистентности организма [26, 27, 28], а также цитокинового статуса [28, 29]. По данным В.В. Рябовой с соавт. [28], активация клеточного звена иммунитета сопровождается гиперпродукцией провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-8, ИЛ-12), под действием которых происходит ускоренное деление кератиноцитов, стимуляция формирования фолликулярного гиперкератоза, что морфологически проявляется папулопустулезными и нодуло-кистозными акне. Вопрос о роли и целесообразности назначения иммунотропной терапии в комплексном лечении при данной патологии остается дискутабельным [7, 24]. Хотя имеются исследования, в которых показана клинико-иммунологическая эффективность различных биологически активных добавок (БАД) к пище, обладающих иммуномодулирующим действием, в комплексном лечении акне [30, 31, 32].

Особо следует подчеркнуть, что каких-либо статистически значимых причинно-следственных взаимоотношений при этом не установлено. Другими словами, несмотря на известную иммунорегуляторную роль исследуемых

гормонов, в отношении больных тяжелыми формами акне это не нашло своего подтверждения.

Регистрируемые при тяжелых формах акне иммунологические нарушения, вероятно, индуцируются и определяются в первую очередь патогенезом заболевания. Имеющиеся при этом сдвиги гормонального гомеостаза не оказывают существенного влияния на иммунный гомеостаз.

В этой связи не вызывает возражений обоснованность назначения данной категории больных в комплексном лечении иммуномодулирующей терапии, конечно же, при наличии соответствующих показаний. Какая-либо гормональная терапия (заместительная или фармакологическая) в данном случае не показана.

Выводы

- 1. У большинства больных тяжелыми формами акне низкий уровень в сыворотке крови свободного тестостерона (свТС) сочетается с гиперпролактинемией, что следует считать адекватной адаптационной реакцией организма.
- 2. Нарушения иммунного статуса у данной категории больных акне индуцируется патогенетическими механизмами острого гнойного воспаления гнойного фолликулита.
- 3. Кортизол (K), свободный тестостерон (свТС), пролактин (ПРЛ) и эстрадиол (E₂) у больных тяжелыми формами акне не играют какой-либо иммунорегуляторной роли.
- 4. При тяжелых формах акне, при наличии соответствующих показаний, назначение иммуномодуляторов в комплексной терапии оправдано и целесообразно. Тогда как необходимости в гормональной терапии (заместительной либо фармакологической) нет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Славянская Т.А. Иммунология кожи и дерматокосметология: проблемы и перспективы // Int. J. on Immunorehabilit. 2004. Т. 6. С. 30-31
- 2 Thody A. J., Shyster S. Control and function of sebaceous glands // Physiol. Rev. 1989. V. 69. P. 383-416
- 3 Daneil F., Dreno B., Poll F. et al. Descriptive epidemiological Study of acne on scholar pupils in France during autumm 1996 // Ann. Dermatol. Venerol. 2000. –V. 127 (Mar.). N_2 3. P. 273-278
- 4 Meynadier J. Efficacy and safety of two zinc gluconate regimens in a treatment of inflammatory acne // Eur. J. Dermatol. 2000. Jun. V. 10, № 4. P. 269-273
- 5 Гурьев В. Н. Состояние эндокринной системы у женщин, больных аспе vulgaris. Методы гормональной коррекции: Автореф. дисс. ... к.м.н. СПб. 2003. 20 с.
- 6 Альбанова В.И., Шишкова М.В. УГРИ. Патогенез. Клиника. Лечение. – М.: «Изд-во БИНОМ», 2009. – 112 с.
- 7 Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: OOO «ЮТКОМ», 2009. 288 с.
- 8 Pochi P.E., Strauss J.S. Sebaceous gland response in man to the administration of testosterone, delta-4-androstenedione, and dehydroisoandrosterone // J. Invest Dermatol. 1969. V. 52 (1). P. 32-36
- 9 Andersson S., Chan H., Tinstein M. et al. The molecular genetics of steroid $5-\alpha$ -reductase // J. Endocrinol. 1993. V. 139 (suppl.). P. 17
- 10 Walton S., Wyatt E. N., Cunliffe W. J. Genetic control of sebum excretion and acne a twin study // Br. J. Dermatol. 1988. V. 121. P. 393-396
- 11 Schmidt J. B., Lindermair A., Spona J. Endocrine parameters in acne vulgaris // Endocrinol Exp. 1990. V. 24. P. 457-464
- 12 Deraeve L., Deschepper J., Smitz J. Prepubertal acne: A cutaneous marker of androgen excess ? // J. Am. Acad. Dermatol. 2 part. 1995. Feb. P. 181-184

13 Impregato Mc Ginlley J., Gautier T, Cat L-Q. et al. The androgen control of sebum production: studies of subjects with dehydrotestosterone deficiency and complete androgen insensitivity // J. Cum. Endocrinol. Metab. – 1993. – V. 76. – P. 524-528

14 Giltay E.J., Gooren L.J. Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2000. – V. 85 (8). – P. 2913-2921

15 Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: МИА, 2001. – 247 с.

16 Дедов И.И., Андреева Е.Н., Пищулин А.А. Синдром гиперандрогении у женщин: Метод. пос. для врачей. – М., 2006. – С. 3-40

17 Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Дифференциальный подход к выбору дерматокосметических средств в комплексном лечении акне у женщин // Вестн. дерматол. и венерол. – 2012. – № 6. – С. 96-103

18 Schlienger J. L., Cherfan J., Sapin R. et al. Low testosterone syndrome in ill patients: Correlation with the "Low T3 syndrome" // Hormone metabol. Res. - 1986. - V. 18, № 1. - P.71-72

19 Белкания Г.С., Вороцов В.И., Зданкевич Н.Н. Направленность гормональных сдвигов при острой стрессовой реакции у обезьян с различной реактивностью // Патол. физиол. и эксперим. терап. – 1984. – № 4. – С. 52-57

20 Jorrot J.C., Clement Ph., Jeanne L. et.al., // Cah. Anesthesiol. – 1983. – V. 31 (3). – P. 251-256

21 Cumming D.C., Quigley M.E., Yen S.S.C. Acute suppression of circulating testosterone levels by cortisol in men // J. Clin. Endocrinol. – 1983. – V. 57 (3). – P. 671-673

22 Алешин Б.В., Бондаренко Л.А. Роль гормона щитовидной железы в функционировании системы гипофизнадпочечники-гонады у кроликов // Пробл. эндокринол. – 1984. – № 4. – С. 49-52

23 Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). – Киев, 2003

24 Воробьев В.М. Применение антибиотиков, аутовакцины и тималина в терапии больных вульгарными угрями и состояние реактивности организма: Автореф. дисс. ... к.м.н. 1988. – 23 с.

