

ISSN 2075-8790

Учредители журнала:
Управление Делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления Делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
д.м.н., профессор Бенберин В.В.

Заместитель главного редактора -
д.м.н., профессор Сарсебеков Е.К.

Ответственный секретарь –
Жумаева Г.Ш.

Журнал зарегистрирован
Министерством информации РК
4 января 2002 года
Регистрационный номер-2582-Ж

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: +7 (7172) 74-93-62
e-mail: vestnik_2002@bk.ru,
Веб-сайт: www.heraldmed.org

Реквизиты:

Акмолинский филиал
АО Казкоммерцбанк г. Астана.
БИК KZKOKZKX
РНН 620300000517
ИИК№KZ679261501119357001
БИН 080240012523

Подписной индекс: 75229

Мнение авторов может не совпадать с
мнением редакции.

Редакция оставляет за собой право в
отказе публикации материалов в случае
несоблюдения правил оформления.
Ответственность за достоверность
информации, содержащейся в рекламных
материалах, несут рекламодатели

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс Басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журналы

**шілде - қыркүйек
3 (72) 2018
июль - сентябрь**

Ежеквартальный научно-практический журнал

**ВЕСТНИК
Медицинского центра
Управления Делами Президента
Республики Казахстан**

*Журнал 2002 ж. бастап шыға бастаған
Жылына 4 рет шығады
Журнал издаётся с 2002 г.
Выходит 4 раза в год*

Редакционная коллегия:

Бакенова Р.А., д.м.н.
Джусипов А.К., д.м.н., профессор
Джолдасбекова А.У., д.м.н.
Енсебаев Е.Ж., д.м.н., профессор
Карабаева Р.Ж., д.м.н.
Мустафин А.Х., д.м.н., профессор
Нарманова О.Ж., д.м.н.
Танбаева Г.З., д.м.н., профессор
Шаназаров Н.А., д.м.н., профессор

Редакционный совет:

Ахетов А.А., д.м.н.
Бектаева Р.Р., д.м.н., профессор
Досмагамбетова Р.С., д.м.н., профессор
Жумадилов Ж.Ш., д.м.н., профессор
Кветной И.М., д.м.н., профессор (РФ)
Разумов А.Н., д.м.н., профессор, академик РАН (РФ)
Турова Е.А., д.м.н., профессор (РФ)
Хавинсон В.Х., профессор, член-корр. РАМН
Хашимова Юлдуз, д.б.н. (Азербайджан)
Шарманов Т.Ш., д.м.н., профессор, академик НАН РК

Журналдың тақырыптық бағыты: медицина ғылымдарының жетістіктерін жариялау, қазіргі заманғы технологияларды қолдану тәжірибесі, ресми құжаттар, ерекше мақалалар, ғылыми шолу, тақырыптық басылымдар

Тематическая направленность журнала: освещение достижений медицинской науки, опыт применения современных технологий, официальные документы, оригинальные статьи, научные обзоры, тематические выпуски

Қазақ, орыс, ағылшын тілдеріндегі мақалалар жарияланған
Опубликованы статьи на казахском, русском, английском языках

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE

ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ - ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА НАШЕГО ГОСУДАРСТВА

К.Ш.БЕРКИНБАЕВ, Л.В.КОНОПЛЁВА, А.А.ЛОГИНОВА
АО «ЛОК «ОК-ЖЕТПЕС»

Аннотация. В статье представлена информация о факторах, обеспечивающих здоровье человека, компонентах здорового образа жизни. Краткая информация об АО «ЛОК «Ок-Жетпес», проводимой профилактической работе в лечебно-реабилитационном отделении.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, Всемирная Организация здравоохранения, АО «ЛОК «Ок-Жетпес», профилактика заболеваний

Түйіндеме. САЛАУАТТЫ ҰЛТ - МЕМЛЕКЕТІМІЗДІҢ БАСЫМ МІНДЕТІ. Қ.Ш.Беркінбаев, Л.В.Коноплева, А.А.Логина. Мақалада адам денсаулығын қамтамасыз ететін факторлар, салауатты өмір салтының құраушылары туралы ақпарат берілген. Сонымен қатар осы бағытта «Окжетпес» ЕСК» АҚ емдеу-оңалту бөлімінде жүргізілетін профилактикалық жұмыстар көрсетілген.

Түйін сөздер: салауатты өмір салты, Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы, «Ок-Жетпес» ЕСК» АҚ, аурудың алдын алу

Summary. HEALTHY NATION IS THE PRIORITY TASK OF OUR STATE. C.Sh. Berkinbaev, L.V. Konopleva, A.A. Loginova. The article presents information on the factors that ensure human health, components of a healthy lifestyle. Brief information about JSC “LOK” Ok-Zhetpes “, conducted preventive work in the treatment and rehabilitation department.

Keywords: healthy way of life, World Health Organization, LOK OK-Zhetpes, prevention of diseases

Ежегодно в своих посланиях глава нашего государства Н.А.Назарбаев, уделяет особое внимание вопросу здоровья нашего народа. Современное здравоохранение должно больше ориентироваться на профилактику заболеваний, а не на дорогостоящее стационарное лечение. Главным приоритетом государства всегда являлась охрана здоровья человека. Право на охрану здоровья человека гарантирует статья 29 Конституции Республики Казахстан. В Стратегии «Казахстан-2050» Президент Нурсултан Абишевич Назарбаев подчеркнул, что «здоровье нации - основа нашего успешного будущего». Отмечено, что физкультура и спорт должны стать особой заботой государства, что здоровый образ жизни является ключом к здоровью нации. В целях исполнения Плана действий Главы го-

сударства по реализации «100 шагов» разработана Концепция развития физической культуры и спорта до 2025 года.

Но как сохранить и укрепить свое здоровье в современном ритме жизни!?

Формирование здорового образа жизни сегодня является актуальной темой для любого человека, будь то взрослый или ребенок. Иногда в семье культуру здорового образа жизни родители воспитывают у детей уже с дошкольного возраста, тем самым развивая в ребенке здоровые привычки и навыки. Все дело в том, что современная жизнь требует от человека огромных вложений своего труда, а главное здоровья, для того чтобы достичь своих целей.

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это «состояние полного физического, душевного и

социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Поддерживая здоровье и здоровый образ жизни, ВОЗ объявила 7 апреля Днем здоровья, так как считается, что именно в этот день в 1948 году, по Уставу ВОЗ, появилась первая трактовка понятия ЗОЖ, которая не изменилась и по сей день.

Эксперты ВОЗ в 80-х годах XX века определили ориентировочное соотношение различных факторов обеспечения здоровья современного человека, выделив в качестве основных четыре производные. Впоследствии эти выводы были принципиально подтверждены и применительно к нашей стране следующим образом (в скобках данные ВОЗ):

Генетические факторы – 15-20% (20%). Наличие наследственных заболеваний или предрасположенность к ним, конституция тела, общее состояние здоровья, иммунитет, особенности реакции организма не те или иные изменения окружающей среды - все это дается человеку от родителей, бабушек и дедушек.

Состояние окружающей среды – 20-25% (20%). Неблагоприятная природная среда способна вызвать самые различные, в том числе и неизлечимые заболевания, значительно ослабить иммунитет человека, стать причиной нарушений детородной функции. Состав воды и воздуха может содержать опасные вещества, которые наносят сильный вред организму.

Медицинское обеспечение – 10-15% (7-8%). На то, насколько будет здоров человек, влияет состояние медицины. В странах с отлично развитой сферой здравоохранения люди меньше страдают от различных заболеваний, потому что имеют возможность получить своевременную, квалифицированную медицинскую помощь. В регионах, где есть сложности с медицинским обслуживанием, встречается большее количество больных и инвалидов.