25 Gowland G., Ward R., Holland K., Cunliffe W. Cellular immunity to P. acnes in the normal population and patients with acne vulgaris // Brit. J. Dermatol. – 1978. – V. 99 (1). – P. 43-47

26 Мельникова Е.В. Иммунологические нарушения у мужчин с акне // Фундаментальные исследования. – 2004. – № 2. – С. 141-142

27 Наход Е.В., Маслова Е.В. Показатели клеточного иммунитета у больных с угревой болезнью // Росс. аллергол. журн. – 2008. – № 1. – С. 192-193

28 Рябова В.В., Кошкин С.В., Чермных Т.В., Зайцева Г.А. Оценка иммунологических показателей у больных акне с выраженными клиническими проявлениями // Аллергол. и иммунол. – 2012. – Т. 13, – № 1. – С. 35

29 Маслова Е.В. Оценка показателей иммунного статуса и уровня цитокинов у больных с тяжелыми формами угревой болезни // Росс. иммунол. журн. – 2008. – Т. 2. – № 11. – С. 180

30 Ким О.В. Усовершенствование метода патогенетической терапии угревой болезни с использованием «Веторона ТК», «Неоселена» и «Лактобактерина-3»: Автореф. дисс. ... к.м.н. Алматы, 2003. – 24 с.

31 Ващенко О.А., Малицкая О.Н., Ким О.В. Иммуномодифицирующий эффект антиоксидантных витаминов и селена при лечении угревой болезни. Биологически активные добавки к пище и функциональные продукты питания: Мат. Междунар. науч.-практ. конф. – Алматы, 2005. – С. 68-70

32 Шакиева Р.А., Ващенко О.А. Применение биологически активной добавки «Трансфер фактор классический» в комплексном лечении угревой болезни //Здоровье и болезнь. – 2010. – № 6 (91). – С. 199-201

ТҰЖЫРЫМ

Н.О. ЦОЙ. О.Г. ЦОЙ

«Астана медициналық университеті» АҚ, Қазақстан Республикасы, Астана қ.

БЕЗЕУ АУРУЛАРЫНЫҢ АСҚЫНҒАН ТҮРІНДЕ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫ ГОРМОНДАРДЫҢ ИМ-МУНДЫ РЕТТЕУДІҢ МҮМКІН РӨЛІ ТУРАЛЫ

Қазіргі таңда патогенезде иммунды бұзылудың рөлі жалпыға аян, бірақ иммундық жүйенің жеке топтарының патогенетикалық елеулі бұзылушылықтары туралы нақты түсінік жоқ. Бұдан басқа, олардың генезінде стероидты гормондар мен пролактиннің рөлі туралы дәлелдейтін мәліметтер жоқ.

Бұл зерттеудің мақсаты – қанның іріткісінде патогенетикалық маңызды гормондардың бар болуының және акненің ауыр түрімен ауыратындарда иммунологиялық әрекет қабілеттілігінің көрсеткіштерінің арасындағы мүмкін болатын байланыстарды анықтау.

Материалдар мен әдістер: Бақылауда бедеу ауруларының ауыр түрімен ауыратын 13 ауру адам жатты. Олар үшін ИФА әдісімен гормондардың концентрациясын анықтау жұмыстары жүргізілді, сонымен қатар стандартты иммунологиялық зерттеулердің кешені орындалды.

Нәтижелері: Акненің ауыр түрімен ауыратындардың көбісінде қанның іріткісінде ерікті тестестерондар деңгейі (ерТС) гиперпролактинмен үйлеседі, ал акнемен ауыратын осы категориядағы аурулардың иммундық дәрежесінің бұзылуы қатты іріңді асқынудың патогенетикалық механизмдерімен индукцияланады. Кортизол (К), еркін тестостерон (свТС), пролактин (ПРЛ) и эстрадиол (Е2) акненің ауыр түрімен ауыратынауруларда иммуннореттеуші рөл атқармайды.

Негізгі сөздер: акне, патогенез, иммунологиялық әрекет қабілеттілігі, стероид гормондары.

SUMMARY

N.O. TSOY, O.G. TSOY

Astana Medical University JSC

The Republic of Kazakhstan, Astana c.

POSSIBLE IMMUNOREGULATORY ROLE OF HORMONES, PATHOGENIC SIGNIFICANCE IN SEVERE FORMS OF ACNE

Currently, the role of immune disorders in the pathogenesis of severe acne is well known; however, a clear understanding of the most pathogenetic significant disorders of individual parts of the immune system is absent. Moreover, there is no evidence of their possible role in the genesis of steroid hormones and prolactin.

The aim of the study was to clarify the possible links between the content of pathogenic significant hormones in serum and the indicators of immune responsivenes in patients with severe forms of acne.

Materials and methods: 13 patients with severe acne were observed, in whom the hormone concentrations were determined by ELISA method, and a set of standard immunological studies was conducted.

Results: The majority of patients with severe forms of acne had low level of free testosterone (fTS) in serum combined with hyperprolactinemia, and impaired immune status of these patients with acne was induced by pathogenetic mechanisms of acute purulent inflammation.

Cortisol (C), free testosterone (dTS), prolactin (PRL) and estradiol (E2) do not play any immunoregulatory role in patients with severe acne.

Key words: acne, pathogenesis, immune responsiveness, steroid hormones.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

УДК 616.284.7-002-07-08

Т.Н. БУРКУТБАЕВА, Ж.Ж. АБДЫКАЛИКОВА, М.Д. АУЕЛБАЕВ, М.С. ЖУМАХМЕТОВ, В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.Н. МУСАГАЛИЕВА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Городская клиническая больница №5, г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ВЯЛОТЕКУЩИХ МАСТОИДИТОВ

Актуальность темы заключается в том, что острый средний отит является одним из частых проявлений респираторной инфекции верхних дыхательных путей. В последнее десятилетие в литературе появились сведения об увеличении числа заболеваний отитом, осложненных мастоидитом, частота заболеваемости составляет около 10% [1].

Ключевые слова: распространенность атипичного мастоидита, диагностика латентного мастоидита, вялотекущий мастоидит.

типичные формы мастоидитов разделяют на два типа: латентные формы и вялотекущие мастоидиты. Их этиология и патогенез широко обсуждаются в научной литературе. По данным Delbrouck et al., Наwkins латентная форма часто встречается, протекает скрыто и нередко является операционной находкой [2]. Латентный мастоидит – полное отсутствие какой-либо клинической симптоматики, что, очевидно, объясняется блокадой адитуса. Диагностика мастоидита при отсутствии отделяемого и нормальном состоянии слизистой оболочки барабанной полости крайне затруднительна. Своевременно выявить его позволяет рентгенологическое исследование височной кости. Имеются изменения со стороны анализов крови – незначительный лейкоцитоз, повышение СОЭ [3].

Вялотекущие мастоидиты имеют незначительные клинические проявления, это может быть длительный субфебрилитет или длительная оторея без болевого синдрома, незначительная болезненность при пальпации сосцевидного отростка, втянутость и стертость отоскопической картины. Поставка диагноза при вялотекущих мастоидитах затруднительна, поэтому считаем целесообразным поделиться собственным наблюдением. Приводим пример клинического наблюдения.

Больная Ш., 43 года, поступила в отделение ЛОР ГКБ на ПХВ №5 с жалобами: с марта 2011 г. тупая, ноющая боль в заушной области справа. С мая 2011 г. боль распространилась в затылочную область как ощущение распирания. С января 2012 г. возникло чувство распирания за правым глазом. Общая слабость, озноб больше к вечеру. Головокружение, тошнота с декабря 2012 г. Со слов пациентки «голова не своя, мутная». Заболела в марте 2011 года. Появилась тупая, локализованная боль в заушной области справа. Обратилась к лор-врачу по месту жительства. ЛОР-патологию исключили, пациентка была направлена на консультацию к врачу-невропатологу. Был установлен диагноз: Остеохондроз шейного отдела позвоночника. По установленному диагнозу пациентка получала лечение, но улучшения не отмечала. Также одновременно получала лечение у врача-стоматолога по поводу воспалительного процесса в 8-м зубе снизу справа.

В мае 2011 г. на МРТ была обнаружена киста гайморовой пазухи справа. Оперативное лечение на тот момент со слов пациентки было не показано. Боль в заушной области справа усилилась, появилась иррадиация боли от заушной области справа в височную область справа. В августе 2011 г. пациентка обратилась за консультацией к врачам в Германии. Был удален 8 зуб снизу справа. Также был назначен АБ – линкомицин 10 дней в/м. Самостоятельно постоянно принимала катедолон, ксефокам. После полученного лечения пациентка почувствовала облегчение, боль в заушной области прекратилась. В

октябре 2011 г. боль в заушной области вновь возобновилась. Появились озноб и слабость по вечерам. Пациентка обратилась к лор-врачу по месту жительства. Был установлен диагноз: Обострение хронического гайморита. Произведена пункция в/ч пазухи справа, промывные воды чистые. Улучшения не наступило. В этом же месяце пациентка обратилась к лор-врачу в Барнауле. Сделано МРТ. Подтверждена киста гайморовой пазухи справа. Лечение получала по поводу хронического тонзиллита (промывание лакун нёбных миндалин). Улучшения не наступило, боль в заушной области справа не купировалась. Пациентка была направлена на консультацию к врачуневропатологу. Был установлен диагноз: Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Стационарное лечение в г. Москве с 06.02.2012 по 07.02.2012 г. с диагнозом при поступлении: Правосторонний катаральный средний отит. Диагноз при выписке: Правосторонний катаральный средний отит.

Состояние при выписке: заушная область не изменена, болезненна при пальпации заушной области. Козелок безболезненный. Слуховой проход широкий, свободный. Мт – серая, незначительно втянута, опозновательные знаки контурируются. Ш.р. – 4,5 м. В г. Москве произведено КТ височных костей. Заключение: КТ-картина – нарушения пневматизации единичных ячеек сосцевидного отростка правой височной кости. С учетом клинических данных, нельзя исключить ограниченный мастоидит. Проведено лечение в соответствии с Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи. Проведенная медикаментозная терапия и процедуры: S. Cefotaximi 1.0-3р/д в/м, Analgini 50% -2,0 в/м при болях, ОАК, ОАМ, Б/Х анализ крови в пределах нормы.

КТ височных костей от 03.02.12: Справа: сосцевидный отросток имеет хорошо развитую ячеистую систему, пневматизация которой нарушена за счет утолщения слизистой и наличия уровня жидкости в единичных ячейках, расположенных на верхушке отростка. Костнодеструктивных изменений в отростке не выявлено. По другим полостям среднего уха без патологии. Слева: без патологии. Клинические проявления в виде выраженных. длительных, упорных головных болей не связаны с патологией ЛОР-органов. Рекомендовано: консультация и лечение у невролога. Не исключено наличие невралгии затылочных нервов или шейного спондилеза. Выписана с улучшением. Трудоспособность утрачена временно. Рекомендации: Консультация в НИИ неврологии, карбамазепин или филепсин 200 мг х 2 р/д, диакарб 200 мг 1т при головных болях. Наблюдение и лечение у невролога, наблюдение в поликлинике по месту жительства. Консультирована отоневрологом в НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко. МРТ головного мозга: патологии не выявлено.