Условия и образ жизни людей – 50-55% (53-52%). Этот фактор является самым весомым, среди других, ведь от того, насколько серьезно человек относится к собственным привычкам, может зависеть общее состояние организма. Правильное питание, физическая активность и своевременное обращение к врачам положительно сказыва-

ется на здоровье. А вредные привычки, неумеренность в еде, низкая подвижность постепенно убивают человека.

Здоровый образ жизни помогает каждому заботиться и ухаживать за своим организмом. Он способствует его укреплению, устойчивости и силе. Это так только при одном условии - нужно использовать все его компоненты. Вот 5 компонентов здорового образа жизни:

1. Правильное питание

Питаться правильно, прежде всего, подразумевает под собой употреблять только полезные продукты питания. Они обеспечивают пополнение организма разными веществами, помогающими ему, расти и функционировать. Правильное питание должно быть исключительно сбалансированным. Человеку, особенно с проблемой лишнего веса, стоит придерживаться нескольких принципов правильного питания:

1) Еда должна быть разнообразной. Это значит, что в рацион необходимо включить продукты и животного и растительного происхождения.

2) Калорийность рациона не должна превышать суточную норму. У каждого она своя. При расчете нормы калорий учитываются многие аспекты образа жизни. Например, наличие физических нагрузок, лишнего веса, болезней и т.д.

3) Не менее 5 приемов пищи в сутки. Они включают три основных и два перекуса. Голодать нельзя – это аксиома. Чтобы всегда чувствовать себя хорошо, научитесь кушать 5 раз в день в одно и то же время.

4) Кушайте медленно. Таким образом, вы вовремя ощутите чувство насыщенности, не переедите и насладитесь вкусом.

5) Хорошо пережевывайте пищу. Это спасение для желудка и всей пищеварительной системы. Специалисты рекомендуют жевать пищу не менее двадцати раз.

6) Ешьте жидкое. Обязательно ежедневно употреблять супы. Они способствуют выделению желудочного сока. Этим супы упрощают процесс переваривания других блюд.

7) Кушаем богатые на витамины овощи и фрукты. Это отличный вариант для пе-

рекуса. Свежие овощи и фрукты не только утолят голод, но и пополнят недостаток полезных веществ.

8) Пить, пить и еще раз пить. Норма воды в сутки – 1,5-2 литра. Чай, кофе и супы не в счет. Утром натощак выпивается стакан воды. Для вкуса можно добавить лимон.

9) Употребляем кисломолочные продукты. Лучше всего низкой жирности, но не обезжиренные. Они содержат полезный белок и способствуют скорейшему пищеварению.

10) Не ленитесь, ешьте только свежеприготовленные блюда. Со временем еда теряет полезные свойства.

Правила здорового питания достаточно просты и не требуют специальных навыков. Сегодня доступна масса сервисов, где каждый найдет рецепты по своему вкусу, сможет контролировать калорийность блюд и количество потребляемой воды.

2. Спорт

Наше тело – это наш главный инструмент. С его помощью мы можем выполнять все свои функции. Поэтому очень важно, чтобы тело всегда было в порядке. В первую очередь им нужно пользоваться. Движение – это жизнь. Лучше и не скажешь. Возьмем для примера автомобиль. Если он стоит без дела многие годы, то покрывается ржавчиной и становится непригодным для использования. Так и наше тело. Чем меньше мы двигаемся, тем больше риск заболеваний. Хорошо, если у вас много свободного времени. Вы можете посещать групповые занятия, упражняться в тренажерном зале или танцевать. Вариантов очень много. Но что, же делать, если вы занятой человек и почти не имеете свободного времени? Идеальный вариант для вас – утренняя зарядка. Посвятите ей 10-15 минут в день, и ваше тело всегда будет в отличном состоянии.

3. Личная гигиена и здоровый сон

Держите тело в чистоте. Это избавит вас от риска получить заболевания, связанные с размножением бактерий и паразитов. А здоровый сон поможет быть всегда активными и полными сил и энергии. Старайтесь спать не менее восьми часов. Наиболее приемлемым временем для сна приходится временной отрезок с 22.00 до 6.00.

4. Различные виды закаливания

Чтобы свести риски заболеваний к минимуму стоит заниматься закаливанием. Оно помогает организму бороться с неблагоприятными внешними факторами. Известно много способов повысить сопротивляемость и иммунитет:

1) Принятие воздушных ванн. Это наиболее доступный и легкий способ. Старайтесь часто устраивать прогулки на свежем воздухе, проветривайте помещения. Летом выезжайте за город. Чистый лесной воздух – самая лучшая профилактика заболеваний.

2) Принятие солнечных ванн. Не менее эффективным для человека является нахождение на солнце. Однако с ним стоит быть осторожным и избегать прямых лучей в полдень. Также нельзя допускать появления ожогов и тепловых ударов.

3) Прогулки босиком. Наши ступни имеют множество чувствительных точек. Их массаж приводит к нормализации работы важных органов.

4) Обтирания – мягкий и нежный способ закаливания. Он подходит даже для маленьких детей. Процесс предполагает растирание тела с помощью массажной рукавицы, мочалки или мокрого полотенца.

5) Обливания холодной водой – самый известный способ. Можно обливаться полностью или частично. Важно после процедуры обтереться сухим полотенцем.

6) Контрастный душ. Чередование холодной и горячей воды придает коже тонус, омолаживает и закаляет организм.

5. Обеспечение психического здоровья

Современному человеку приходится выдерживать большие психологические нагрузки. Они связаны со многими обстоятельствами: с учебной или производственной работой, с взаимоотношениями с другими людьми, с необходимостью выполнять определенные обязанности в семье и обществе, со стрессовыми обстоятельствами, с необходимостью реагировать на неприятные или неожиданные ситуации и т.д. Неумение адекватно вести себя в этих ситуациях нарушает психическое состояние человека. Такие нарушения часто приводят к развитию многих заболеваний, которыми страдают наши современники. Поэтому так

важно владеть теми приемами, которые помогают каждому человеку разумно вести себя в ситуации, провоцирующей психическое напряжение, а если оно все-таки возникло, то выйти из подобных обстоятельств с наименьшим уроном для своей психики и здоровья.

6. Четкий режим жизни

Все поведение человека, выполнение им своих обязанностей, как и досуг, сон должны подчиняться определенной закономерности, которая бы соответствовала требованиям:

- любая нагрузка (включая мышечные, психические, умственные и даже прием пищи) должна чередоваться с последующим периодом отдыха, обеспечивающим необходимое восстановление резервов организма;

- в режиме человека должны найти отражение все стороны его жизнедеятельности: учеба (работа) и сон, занятия своим здоровьем и досуг, выполнение своих обязанностей в семье и свободное время.

Для поддержания здорового образа жизни, необходимо соблюдение всех вышеизложенных факторов. На сегодняшний день существует большое количество санаториев, которые предлагают большой спектр услуг, для оздоровления и поддержания здоровья населения.