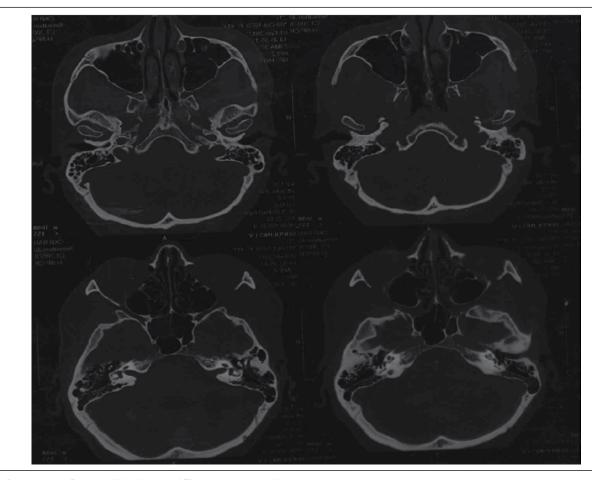


Рисунок 1 — Больная Ш., 43 года, КТ височных костей: определяется снижение пневматизации сосцевидного отростка в области верхушки и в области периантральных клеток

08.02.12 КТ головного мозга: киста правой верхнечелюстной пазухи. КТ пирамид височных костей: четкой патологии не выявлено. Заключение: патологии со стороны ЛОР-органов не выявлено. Киста правой верхнечелюстной пазухи (выявляемая рентгенологически) срочного оперативного лечения не требует, скорее всего, не является причиной указанных жалоб.

В июне 2012 г. пациентка обратилась к лор-врачу по месту жительства в г. Усть-Каменогорске. Произведена операция: гайморотомия справа. Также произведены заушные блокады с лидокаином и антибиотиком.

В июле 2012 г. в связи с усилившейся болью в заушной области справа обратилась за консультацией в Германию. Установлен диагноз: Хронический тонзиллит. Были произведены операции: санация в/ч гайморовой пазухи справа, конхотомия н/носовых раковин, тонзиллэктомия, удаление 8 зуба снизу справа и слева, шунтирование барабанной перепонки справа. Получила лечение: амоксициллин 3 недели. После полученного лечения заушная боль, слабость, озноб не беспокоили.

Декабрь 2012 г. Боли вновь возобновились. Также появилось головокружение постоянного характера. В январе 2013 г. обратилась к лор-врачу по месту жительства. 15.01.13. Произведены КТ-исследования головного мозга и пирамид височных костей. Произведено КТ головного мозга 15.01.13. Заключение: При КТ-сследовании головного мозга органических изменений не выявлено. КТ пирамид височных костей 15.01.13 (рис. 1). Заключение: При КТ-исследовании пирамид височных костей состояние после операции справа.

Улучшение наступало только во время приема антибиотиков, после окончания курса приема антибиотика боли в заушной области справа, слабость и озноб вновь возобновлялись. Status localis: AD - умеренная болезненность в области верхушки и planum mastoideum. Отоскопия: Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет. В области задненижнего квадранта барабанной перепонки обозрим шунт, через который отделяется незначительный экссудат. AS - в пределах нормы. Риноскопия: Носовые ходы широкие. Слизистая розовая, чистая. Фарингоскопия: Слизистая ротовой полости розовая, чистая. Минд. ниши свободные. На аудиограмме от 22.01.13 - патологии не выявлено. ОАК от 19.01.13 Hb – 121г/л, Эр – 4,68 10¹²/л, Тромб – 342,0 10⁹/л, Лейк – 3,9 10^{12} /л, Нейтр- 1% 10^9 /л, С/я – 33% 10^9 /л, Эоз. – 1% 10^9 /л, Мон. – 8% $10^9/\pi$, π/ϕ – 57% $10^9/\pi$, COO – 17 мм/час. Б/х от 21.01.13: Билирубин общий – 8,4 mmol/L, Холестерин 6,92 mmol/L, Креатинин 24 mmol/L, Глюкоза 5,04, Общий белок - 72,0 g/L, Мочевина 4,32 mmol/L, АЛТ - 14,0 ед, АСТ - 17,0 ед. Тимоловая проба 2,7 ед.

На основании компьютерной томографии (рис. 1) и анамнеза был заподозрен вялотекущий мастоидит справа. Диагноз: Правосторонний хронический средний отит, осложненный мастоидитом (вялотекущая форма). Состояние после шунтирования барабанной полости (27.08.12).

Операция: Мастоидотомия. Антруми ячейки сосцевидного отростка выполнены грануляционной тканью, покрытой скудным слизисто-гнойным отделяемым. Патологические ткани из полости сосцевидного отростка

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

удалены. Произведена ревизия барабанной полости. Патологических изменении в ней не обнаружено.

Диагноз после операции: Правосторонний хронический средний отит осложненный мастоидитом (вялотекущая форма). Состояние после шунтирования барабанной полости. Получала противовирусную терапию.

Больная была выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

Интерес данного наблюдения заключается в отсутствии симптоматики, характерной для мастоидита, и в трудности его диагностики в связи с отсутствием воспалительного процесса в барабанной полости. В анамнезе больная длительное время страдала рецидивирующим герпесом в области рта, правого века, что способствовало вялотекущей форме течения мастоидита, в связи с чем больной была проведена противовирусная терапия.

Самоизлечения мастоидита практический не бывает, даже самое активное антибактериальное и противовоспалительное лечение позволят только снять обострение воспалительного процесса или его распространение на окружающие ткани. Следовательно, патогенетическое лечение мастоидита в этом случае должно быть направлено на хирургическое дренирование полости антрума, которое действительно может обеспечить опорожнение полости абсцесса от гнойного экссудата, и проведение непосредственного лечения очага экссудативно-гнойного воспаления в этой области [3].

Выводы

На сегодняшний день, несмотря на современные возможности диагностики, атипичный мастоидит из-за особенностей течения трудно и поздно диагностируется, так как из-за скрытого течения больные обращаются после развития осложнений. Таким образом, атипичный мастоидит остается актуальным вопросом в оториноларингологии. При лечении острого и хронического отита в динамике надо большее время уделять не только субъективным данным, но и сопоставлять данные других исследований (рентгенограмма височных костей, КТ височных костей, отягощенный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Амиров А.М. Острые вялотекущие мастоидиты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 2 с.

2 Ghaffar F.A., Wondermann M., McCracken G.H. Jr. Pediatr. Infekt. Dis.J. 2001. – №20. – C. 376-380

3 Heitzmann.P., Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac., 1990. – №1. – P. 35-41

ТҰЖЫРЫМ

Т.Н. БУРКУТБАЕВА, Ж.Ж. АБДЫКАЛИКОВА, М.Д. АУЕЛБАЕВ, М.С. ЖУМАХМЕТОВ, В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.Н. МУСАГАЛИЕВА

Дәрігерлерді жетілдірудің Алматы мемлекеттік институты, Алматы қ.,

№5 калалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

БАЯУ АҒЫМДАҒЫ МАСТОИДИТТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ, ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ, ЕМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Берілген мақалада баяу ағымдағы мастоидиттың клиникалық ағымының ерекшеліктері қаралған. Мастоидиттың баяу ағымын емдеудегі ұстанымдары мен диагностикасының ерекшеліктерінің меншікті бақылаудағы мысалы келтірілген.

Негізгі сөздер: түріндегі мастоидиттің таралымы, латент мастоидитінің диагностикасы, енжар мастоидит.

SUMMARY

T.N. BURKUTBAEVA, Zh.Zh. ABDIKALIKOVA, M.D. AUELBAEV, M.S. ZHUMAKHMETOV, B.I. GRIGORENKO, A.S. OMIRKHANOVA, A.N. MUSAGALIEVA

The Almaty Extension Course State Institute for Medical Practitioners, Almaty c. 5st City clinic hospital, Almaty c.

FEATURES OF A CLINICAL CURRENT, DIAGNOSTICS, TREATMENT SLOW MASTOIDITIS

In this article questions of features of clinical manifestations slow mastoiditis are considered. The example of own supervision of a slow form mastoiditis, the principles of diagnostics, treatment is carried out.

Key words: The prevalence of atypical mastoiditis, the diagnosis of latent mastoiditis, sluggish mastoiditis.

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.315-007.254

Е.М. КОЖАБЕКОВ

Кафедра ортодонтии стоматологического факультета Стамбулского университета (Турция), кафедра стоматологии Международного Казахско-Турецкого университета им. Х.А. Ясави (Казахстан)

ПРОТОКОЛ ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА, ПРИНЯТОЙ В КЛИНИКЕ ОРТОДОНТИИ СТАМБУЛСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба по неотложным показаниям нуждаются в изготовлении нёбной пластинки (обтуратор) сразу после рождения и до первого кормления. После операции хейлопластики пациенты носят пассивную пластинку из мягкой пластмассы. По показаниям в послеоперационном периоде продолжается формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластин. В случаях недостаточного формирования носа после хейлопластики продолжается лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer). Операция на нёбе (уранопластика) рекомендуется в возрасте 1,5 года.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и нёба, нёбная пластинка, хейлопластика, уранопластика.

Республике Казахстан частота рождений детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба (ВРГН) составляет в среднем 1:889 [1]. Трудности восстановления нарушенных жизненно важных функций питания, дыхания и речи, анатомического восстановления верхней губы, носа и верхней челюсти, инвалидизации детей с расщелинами губы и нёба на долгие годы не снижают актуальность данной проблемы. Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба нуждаются в специальном комплексном лечении, которое проводится в центрах диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Лечение расщелин губы и нёба - сложная многогранная и не решенная до конца проблема. Для получения оптимального результата лечения с рождения и до совершеннолетнего возраста проводится многоэтапное лечение с участием большого количества специалистов. Процесс коррекции врожденного порока и последующих этапов реабилитации часто усложняется разнообразной сочетанной патологией со стороны других органов, в частности нервной системы.

Реабилитация больных с врожденной расщелиной губы и нёба объединяет диагностические, лечебные, восстановительные и реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение анатомических, функциональных и эстетических показателей. Она начинается с первого обращения пациента или родителей больного ребенка в медицинское учреждение. Установлено, что формирование искусственного нёба с помощью нёбной пластинки до первого кормления значительно облегчает кормление новорожденного.

Одними из первых специалистов, которые использовали нёбные обтураторы у детей с ВРГН, являлись Мс Neil С.К. [2, 3], Рубежова И.С. 1960 [4]. В 1983 году Шарова Т.В., Симановская Е.Ю. [5] предложили свою модификацию изготовления нёбных пластинок, которую авторы назвали преформированным нёбным аппаратом.

Применение нёбной пластинки (обтуратора, аппарата) для нёба позволяет улучшить условия для грудного и искусственного вскармливания ребенка с ВРГН. Такой обтуратор изолирует носовую полость от ротовой, обеспечивает отрицательное давление при сосании, препятствует расширению дефекта и не оказывает негативного действия на края расщелины.

Цель работы – освоение и клиническое применение инновационного дооперационного метода ортодонтического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба.

Материал и методы

В ноябре 2012 года и марте 2013 года по программе докторантуры выполнены научная работа и практическое освоение по оказанию неотложной ортодонтической помощи детям с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и нёба на кафедре стоматологии Стамбулского университета (зав. – проф. Елиф Ербай). За этот период мною проведено комплексное обследование и лечение 10 новорожденных с ВРГН. Из них с односторонней сквозной расщелиной ВРГН было 6 детей, двусторонней сквозной расщелиной ВРГН – 2 и изолированной расщелиной мягкого нёба – 2 ребенка.

Клиническое применение протокола дооперационной подготовки новорожденного с ВРГН. С целью формирования альвеолярной дуги у новорожденного с ВРГН использовался метод Мак Neil в модификации кафедры ортодонтии [6, 7]. Для этого нами в клинике ортодонтии после осмотра новорожденного с расщелиной, психотерапевтической беседы с матерью и членами семьи обсуждался вопрос об оптимальном способе кормления ребенка с ВРГН. Родителям объясняли, что

пользование для кормления ребенка обычной соской без ортодонтической подготовки не эффективно.