Одним из лучших является Лечебно-оздоровительный комплекс «Ок-Жетпес». Главным преимуществом для ЛОК «Ок-Жетпес», является расположение его

в самом сердце жемчужины Казахстана – Бурабай, на берегу красивейшего из озер Щучинско-Бурабайской курортной зоны. Поблизости находятся уникальные природные достопримечательности, визитные карточки Бурабая – сказочные скалы Окжетпес и Жумбактас. Благоприятные климатические условия и удивительные природные богатства обеспечивают совокупность оптимальных факторов для лечения и укрепления общего состояния организма. Санаторий предлагает большой выбор оздоровительных медицинских услуг. Но наряду с этим медицинскими работниками лечебно-реабилитационного отделения проводится большая работа по пропаганде здорового образа жизни и профилактике социально-значимых заболеваний, искоренению вредных привычек, освещаются принципы рационального питания и польза физической активности. Вниманию отдыхающих регулярно представляются презентации по ЗОЖ, проводятся круглые столы, организуются беседы и мини-лекции. Как правило, санаторное лечение выбирают люди, живущие в крупных мегаполисах, которые загружены городской суетой, здесь они получают не только качественные медицинские услуги, богатую климатотерапию, но и информацию - как сохранить и укрепить свое здоровье. По статистическим данным АО «ЛОК «ОК-Жетпес» 99% отдыхающих заканчивают санаторно-курортное лечение с улучшением здоровья.

УДК 614.3

ВАЖНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ РАДОНОВЫМИ ВАННАМИ

Е.А.КИЯСОВ, Б.К.ИЗАТУЛЛИН, И.К.ИЩАНОВА
РГП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» МЦ УДП РК
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Приведены результаты санитарно-гигиенического контроля над содержанием радона в воздухе и вентиляции, как метода снижения содержания радона в воздухе при лечении радоновыми ваннами.

Ключевые слова: Санитарно-гигиенический контроль, радонотерапия, ионизирующее излучение, радоновые ванны, содержание радона в воздухе, вентиляция

Түйіндеме. САНАТОРЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ЕМДЕЛУ КЕЗІНДЕГІ РАДОН ВАННАЛАРЫ ОРНАЛАСҚАН ОРЫНЖАЙДЫҢ ТИІМДІ ВЕНТИЛЯЦИЯСЫНЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ. Е.А.Қиясов, Б.И.Изатуллин, И.К.Ищанова. Ауадағы радон мөлшерін санитарлық-гигиеналық бақылау нәтижелері және радон ваннасымен емдеу барысында ауадағы радон мөлшерін азайту әдісі ретінде ауа желдету туралы ақпарат берілген.

Түйін сөздер: Санитарлық-гигиеналық бақылау, радонмен емдеу, иондаушы сәулесі, радон ваннасы, ауадағы радон мөлшері, ауа желдету

Summary. IMPORTANCE OF EFFECTIVE VENTILATION AT SANATORIUM-RESORT TREATMENT RADON BATHS. Y.A. Kiyassov, B.K. Izatullin, I.K. Ichshanova. Radon treatment. Sanitary-hygenic control after maintenance of radon in mid air. Ventilation - as a method of decline of maintenance of radon in mid air at treatment radon baths.

Keywords: Sanitary-hygenic control, radon treatment, ionizing radiation, radon baths, maintenance of radon in mid air, ventilation

ВВЕДЕНИЕ

Знаменитый врач и алхимик XVI века Парацельс сказал, что одно и то же вещество может быть и ядом, и лекарством одновременно. Существует в природе радиоактивный газ, который не калечит, а именно лечит в умеренных дозах больные органы. Мало того, он удивителен ещё и тем, что весит в 4 раза тяжелее железа и одновременно с тем свободно порхает в газообразном состоянии. Это радон, который люди научились использовать себе во благо [1].

Радон – это инертный газ, не имеющий цвета и запаха. Радиоактивен, то есть, распадаясь, он становится источником ионизирующих излучений. В природе существуют четыре изотопа радона, однако наиболее известны два – радон (Rn222) и торон (Rn220). Два других изотопа (Rn219 и Rn218) очень нестабильны и «живут» после возникновения настолько недолго, что шансов столк-

нуться с ними лицом к лицу у нас с вами практически нет [2].

Радонотерапия - это использование с лечебной целью малых доз ионизирующего излучения, образующихся при распаде радона и его дочерних продуктов. Радонотерапия показана при всех формах хронической патологии, которые вообще подлежат лечению бальнеологическими факторами. Более того, при некоторых патологических процессах радонотерапия является единственным допустимым методом применения бальнеологических факторов.

Радон в больших дозах чрезвычайно опасен. Опасность радона для человека заключается в том, что, будучи газом, он попадает в организм человека при дыхании и может вызвать пагубные для здоровья последствия, прежде всего - рак легких.

Попавший в атмосферу радон вдыхается вместе с воздухом и уже в бронхах на-

чинает облучать слизистую оболочку. Продукты распада радона также радиоактивны. Попадая в кровь, они разносятся по всему организму, продолжая его облучать.

В настоящее время считается, что радон с продуктами его распада обуславливает около восьмидесяти процентов ежегодной дозы облучения населения планеты от природных источников радиации.

Ионизирующее излучение в относительно небольших дозах, которые не приводят к лучевой болезни, опасно своими отдаленными вероятностными эффектами, или их еще называют стохастические эффекты.

Вероятность и срок проявления таких эффектов трудно предсказать, однако риск их появления у людей, подвергшихся облучению значительно выше, чем у людей, которые с радиацией не сталкивались. Масштаб последствий также трудно оценить, поскольку от дозы облучения тяжесть стохастических эффектов никак не зависит.

Самыми опасными стохастическими эффектами воздействия ионизирующего излучения являются онкологические заболевания [3].

По этому контроль за содержанием радона в воздухе в лечебных помещениях и мероприятия по снижению его концентрации являются первостепенной задачей.

В бальнеологических помещениях снижают концентрацию радона с помощью приточно-вытяжной системы. Так как радон – тяжелый газ, вытяжка должна находиться в нижней и верхней зонах помещения.

ЦЕЛЬ

Показать значимость санитарно-гигиенического контроля в обеспечении безопасных условий для здоровья пациентов при лечении радоновыми ваннами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На сегодня АО «ЛОК «Окжетпес» МЦ УДП РК предоставляет своим пациентам

лечение радоновыми ваннами, а так же прием радоновой воды внутрь. Вода со скважин АО «ЛОК «Окжетпес» МЦ УДП РК считается слоборадоновой.

Специалистами «УСЭН» МЦ УДП РК и РГП «ЦСЭЭ» МЦ УДП РК осуществляются замеры, контроль и мониторинг за содержанием радона в воде и в воздухе. Для питьевой воды норма содержания радона, в соответствии с Гигиеническим нормативом «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиологической безопасности» № 155 от 27.02.2015г., установлена в 60 Бк/л. Норматив для содержания радона в воздухе закрытых помещений принят в 200 Бк/м³. При замерах содержания радона в воздухе бальнеологического отделения «Радоновые ванны» АО «ЛОК «Окжетпес» от 24.02.2016г. было выявлено высокое, близкое к пороговому значению, содержание радона. В дальнейшем, выяснилось, что вентиляционная система работала не эффективно. АО «ЛОК «Окжетпес» был проведен ремонт и реконструкция вентиляционной системы бальнеологического отделения. После принятия этих мер содержание радона в воздухе уменьшилось примерно в 8 раз.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все замеры содержания радона в воздухе были проведены в соответствии с «Методикой измерения концентрации радона» Приложение №3. К приказу Председателя Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора от 8 сентября 2011года №194 «Об утверждении «Методических рекомендаций по радиационной гигиене» [4].

Ниже предлагаем результаты измерений содержания радона (равновесной эквивалентной объемной активности) в воздухе помещений радоновых ванн за последние 3 года (рисунок 1).

Результаты измерений радона



Рисунок 1 – Результаты измерений радона

Из представленных данных диаграммы следует, что до ремонта и реконструкции вентиляционной системы количество радона в воздухе было высоким, после ремонта и реконструкции приточно-вытяжной системы содержание радона в воздухе значительно снизилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективная и отрегулированная система вентиляции полностью исключает накопление радона в помещениях для лечения пациентов радоновыми ваннами. Причем, крайне важно наличие правильно спроектированной системы искусственного воздухообмена, так как наличие естественной вентиляции не имеет весомого значения при организации водолечебниц с применением радона.

ЛИТЕРАТУРА

1. tvoamolodost.ru – «Радоновые ванны: самая приятная процедура лечения множества заболеваний».
2. ru.wikipedia.org – «Радон».
3. zazdorovye.ru – «Радон-невидимый убийца».
4. Методика измерений концентрации радона. Приложение №3. К приказу Председателя Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора от 8 сентября 2011года №194 «Об утверждении «Методических рекомендаций по радиационной гигиене». «Проведение радиационно-гигиенического обследования территории жилых и общественных зданий»».

УДК 614.2

ИЗУЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ИНСТИТУТА ГЕНЕТИКИ ИМ. РЕКАНАТИ (Г.ПЕТАК-ТИХВА, ИЗРАИЛЬ)

Ж.Н.СУЛЕЙМЕНОВА, Л.В.ДУДКИНА
РГП «Больница Медицинского центра» УДП РК на ПХВ
г.Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье дан краткий обзор обучения по организации генетической помощи населению в условиях многопрофильного медицинского центра на базе Института Генетики им. Реканати (г. Петак-Тихва, Израиль) по 011 государственной бюджетной программе, а также перспективам дальнейшего развития молекулярно-генетической диагностики в Больнице Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан.

Ключевые слова: международный опыт, инновационное обучение, молекулярная генетика, персонализированная медицина, медико-генетическое консультирование

Түйіндемe: РЕКАНАТИ АТЫНДАҒЫ ГЕНЕТИКА ИНСТИТУТЫНЫҢ БАЗАСЫНДА КӨП САЛАЛЫ СТАЦИОНАР ЖАҒДАЙЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІН ҮЙРЕНУ (Петак-Тихва, Израиль). Ж.Н.Сүлейменова, Л.В.Дудкина. Мақалада Реканати атындағы (Петак-Тихва қ-сы, Израиль) Генетика Институтының базасында көп салалы медициналық орталық жағдайында тұрғындарға генетикалық көмекті ұйымдастыру бойынша 011 мемлекеттік бағдарлама аясында өткен оқу нәтижесіне, сонымен қатар Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасында молекулярлық-генетикалық диагностиканы әрі қарай дамыту перспективасына қысқаша шолу берілген.

Түйін сөздер: халықаралық тәжірибе, инновациялық оқу, молекулалық генетика, дербестендірілген медицина, медициналық генетикалық кеңес беру

Summary: STUDY OF THE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF MEDICO-GENETIC AID TO THE CONDITIONS OF THE MULTIDISCIPLINARY STATIONARY ON THE BASIS OF THE INSTITUTE OF GENETICS them. REKANATI (PETAK-TIHVA, ISRAEL). Zh.N.Suleimenova, L.V.Dudkina. The article gives a brief overview of the training on the organization of genetic assistance to the population in the conditions of a multidisciplinary medical center on the basis of the Institute of Genetics. Recanati (Petak-Tihva Israel) for 011 state budget program, as well as prospects for further development of molecular genetic diagnosis in the Hospital of the Medical Center of the Presidential Administration of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: international experience, innovative education, molecular genetics, personalized medicine, medical genetic counseling

ВВЕДЕНИЕ

По данным мировой статистики, ежегодно среди новорожденных 4-5% детей имеют значительные наследственные дефекты. Всемирной организацией здравоохранения зарегистрировано свыше 1000 серъ-

езных наследственных аномалий человека, связанных с нарушением жизненно-важных процессов [1]. В связи с повышением фона ионизирующей радиации и загрязнением окружающей среды мутагенами возрастает число вредных мутаций у человека. Сов-

ременный этап развития генетики открыл огромные перспективы направленного вмешательства в явления наследственности и выявил важную роль генетики в медицине, в частности, в изучении закономерностей наследственных болезней и физических аномалий человека. Задача современного человечества состоит в том, чтобы не только сохранить жизнь и здоровье ныне живущих людей, но и оградить будущие поколения от вредных мутаций. Выяснение генетической природы отдельных наследственных заболеваний, поиск и разработка методов профилактики заболеваний является на сегодня основным направлением современной медицины [1]. За последние годы в терминологии здравоохранения все чаще используется понятие персонализированной медицины, суть которой заключается в необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту [2]. Персонализированную медицину определяют, как «быстро развивающуюся область здравоохранения, основанную на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе к анализу возникновения и течения заболевания» или как «интегральную медицину, которая включает разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения». По определению Совета по развитию науки и техники при президенте США (2008), персонализированная медицина подразумевает «адаптацию терапевтического лечения к индивидуальным особенностям каждого пациента, чтобы выделить субпопуляции, отличающиеся по своей предрасположенности к определенному заболеванию или их ответу на конкретное лечение». Профилактическое или терапевтическое лечение можно затем использовать для тех, кому оно принесет пользу, экономя расходы и избавляя от побочных эффектов тех, кому это лечение не принесет пользы» [3].

ЦЕЛЬ

Изучить опыт организации медико-генетических исследований в условиях многопрофильного стационара на примере Института Генетики им. РЕКАНАТИ (г.Петак-Тихва, Израиль).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках образовательной программы на базе медицинского центра им. Рабина, в Институте им. Рафаэля Реканати (Израиль) были использованы лекционные материалы, передовые публикации по геномной медицине. Образовательные методы включали: лекции, ежедневные консультации с сотрудниками Института, посещение приема специалистов, клинические разборы и самостоятельная работа и обзор литературных данных. В течение 2-х недель мы имели возможность знакомиться с работой современной научно-исследовательской клиники, специализирующейся на проведении генетических анализов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Внедрение персонализированной медицины и индивидуального ведения пациентов является стратегическим направлением развития системы здравоохранения всех стран, в том числе и нашей страны. Изучением данного направления и внедрения основных аспектов персонализированной медицины заинтересованы специалисты Больницы медицинского центра Управления делами Президента РК в рамках открытия молекулярно-генетической лаборатории.

Целью обучения было изучить международный опыт организации медико-генетических исследований в условиях многопрофильного стационара. Образовательная программа проходила на базе медицинского центра им. Рабина, в Институте им. Рафаэля Реканати (Израиль) в рамках Программы 011 МЦ УДП РК. Программа включала краткий ознакомительный курс по вопросам организации молекулярно-генетических исследований, планирования деятельности генетической лаборатории.

Медицинский Центр им. Рабина(RMC) был основан в 1996 г. с объединением двух больниц: Бейлинсон (1936) и Ха-Шарон (1942). Медицинский кластер высшего международного класса по своим лечебным возможностям и самый крупный в Израиле медицинский центр по количеству коек для неотложной госпитализации взрослых. Институт Генетики им. Рафаэля Реканати входит в состав Медицинского Центра им. Рабина [4].

В Институте существует 2 основных структурных подразделения: амбулаторного консультирования и лабораторной диагностики. Основными направлениями деятельности консультативного отделения являются:

1. Медико-генетические консультации, на предмет распространенных заболеваний: рака молочной железы, рака толстой кишки, сердечных заболеваний, болезней почек и других. На сегодняшний день это одна из самых быстроразвивающихся областей медицинской генетики.