Новорожденные пациенты с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, впервые поступившие в клинику, направлялись к дежурному врачу. После получения медицинской истории получали оттиски с верхней челюсти ребенка при помощи материала на основе силикона, которые отправлялись в лабораторию (рис. 1,2). После этого осуществляли несколько фотоснимков (в профиль, фронтальный, нос, верхней губы, верхней альвеолы и, если имеются похожие патологии у членов семьи, то фото родственников) для архива. По слепкам новорожденного отливали две гипсовые модели, одна из которых является рабочей, другая диагностическая модель. После этого, до того, как будут готовы преформированные пластинки, которые изготавливаются в тот же день, дети-пациенты и их родители отдыхают в специально отведенной для этого детской комнате ожидания.

В лаборатории на обратной стороне рабочей модели, отлитой по слепкам детей с ВРГН, высверливали круглой формы три выемки глубиной, примерно 5 миллиметров, расположенных одна в центре межчелюстной кости (премаксилла), а две других в самом заднем отделе (на уровне бугров верхней челюсти) правых и левых верхнечелюстных сегментов. После этого основание модели покрывали изолирующим лаком, и эта форма устанавливалась на гипсовый раствор, залитый на ровную поверхность. После заливки образованных лунок гипсовым раствором ждали

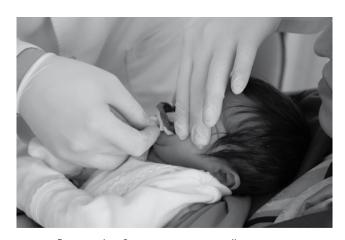


Рисунок 1 — Снятие слепка верхней челюсти у новорожденного А., 7 дней, с врожденной двусторонней сквозной расщелиной верхней губы и нёба



Рисунок 2 – Внешний вид снятого с верхней челюсти слепка у ребенка, что на рис. 1

СТОМАТОЛОГИЯ

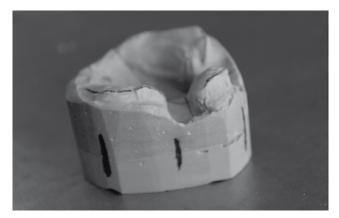


Рисунок 3 — Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, с начерченными линиями на основании для последующей преформации



Рисунок 4 – Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, с начерченными линиями на границе альвеолярного отростка для последующей преформации



Рисунок 5 – Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, с разделенной лобзиком на фрагменты



Рисунок 6 — Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, со смещенной межчелюстной костью на 1 мм



Рисунок 7 — Преформированная модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, со склеенными между собой сегментами с помощью воска для дальнейшего обжатия



Рисунок 8 – Аппарат «Биостар» для обжатия преформированной нёбной пластины на модели

до ее затвердения и таким образом получали систему ключа замка. Далее рабочая модель и полученное основание вместе размещали на платформе станка по резке гипса, наружные боковые поверхности обеих частей вырезаются в форме круга, придавая полностью одинаковую ровную поверхность (рис. 3, 4).

После этого рабочую модель делили на части с помощью лобзика (при односторонних расщелинах на 3, при двухсторонних расщелинах – на 3-4 части). Для получения

ровной верхнечелюстной арки и уменьшения ширины щели распиленные сегменты перемещали примерно на 1,5-2 миллиметра по отношению к гипсовому основанию, где имеется система ключ-замок (рис. 5, 6).

Перемещенные в новое положение сегменты приклеивали между собой и к основанию с помощью зуботехнического воска (рис. 7) На аппарате «Биостар» с помощью жесткой акриловой пластины толщиной 1 мм обжимали верхнечелюстную пластинку (рис. 8).



Рисунок 9 – Подгонка готовой преформированной нёбной пластины по границе переходной складки на модели верхней челюсти

На рабочей модели указанную процедуру повторяли 3 раза подряд после каждого перемещения верхнечелюстных сегментов, приближая их к необходимой форме альвеолярной дуги (рис. 9). Каждую вновь изготовленную пластинку ребенок носил 10 дней (всего 1 месяц).

После этого у ребенка снимали новый слепок и в такой же последовательности повторяли описанную выше процедуру. Дети, проживающие за пределом Стамбула, приглашались на проверку один раз в месяц, а проживающие в Стамбуле, в случае благоприятных условий у родителей, обследовались при каждой замене пластинки, то есть с перерывом в 10 дней.

Применение дополнительной повязки (экстраоральный бандаж) у детей с ВРГН позволяет осуществить корректировку расположения межчелюстной кости (премаксилла) и уменьшению дефекта расщелины верхней губы. Повязка используется с первого обращения ребенка в клинику и длится вплоть до операции на верхней губе. Родителям объясняется цель применения данной повязки и демонстрируется методика ее применения. Также подчеркивается важная роль данной повязки в облегчении грудного вскармливания ребенка. Опыт показал практичность применения повязки из обычного медицинского лейкопластыря (рис. 10).

Для формирования формы носа и удлинения укороченной носовой перегородки (колумелла) у детей сквозной ВРГН, после установления фрагментов верхней челюсти в правильном положении и когда в достаточной степени уменьшается верхняя губа (примерно в течение 2 месяцев или в конце лечения), проводится коррекция носа, его формирование и удлинение колумеллы. Для этой цели применяется метод Грейсона. При односторонней расщелине одна, а при двухсторонней расщелине устанавливаются две верхнечелюстные полоски из лейкопластыря для расширения ноздрей. На этом этапе продолжают применение дополнительных повязок рта (экстраоральный бандаж), что обеспечивает удлинение колумеллы (рис. 10)

Детям с наличием расщелины вторичного нёба верхнечелюстная пластинка готовится следующим образом. На рабочей модели, снятой с пациента, место дефекта заливается розовым воском, затем с помощью аппарата Биостар и применением мягкого материала (биопласт) толщиной в 2 мм готовится пластина, с удлинением язычка на пластинке (рис. 7). Такие дети в течение месяца используют одну и ту же пластину. По истечении месяца назначается день приёма для ребенка. Сняв с пациента новую рабочую модель, определив новые



Рисунок 10 — Фиксация пластины в полости рта у ребенка, что на рис. 1, с экстраоральным бандажом, наложенным на межчелюстную кость и натянутыми резинками для удлинения ноздрей

размеры дефекта нёба, проводят ту же процедуру, описанную выше.