2. Пренатальные консультации - предоставляются беременным женщинам в целях предотвращения рождения ребенка-обладателя ярко выраженных дефектов.

3. Клиника Исследований особых генетических заболеваний, - средиземноморская лихорадка (FMF)

4. Клиника глухоты - точная диагностика глухоты и предоставление консультации родственникам пациента в целях предотвращения появления ярко выраженных дефектов слуха в семье.

Лабораторная служба Института представлена двумя крупными лабораториями: Молекулярной лабораторией и Цитогенетической. В Молекулярно-генетической лаборатории проводятся многочисленные скрининговые исследования, а также поиск мутаций, связанных с тем или иным заболеванием, заподозренным у пациента в процессе генетического консультирования. Лаборатория оснащена современным оборудованием: NGS секвенатор Illumina MySeq, система ПЦР в реальном времени AB 7500 / Applied Biosystems Real-Time PCR, Капиллярный секвенатор по Сенгеру. Молекулярно-генетическая лаборатория проводит анализ экзонов полногеномное секвенирование с последующим биоинформационным анализом, используемым в клинических целях для дифференциации выявленных мутаций. В Лаборатории Цитогенетики применяют разнообразные методы для диагностики генетических нарушений: классическое цитогенетическое исследование - эти исследования подразумевают анализ кариотипа (полного набора хромосом) для выявления хромосомных дефектов. Эту методику используют как для скрининга взрослых пациентов, так и для эмбрионов.

Образцом для исследования может служить кровь пациента либо околоплодные воды и ворсины хориона плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образовательная программа на базе медицинского центра им. Рабина, в Институте им. Рафаэля Реканати (Израиль) позволила изучить актуальные вопросы развития молекулярно-генетических исследований. Прогресс молекулярной медицины связан с развитием геномики, благодаря чему стали возможными картирование, клонирование и характеристика отдельных генов. С точки зрения клинической медицины, это означает возможность обнаружения связи между отдельными генами и заболеваниями человека. Основными задачами молекулярной медицины являются познание молекулярных основ возникновения и механизмов развития заболеваний, разработка адекватных методов диагностики, лечения и профилактики [5]. Сегодня молекулярно-генетические методы используются для диагностики различных заболеваний и выявления их причин. Уже стало рутинным тестирование крови для выявления ДНК/РНК различных вирусов, исследование генома пациента для поиска маркеров наследственных и онкологических заболеваний, а также аллельных вариантов различных генов. Молекулярно-диагностические технологии будут внедрены в клиническую практику Больницы медицинского центра УДП РК в конце 2018 года. Клиническая лабораторная диагностика Больницы будет располагать широким спектром методов, основанных на выявлении и диагностике методами анализа нуклеиновых кислот - полимеразная цепная реакция (ПЦР), генотипирование, биочипы, секвенирование. Полученные нами знания внесут значительный вклад в разработку модели функционирования молекулярно-генетической лаборатории в условиях Больницы МЦ УД ПРК.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.И.Петров, И.Н.Шишиморов «Персонализированная медицина: Эволюция методология и проблемы практического внедрения», Вестник ВолгГМУ, выпуск 1 (57), 2016, стр. 3-11.

2. Генерозов Э.В., к.б.н., «Генетическое типирование человека. Персонализицирован-

ная медицина сегодня». ФГУ «НИИ Физико-химической медицины» ФМБА России, 2010

3. С.Н.Щербо. «Современные биомаркеры персонализированной медицины», Презентация 2015г.

4. Е.Абрамсон «Медицинский центр им. Рабина (RMC)». Презентация, 2018г.

5. Scott RT, Jr, Ferry K, Su J, Tao X, Scott K, Treff NR. *Comprehensive chromosome screening is highly predictive of the reproductive potential of human embryos: a prospective, blinded, non selection study.* *Fertil Steril.* 2012;97:870–5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.01.104

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ACTIVITIES OF THE DOCTOR**

УДК 616.24-002

**ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА НА МИКРОФЛОРУ
МОКРОТЫ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ
ДО НАЧАЛА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Д.Н. НУРЛАН, А.А. МУСТАФИНА, А.Б.АЛИМЖАНОВА,
Н.Д. ШИДЕРОВА, Ж.А.НУРГАЛИЕВА
АО «Центральная клиническая больница»
г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. Представлены сравнительные данные больных с бронхо-легочной патологией в зависимости от сроков взятия мокроты на исследование чувствительности микрофлоры в приемном отделении, в обычном режиме (будние дни) и ранее взятие (ночное время, выходные и праздничные дни). Проведенный анализ позволил сделать вывод о том, что ранее взятие мокроты позволило сократить сроки получения результата, произвести раннюю коррекцию в антибактериальной терапии, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: анализ на микрофлору мокроты, оптимизация лечения, заболевания бронхо-легочной системы.

Түйіндеме. АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ТЕРАПИЯДА АНТИБИОТИККЕ СЕЗІМТАЛДЫҒЫН БАЙҚАҒАНҒА ДЕЙІН МИКРОФЛОРАДА ҚАҚЫРЫҚТЫ АЙҚЫНДАЙ ОТЫРЫП ОҢТАЙЛАНДЫРУ ЖҮРГІЗУ МЕРЗІМДЕРІН ТАЛДАУ. Д.Н.Нұрлан, А.А.Мұстафина, А.Б.Әлімжанова, Н.Д.Шидерова, Ж.А.Нұрғалиева. Бронхо-өкпелік патологиясы бар науқастардың микрофлораның сезімталдығын зерттеуге қақырықты алу мерзімдеріне байланысты қабылдау бөлімінде, әдеттегі режимде (жұмыс күндері) және ертерек алынған (түнгі уақытта, демалыс күндері және мерекелер) қақырықтың салыстырмалы деректері берілген. Талдаудың алдын-ала қорытындысы бойынша, қақырықты ертерек алу нәтижені алу уақытын қысқартуға, антибактериалды терапияны ерте түзетуді жүзеге асыруға, ауруханада пациенттердің болу мерзімін қысқартуға мүмкіндік берді.

Түйін сөз: ауыз қуысының микрофлорасын талдау, емдеуді оңтайландыру, бронхо-өкпелік жүйе аурулары.

Summary. OPTIMIZATION OF THE TIMING OF SPUTUM TAKING FOR ANTIBIOTICS SENSITIVITY OF MICROFLOROUS BEFORE THE ANTIBACTERIAL THERAPY IS BEGINNING. D.N.Nurlan, A.A.Mustafina, A.B.Alimzhanova, N.D.Shiderova, Zh.A.Nurgalieva. Comparative data of patients with broncho-pulmonary pathology are presented depending on the timing of sputum taking for the sensitivity of microflorous in the Admission department: in the usual mode (weekdays) and earlier taking (night time, weekends and holidays). The analysis have concluded that earlier taking of sputum leads to shorten time of obtaining the result, to make an early correction in antibacterial therapy, to shorten the period of stay of patients in the hospital.

Keywords: sputum microflora analysis, treatment optimization, broncho-pulmonary diseases.

ВВЕДЕНИЕ

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости населения, как по числу тяжелых осложнений с летальным исходом, так и по инвалидности, смертности, нанося большой ущерб здоровью людей и государству в целом. По данным ВОЗ смертность от болезней органов дыхания к 2020 году займет третье место во всем мире. Смертность населения РК по причине болезней органов дыхания занимала 2-е место в структуре смертности от всех других причин и достигала в 2013г.- 67,2; 2014г.- 95,9; 2015г.- 105 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели смертности от болезней органов дыхания отмечаются в северных и восточных регионах: в СКО 172,08 случаев, ВКО 120,32 случаев на 100 тыс. населения [1].

Одной из актуальных и грозных заболеваний бронхо-легочной системы во всем мире является пневмония. Пневмония – это инфекционное воспаление дистальных отделов респираторного тракта с вовлечением в воспалительный процесс, прежде всего, альвеол, а так же бронхов мелкого калибра и бронхиол. В среднем показатель заболеваемости пневмонией на Земном шаре составляет от 200 до 1500 случаев на 100 тыс. населения в год. Наиболее высокая заболеваемость отмечается в возрастной группе старше 75 лет и у детей до 5 лет [2].

До настоящего времени не удалось достигнуть существенных изменений в снижении заболеваемости и смертности от внебольничных пневмоний, бронхитов, несмотря на достижения в изучении патогенеза, этиологии, лабораторной диагностики и высокой эффективности лечения антибактериальными препаратами. Эта задача остается нерешенной в пульмонологии. В организации пульмонологической помощи одним из слабых звеньев остается этиологическая верификация возбудителя инфекций дыхательных путей. Так уровень этиологической диагностики бронхолегочных заболеваний необходим для мониторинга пневмотропных возбудителей, оценки их резистентности к антибактериальным препаратам [3,4].

При проведении диагностических мероприятий заболеваний бронхо-легочной системы, кроме клинических и инструментальных методов диагностики, проводится

анализ мокроты (общий анализ мокроты, анализ на микобактерию туберкулеза и бактериологический посев мокроты с определением чувствительности к антибиотикам). Мокрота – это патологический секрет легких и дыхательных путей (бронхов, трахеи, гортани), который отделяется при откашливании. У здоровых людей мокрота не выделяется. В норме железы крупных бронхов и трахеи постоянно образуют секрет в количестве до 100 мл/сут., который проглатывается при выделении. Трахеобронхиальный секрет представляет собой слизь, в состав которой входят гликопротеины, иммуноглобулины, бактерицидные белки, клеточные элементы (макрофаги, лимфоциты, слущенные клетки эпителия бронхов) и некоторые другие вещества. Данный секрет обладает бактерицидным эффектом, способствует выведению вдыхаемых мелких частиц и очищению бронхов. При заболеваниях трахеи, бронхов и легких усиливается образование слизи, которая отхаркивается в виде мокроты. У курильщиков без признаков заболеваний органов дыхания также обильно выделяется мокрота.

Исследование мокроты проводится: при заболеваниях легких и бронхов (бронхитах, пневмонии, бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких, туберкулезе, бронхоэктатической болезни, новообразованиях органов дыхания, грибковой или глистной инвазии легких, интерстициальных заболеваниях легких) [5,6,7]. При этом для получения результата бак.посева мокроты с чувствительностью требуются определенные сроки в зависимости от качества роста культуры.

Приемное отделение является стратегически важным подразделением стационара, которое проводит инфекционный скрининг, первичную диагностику, дифференциальную диагностику, от адекватности, которых зависит своевременность оказания медицинской помощи, сроки верификации диагноза и дальнейшая тактика ведения пациента на стационарном этапе.

В нашей клинике данный анализ проводился ранее лишь в будние дни и в рабочее время, т.е. период работы бактериологической лаборатории.

ЦЕЛЬ

Оптимизация сроков получения резуль-

татов бактериологического исследования мокроты, до начала антибактериальной терапии, своевременная коррекция терапии после получения результата на чувствительность и сокращение сроков пребывания больного в стационаре, путем взятия мокроты на исследование в ночное время, выходные и праздничные дни.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках данной работы были проанализированы результаты обследования пациентов, обратившихся в приемное отделение АО «ЦКБ» с бронхо-легочной патологией за 6 месяцев 2018 года в сравнении с аналогичным периодом 2017 года.

Проведение исследования мокроты и его результаты:

Исследованию подлежала мокрота, собранная у пациента при обращении в приемное отделение в ночное время, в выходные и праздничные дни, до начала ан-

тибактериальной терапии. Забор мокроты производился в стерильную посуду, в боксе-изоляторе с отрицательным давлением, процедуру проводил обученный средний медицинский персонал, следил за тем, чтобы в контейнер не попала слюна и носоглоточная слизь (особенно при насморке), не допускалось попадание в материал посторонних веществ и биоматериалов [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе данных пациентов, госпитализированных с бронхо-легочной патологией, отмечен рост обращений в приемное отделение АО «ЦКБ» пациентов с заболеваниями дыхательной системы на 20 случаев. Причем основную группу составили случаи с пневмонией, затем - ХОБЛ, и на третьем месте - бронхиты. За сравнительный период отмечается рост заболевших пневмонией на 6,5%, заболеваемость бронхитом осталась на прежнем уровне, число случаев ХОБЛ снизилось на 6% (см. таблица 1).

Таблица 1 - Структура заболеваемости бронхо-легочной системы при обращении в приемное отделение

Бронхо-легочная патология	6 месяцев 2017г. 311 случай	%	6 месяцев 2018г. 331 случай	%
Пневмония	123	39,5%	153	46%
Бронхит	67	21,5%	69	21%
ХОБЛ	121	39%	109	33%

В приемном отделении производился бак. посев мокроты в нерабочее время, выходные и праздничные дни в 68 случаях из 331 за 6 месяцев 2018г., что составило 20,5%. Это на 15% больше в сравнении с аналогичным периодом 2017г. Данная процедура позволила

получить результат анализа раньше почти 2 дня, провести раннюю коррекцию антибактериальной терапии (согласно чувствительности микрофлоры) на 2 дня, сократить пребывание пациентов на стационарном лечении на 4 койко/дня (см.таблицу 2).

Таблица 2 - Сравнительные данные показателей больных с бронхо-легочной патологией в зависимости от сроков исследования мокроты

Параметры	6 мес. 2017г.	6 мес. 2018г.
Всего посевов мокроты за выходные, праздничные дни в Приемном отделении (% от общего числа госпитализированных)	17 (5,5%)	68 (20,5%)
Средние данные сроков получения результата бак.посева мокроты (дней)	5 (от 3 до 7 дней)	3,5 (от 2 до 5 дней)
Средние данные пребывания пациентов в клинике (койко-день)	13 (10-16 к/д)	8,5 (8-9 к/д)
Проведена ранняя коррекция антибактериальной терапии	на 5 день	на 3 день

ВЫВОДЫ

Произведенный анализ позволил сделать вывод, что ранее (в ночное время, выходные и праздничные дни) взятие анализа мокроты на бактериологическое исследование с чувствительностью к антибиотикам позволило:

- 1) сократить сроки получения результата;
- 2) произвести раннюю коррекцию в лечении пациентов;
- 3) сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беркинбаев С.Ф, Есетова Г.У, Рахымбаева Ж.Ж. «Анализ смертности населения Республики Казахстан от болезней органов дыхания в 2013-2015 г.г»// Вестник КазНМУ. №4- 2017г. С.468-471.
2. Жанузаков М.А. «Внутренние болезни». Алматы 2015г. – С.186-187.
3. Сорока Н.Д., Коришунова Е.В. «Анализ тенденций в динамике статистических показателей заболеваемости

болезнями органов дыхания у детей Санкт-Петербурга»//В кн.:Мизерницкий Ю.Л. и Царегородцев А.Д. (ред.) Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. М.; 2009; вып. 9: С. 171-176.