После операции на верхней губе ребенок временно прекращает использование верхнечелюстных пластинок на определенный период времени. Врач объясняет родителям, что этот период неиспользование ребенком пластинки, пусть даже на несколько дней, приводит к тому, что в дальнейшем он полностью отвыкает, поэтому «отказывается» носит нёбную пластинку. Это впоследствии становится причиной обратного нарушения формы альвеолярной дуги, полученной с помощью ортопедического преформированного аппарата для сегментов верхней челюсти в дооперационный период. Данная ситуация разъясняется родителям ребенка и говорится о необходимости обязательного возобновления применения пластинки ребенком.

За день до операции у пациента получают слепок с верхней челюсти, и согласно полученной гипсовой модели готовится пассивная пластинка из мягкой пластины толщиной 2 мм. После установки готовой пластинки во рту ребенка, на вестибулярной стороне проверяют место нахождения расщелины губы для предотвращения вероятности травматизма или нанесения вреда швам после операции. У детей, которым не удалось обеспечить желаемого уровня формирования альвеолярной дуги до операции на верхней губе, в послеоперационном периоде продолжают формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластин. У детей с достаточно ровным расположением альвеолярной дуги, после операции на верхней губе до осуществления операции на нёба, продолжается применение пассивных нёбных пластинок, обновляемых раз в месяц. Детям, после хейлопластики, которым оказалось недостаточным формирование носа, продолжают лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer). Дети без каких-либо осложнений со здоровьем, примерно к полутора годам направляются на операцию на нёбе.

Выводы

- 1. Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба по неотложным показаниям нуждаются в изготовлении нёбной пластинки (обтуратор) сразу после рождения и до первого кормления. Аппарат изолирует носовую полость от ротовой, обеспечивает отрицательное давление при сосании, препятствует расширению дефекта и не оказывает негативного действия на края расщелины.
- 2. За день до операции хейлопластики пациенту готовится пассивная пластинка из мягкой пластмассы толщиной 2 мм, которая в послеоперационном периоде предотвращает вероятность травматизма или нанесения вреда швам после операции, обеспечивает формирование преддверия рта.
- 3. При условиях, когда у детей с ВРГН не удается обеспечить желаемого уровня формирования альвеолярной дуги до операции на верхней губе, в послеоперационном периоде продолжается формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластин.
- 4. У детей с достаточно ровным расположением альвеолярной дуги, после операции на верхней губе до осуществления операции на нёба, продолжается применение пассивных нёбных пластинок, обновляемых один раз в месяц. В случаях недостаточного формирования носа после хейлопластики продолжается лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer).
- 5. При отсутствии противопоказания со стороны общего развития ребенка с ВРГН, операция на нёбе (уранопластика) рекомендуется в возрасте 1,5 года.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Супиев Т.К., Негаметзянов Н.Г., Мамедов Ад. А. Врожденная расщелина верхней губы и нёба: монография. Алматы: КазНМУ, 2013. 496 с.
- 2 Mc Neil C.K. Oral and facial deformity. Pitman and Sons, ed. London, 1954. P. 14-25
- 3 Mc Neil C.K. Congenital oral deformities // Brit. Dental. S. 1956. Vol. 101, N 6. P. 191-198
- 4 Рубежова И.С. Применение «плавающего» обтуратора нёба в раннем возрасте и оценка способа формирования его носоглоточной части // Стоматология. 1960. №2. С. 75-76
- 5 Шарова Т.В., Симановская Е.Ю. Организация специализированной стоматологической помощи новорожденным с врожденной расщелиной губы и нёба в условиях родильного дома: методические рекомендации. – Пермь, 1983. – 21 с.
- 6 Эрбай Э., Алмач Л., Эрбай С. Приспособления для верхнечелюстной коррекции в неонатальный период, изготовленные с использованием метода прессования // Материалы 75-й Конгресса Европейского общества ортодонтов. Страсбург (Франция). 23-26 июня 1999 года

7 Асуман Дениз, Гумру Челикель, Эрбай Э. Новый подход к коррекции назальных деформаций у пациентов с односторонней и двусторонней расщелиной первичного нёба. // Материалы 12-й Международного симпозиума. – Измир (Турция). – 17-20 октября 2011 года

ТҰЖЫРЫМ

Е.М. ҚОЖАБЕКОВ

Стамбул университетінің стамотологиялық факультетінің ортодонтия кафедрасы (Түркия), Х.А.Ясауи атындағы Қазақ – Түрік Халықаралық университетінің стамотология кафедрасы (Қазақстан)

СТАМБУЛ УНИВЕРСИТЕТІНІҢ ОРТОДОНТИЯ ЕМХА-НАСЫНДА ҚАБЫЛДАНҒАН ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕДЕ ТУА БІТКЕН ЖОҒАРҒЫ ЕРІН МЕН ТАҢДАЙДЫҢ ЖАРЫЛҒАН ЖЕРІН ОТАҒА ДЕЙІН ДАЙЫНДАУДЫҢ ХАТТАМАСЫ

Қазақстан Республикасында жоғарғы ерні мен таңдайының туа біте жарылып туылуы орташа есеппен 1:889 құрайды.

Жұмыстың мақсаты – Балаларда туа біткен жоғарғы ерін мен таңдайдың жарылуын ортодонттық емделудің отаға дейінгі инновациялық әдісін игеру және клиникалық пайдалану.

Материалдар мен әдістер. Мақалада докторантура бағдарламасы бойынша орындалған және Стамбул университетінің стамотология кафедрасында жоғарғы ерін мен таңдайдың балаларда жарылуына ортодонттық шұғыл көмек көрсету бойынша әдістерді практика жүзінде игеру, 2012 жылдың қарашасы мен 2013 жылдың наурызында өткізілген зерттеулердің нәтижесі келтірілген. Осы кезеңде автормен кешендік зерттеу және туа біткен жоғарғы ерні мен таңдайы жабысқан 10 жаңа туылған нәрестені емделді. Емделушілердің арасында 6 балада бір жақты тесік, 2 балада екі жақты тесік және 2 балада жұмсақ таңдайы оқшауланып тесілген.