4. Чучалин А.Г. и соавт. «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких» // Рос-сийское респираторное общество. 2014г. – 41с.

5. Плиска Н.Н., Кенжебаева Н.Б., Ибраева Ж.Ж. «Микробный пейзаж внебольничных пневмоний, бронхитов 2015-2016 г.г»// Вестник МЦ УДП РК . - 2017г-№4(69). – С.30-34.

6. Справочник / Пер. с англ. В. Ю. Халатова; под. ред. В. Н. Титова. Лабораторные и инструментальные исследования в диагностике: – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. –960 с.

7. Назаренко Г.И., Кишкун А. «Клиническая оценка результатов лабораторных исследований» // Медицина, 2000г. – С. 84-87.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА УРОЛИЗИН-ФОРТЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.К.БЕГАЛИН, А.И.ИСКАКОВ,
Е.К.ШИЛЬДЕБАЕВ, Р.С.АЙТБАЕВ
АО «Центральная клиническая больница»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье обсуждается опыт применения препарата уролизин-форте в комплексном лечении мочекаменной болезни. После проведения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) 80-ти пациентам была назначена литолитическая терапия препаратом уролизин-форте. Все пациенты были выписаны в установленные сроки, при этом отхождение фрагментов конкрементов после литотрипсии отмечалось в сроки от 1 месяца до 3-х месяцев.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь (МКБ), фитотерапия МКБ, лечение МКБ, ДУВЛ

Түйіндеме. ҚУЫҚТАСЫ АУЫРУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ УРОЗОЛИН-ФОРТЕ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ. А.К.Бегалин, А.И.Искаков, Е.К.Шілдебаев, Р.С.Айтбаев. Мақалада қуықтасы ауыруын кешенді емдеуде урозоллин-форте препаратын қолдану тәжірибесі талқыланады. Дистанциялық соққы-толқындық литотрипсияны 80 науқасқа жүргізгеннен кейін уролизин-форте препаратымен литолитикалық терапиясы белгіленген. Барлық науқастар белгіленген мерзімде шығарылған, бұл ретте литотрипсиядан кейін конкременттер фрагменттерінің шығуы 1 айдан 3 айға дейінгі мерзім көрсетілген.

Түйін сөздер: қуықтасы ауруы, қуықтасы ауруы фитотерапиясы, қуықтасы ауруын емдеу, дистанциялық соққы-толқындық литотрипсиясы.

Summary. EXPERIENCE OF USE OF UROLIZIN-FORTE IN INTEGRATED TREATMENT OF UROLITHIASIS. Begalin A.K., Iskakov A.I., Shildebaev E.K., Aytbaev R.S. The article discusses the experience of using Urolizin-forте in the complex treatment of urolithiasis. After carrying out remote shock wave-lithotripsy, 80 patients received litholytic therapy with Urolizin-forте. All patients were recovered on time, while the removal of stone fragments after lithotripsy was in terms of 1 month to 3 months.

Keywords: urolithiasis, phytotherapy of urolithiasis, treatment of urolithiasis

ВВЕДЕНИЕ

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из распространенных урологических заболеваний, которая занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочеполовых путей. МКБ встречается не менее чем у 3-5% населения, наиболее часто у людей трудоспособного возраста от 20-ти до 50-ти лет, и составляет 30-40% от всего контингента урологических стационаров [1]. У 60-70% больных течение болезни осложняется присоединением инфекции [2].

Образование камней в органах мочевой

системы - сложный процесс, который патогенетически является последующим этапом развития хронической кристаллурии, поэтому все механизмы возникновения кристаллурии действуют и в отношении камнеобразования [3].

Методы лечения больных мочекаменной болезнью разнообразны, но их можно разделить на две основные группы: консервативные и оперативные. Выбор метода лечения зависит от общего состояния больного, его возраста, от клинического течения заболевания, величины и локализации камня, от анатомо-функционального состояния

почки, стадии хронической почечной недостаточности. В комплекс мероприятий консервативного лечения МКБ, как правило, всегда включается антибактериальная терапия, проводимая с учетом результатов посева мочи и антибиотикограммы [4]. Только высокий профессионализм врача и ясное представление о стадии болезни позволит выбрать правильную терапевтическую тактику и избежать полипрагмазии, ведущей к высокой стоимости курсового лечения и появлению нежелательных и опасных осложнений [5].

Особое место в терапии МКБ занимают растительные препараты и проводимое ими лечение - фитотерапия. Фитотерапия – это метод лечения заболеваний с помощью лекарственных средств растительного происхождения, содержащих комплексы биологически активных веществ, максимально полно извлеченных из целого растения или отдельных его частей. В фитотерапии используется как растительное сырье, так и комплексные препараты из него. Главными преимуществами фитопрепаратов являются возможность длительного приема, минимальное количество побочных явлений и нежелательных лекарственных взаимодействий, отсутствие риска дисбактериоза и суперинфекции в тех ситуациях, когда речь идет о противомикробном эффекте. Кроме того, фитопрепараты доступны в продаже без рецептов, что не мало важно для пациентов, так как лечение мочекаменной болезни проводится длительно для достижения литолитического эффекта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы истории болезней 80-ти пациентов с МКБ, пролеченных в отделении урологии АО «ЦКБ».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для лечения мочекаменной болезни и инфекций почек и мочевыводящих путей, в урологической практике нашей клиники длительное время с достаточно хорошим терапевтическим эффектом используется комбинированный растительный препарат уролизин-форте, представляющий собой смесь экстрактов: кукурузы, листьев толкнянки, корня одуванчика, листьев почечного чая, корней спаржи. Этот препарат оказывает диуретическое, спазмолитиче-

ское, литолитическое, противомикробное и противовоспалительное действие. Препарат регулирует кристалло-коллоидный баланс при дисметаболической нефропатии, снижает концентрацию в моче элементов, способствующих образованию камней (мочевины, мочевой кислоты, хлоридов, фосфатов). Повышает уровень элементов, которые ингибируют процесс образования камней (натрий, магний, калий). Воздействуя на муцин, препарат способствует дезинтеграции камней, приводит к их деминерализации. Препятствует аккумуляции частиц вокруг ядра камня, что предотвращает его дальнейший рост.

Стимулируя диурез и расслабляя гладкую мускулатуру мочевого тракта, уролизин-форте способствует выведению оксалатных и фосфатных солей, мочевой кислоты и мелких камней из мочевыводящих путей. Одним из важных свойств препарата является то, что его литолитический эффект не зависит от рН мочи. Препарат назначают по 1 таблетке 3 раза в сутки, от 1 месяца до 3-х месяцев или до отхождения камней.

Лечение мочекаменной болезни без хирургического вмешательства позволяет значительно сократить сроки госпитализации и ускорить реабилитацию. При дистанционной литотрипсии дробление и удаление образований осуществляется при помощи регулируемых ударных волн, фокусируемых в нужном участке тела. Незначительные фрагменты камней выводятся из организма, как правило, без осложнений и незаметно для пациентов. В других случаях принимаются меры по выводу фрагментов. Основным методом лечения больных с небольшими камнями в почках (до 1,5-2,0 см) является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ). Под ультразвуковым и/или рентгенологическим наведением производится дробление камней. ДУВЛ, как уже указывалось выше, относится к малотравматичным, малоинвазивным технологиям.

Вместе с тем, нельзя сказать, что во время или после проведения сеансов дробления нет угрозы развития различных видов осложнений. Безусловно, вероятность развития подобных осложнений значительно выше после открытых операций, однако это не значит, что возможными осложнениями

после ДУВЛ можно пренебрегать. Наоборот, оптимальным является прогнозирование вероятных осложнений и стремление проводить действенную их профилактику. Вероятность развития осложнений после различных операций существует довольно часто. Однако степень вероятности, степень риска развития осложнений зависит от многих обстоятельств.