Зерттеулердің нәтижесі авторға мынадай қорытындыға келуге мүмкіндік берді: туа біткен жоғарғы ерні мен таңдайы тесік балалар шұғыл көрсеткіштер бойынша таңдай пластинкасын дайындауға қажеттілік тудыруда. Баланың дамуы жағынан қарсы көрсетілімдері болмаса, 1,5 жаста таңдайға ота жасауға кеңес беріледі.

Негізгі сөздер: Үстіңгі ерін мен таңдайдың туа біткен жарығы, таңдай тақтайшасы, хейлопластика, уранопластика.

SUMMARY

E.M. KOZHABEKOV

Department of Orthodontics of the Faculty of Dentistry of Istanbul University (Turkey), Department of Dentistry of the International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi (Kazakhstan)

THE PROTOCOL OF PREOPERATIVE PREPARATION OF INFANTS WITH CLEFT LIP AND PALATE, ADOPTED IN THE CLINIC OF ORTHODONTICS IN ISTANBUL UNIVERSITY

In the Republic of Kazakhstan, the incidence of births of children with cleft lip and palate (CLP) is 1:889 on the average.

The aim of the work was to master and clinically use the innovative preoperative method of orthodontic treatment for children with cleft lip and palate.

Material and methods. The article presents the results of studies carried out in November 2012 and March 2013, executed according to the doctorate programs and the practical mastering of methods of emergency orthodontic care for children with cleft lip and palate at the Department of Dentistry of Istanbul University (Head – prof. Yelif Yerbay).

During this period, the author conducted a comprehensive examination and treatment of 10 infants with cleft lip and palate.

Among the patients with unilateral through cleft, there were 6 children, bilateral through cleft – 2 children, and isolated cleft palate – 2 children.

The summarizing of the results of the studies allowed the author to draw the following conclusion: children with cleft lip and palate according to the urgent indications need the palatal plate (obturator) immediately after the birth and before the first feeding. In the absence of contraindications of the overall development of a child with CLP, the operation of the palate (palatoplasty) is recommended at the age of 1.5 years.

Key words: Congenital cleft lip and palate, palatal plate, cheiloplasty, uraniscoplasty.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ Кушугулова А.Р., Кожахметов С.С., Садуахасова С.А., Шахабаева Г.С., Тыныбаева И.К., Нургожин Т.С., Жумадилов Ж.Ш. Актуальные вопросы метагеномных исследований кишечного микробиома	2
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Мусина Д.С., Самарова У.С., Тентекпаев Ж.М. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи	7
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ Ботабекова Т.К., Кулкаева Г.У., Бурибаева Ж.К., Абдрахимова Д.Б. Офтальмология Казахстана в реализации глобального плана ВОЗ на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз»	10
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ Аумолдаева З.М. Значение хронического эндометрита в структуре гинекологической заболеваемости	
РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА Касымова Г.П., Жакупова М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста (обзор литературы)	23
НЕВРОЛОГИЯ Бережная М.А. Возрастная динамика изменений взаимоотношений в системе «нейрон-глия-капилляр» V слоя в верхних лобных извилинах головного мозга человека	26
ПСИХИАТРИЯ Шахметов Б.А. Когнитивная, личностно-развивающая психотерапия в общемедицинской практике	29
ВИЗУАЛИЗАЦИЯ Оразбаева Д.Р., Жакупова А.А., Козыбаева Ж.К., Абсатова С.Б., Бейсенова Ш.Д., Сайдахметова З.Б., Мамытбекова А.Б., Камалиденова М.К. Возможности ультразвукового метода исследования в диагностике посттравматических ложных аневризм артерий подвздошно-бедренного сегмента (случай из практики)	31
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ Яковлева О.А., Маслоед Т.Н. Эффективность коррекции комплексной базисной и гипотензивной терапией коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни Кипшакбаев Р.К. Обзор эффективности растительных препаратов при кашле на основе данных доказательной медицины Исенова С.Ш., Исина Г.М., Дженалаев Т.Б., Сейталиева А.Е. Профилактическое назначение антибиотиков при операции кесарево сечение	39 42
ОНКОЛОГИЯ Толеутай У.К., Позднякова А.П. Этнические особенности заболеваемости раком молочной железы в Кызылординской области Казахстана	40
Шалбаева Р.Ш. Дескриптивная эпидемиология рака вульвы в Северо-Центральном регионе Республики Казахстан	51
УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ Ким Ю.А., Кайшенов Н.Н., Севастьянов Л.В. Наш опыт применения контактной гольмиевой литотрипсии при камнях мочеточников	
Бреусова Е.М. Применение препарата цефиксим для лечения острого цистита	
Абдикасова Б.Е. Расслаивающаяся аневризма аорты при синдроме Марфана	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ Алипбекова А.С. Клинико-физиологические аспекты формирования «шокового легкого» (обзор литературы)	65
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ Цой Н.О., Цой О.Г. О возможной иммунорегуляторной роли гормонов, патогенетически значимых при тяжелых формах угревой болезни	69
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ Буркутбаева Т.Н., Абдыкаликова Ж.Ж., Ауелбаев М.Д., Жумахметов М.С., Григоренко В.И., Омирханова А.С., Мусагалиева А.Н. Особенности клинического течения, диагностики, лечения вялотекущих мастоидитов	74
СТОМАТОЛОГИЯ Кожабеков Е.М. Протокол дооперационной подготовки новорожденного с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, принятой в клинике ортодонтии Стамбулского университета	76

ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИЯМ

Для публикации в журналах «Медицина» и «Consilium» принимаются статьи на казахском, русском и английском языках.

Формат статьи – A4; 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 фирмыпроизводителя) 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) KZ53856000000010776 БИН 060440013521 ОАО «БанкЦентрКредит» БИК КСЈВКZКХ PHH 600900017696 КБЕ 17