Показанием для ДУВЛ является наличие конкремента в органах мочеполовой системы при возможности его визуализации аппаратными и вспомогательными методами и отсутствие препятствий к отхождению его фрагментов. Перед проведением литотрипсии необходимо учитывать сведения о факторах, предопределяющих успех данного вида лечения:

- исходное функциональное состояние почки;
- вид литотриптора и характеристики источника ударных волн;
- возможности визуализации камня и особенности подведения источника ударных волн;
- химический состав и размер камня, его плотность и объём;
- взаимоотношение камня с чашечно-лоханочной системой;
- проходимость мочевыводящих путей;
- степень инфицированности мочевых камней;
- соотношение функционального состояния почки и физико-химических свойств камня с параметрами ударно-волновых импульсов конкретного литотриптора;
- степень нарушения функции почки после первого сеанса и возможность послеоперационных осложнений.

После процедуры ДУВЛ пациенты нуждаются в назначении обезболивающих препаратов. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов [6] предпочтение в этих случаях следует отдавать нестероидным противовоспалительным препаратам, поскольку кроме обезболивающего эти препараты обладают выраженным противоотечным действием, что особенно важно, т.к. после литотрипсии всегда имеет место отек тканей в зоне воздействия ударной волны. Также проводилось назначение ангиопротекторов, антиагрегантов и антибактериальных средств.

Больной после сеанса литотрипсии должен быть под наблюдением лечащего врача, а так же специалиста, выполняющего литотрипсию с целью контроля за общим состоянием, ходом изгнания фрагментов камня, а в случае наступления обструкции и других осложнений — своевременной их ликвидации.

В отделении уронефрологии ЦКБ УДП РК, установлен литотриптор фирмы Storz Medical AG Modulith SLX-F2. Отличительными особенностями данного литотриптора является двойной, переменный фокус. Двойной фокус – ударные волны, приспособляемые к специфическим требованиям: индивидуальные анатомические особенности, размеры конкремента, анатомическое расположение конкремента.

ДУВЛ проведено 80-ти пациентам, из них 18 пациентам с конкрементами ЧЛС перед сеансом ЭУВЛ был установлен стент-катетер размером 4,8 по шкале Шарьера, что позволило избежать уростаза при отхождении фрагментов конкремента и провести профилактику обострения калькулезного пиелонефрита. Двум пациентам проведена контактная лазерная литотрипсия с установкой стент-катетра, что позволило проводить активную камне изгоняющую терапию.

При выполнении контактной лазерной литотрипсии конкрементов более 2 см в размерах, а также в случае уже образовавшейся каменной дорожке провести профилактику уростаза и вследствие избежать почечной колики и предупредить развитие такого грозного осложнения как обострение калькулезного пиелонефрита.

Все пациенты были выписаны в установленные сроки, при этом отхождение фрагментов конкрементов после литотрипсии отмечалось в сроки от 1 месяца до 3-х месяцев на фоне проведения литолитической терапии препаратом уролизин-форте.

ВЫВОДЫ

Применение препарата уролизин-форте в терапевтической дозировке по 1 таблетки х 3 раза в день в течение от месяца и до 6-ти месяцев, показано после лечения больных МКБ, в том числе открытых оперативных пособий, с целью эффективного лечения хронического пиелонефрита, профилактики склеротических процессов в зоне вмешательства, и особенно после выполнения

уретеролизиса и пластических операций.

Одновременное назначение ангиопротекторов, антиагрегантов, противовоспалительных и антибактериальных средств существенно сокращает период рассасывания инфильтрации в зоне операции и препятствует формированию рубцовых изменений в паранефральной и парауретеральной клетчатке. Применение фитопрепаратов представляется нам патогенетически обоснованным у больных, перенесших ДУВЛ или контактную лазерную литотрипсию, с целью профилактики и метафилактики МКБ а также для улучшения уродинамики в почке и мочевых путях.

В предоперационном периоде комплексная терапия антибиотиками и препаратом уролизин-форте в терапевтической дозировке, позволяет существенно снизить частоту активного воспалительного процесса в почках и уменьшить частоту послеоперационных осложнений и, соответственно, способствует улучшению качества жизни и продлению безрецидивного течения болезни. Применение препарата уролизин-форте, благодаря его противоотечному и противовоспалительному эффекту, увеличивает вероятность самостоятельного отхождения фрагментов как на фоне внутреннего дренирования, так и без дренирования мочевых путей.

Таким образом, эффективность лечения пациентов с МКБ во многом зависит от по-

следовательного, комплексного проведения индивидуально разработанных лечебных мероприятий на различных стадиях заболевания. Кроме того, нам представляется перспективным применение фитопрепарата уролизин-форте у пациентов с МКБ при коррекции метаболических нарушений в ходе метафилактики рецидивного камнеобразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И. Состояние оказания урологической помощи в России и задачи службы по реализации национального проекта «ЗДОРОВЬЕ». Пути улучшения образования уролога. М.: Дипак, 2007. - 32 с.
2. Тиктинский О.Л. Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000. - 384 с.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М.: Медицина. 1998. Т. 2.
4. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А. Лечение мочекаменной болезни — комплексная медицинская проблема//*Consilium—medicum: приложение. Урология.* - 2003. - С. 18–22.
5. Тареева И.Е., Кухтевич А.В. Почечнокаменная болезнь//*Нефрология.* М.: Медицина, - 2000. - С. 413–421.
6. Рекомендации европейской ассоциации урологов на сайте UROPROF.COM. <http://uroprof.com/eau/>

СЛУЧАИ ВЫЯВЛЕНИЯ Н.НЕЙЛМАННИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРИТОВ В ПРАКТИКЕ ЦИТОЛОГОВ

Ж. ДАИРБЕКОВА, Г.Р. ДЖАКЕЛЬБАЕВА, А.Б. ТОКТАРОВА.

АО «Центральная клиническая больница»

г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье описаны случаи выявления патологии желудочно-кишечного тракта, ассоциированного с *Helicobacter heilmannii*.

Ключевые слова: *Helicobacter heilmannii*, *Helicobacter pylori*, диагностика, хронический гастрит

Түйіндеме. ЦИТОЛОГТАР ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ Н.НЕЙЛМАННИИ ҚАУЫМДАСТЫРЫЛҒАН ГАСТРИТТЕРДІ АЙҚЫНДАУ ЖАҒДАЙЫ. Ж.Даирбекова, Г.Р.Джакельбаева, А.Б.Токтарова. Мақалада *Helicobacter heilmannii*-мен қауымдастырылған асқазан-ішек жолы патологиясын айқындау жағдайы баяндалған.

Түйін сөздер. *Helicobacter heilmannii*, *Helicobacter pylori*, диагностика, созылмалы гастрит

Summary. IDENTIFICATION OF N.HEILMANNII ASSOCIATED GASTRITIS IN CYTOLOGISTS PRACTICE. Zh.Dairbekova, G.R.Dzhakelbaeva, A.B. Toktarova. The article describes cases of revealing the pathology of gastrointestinal tract associated with *Helicobacter heilmannii*.

Keywords: *Helicobacter heilmannii*, *Helicobacter pylori*, diagnostics, chronic gastritis.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и лечение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки всегда актуальны для врачей-клиницистов и патоморфологов. В настоящее время всем известно, что причиной возникновения гастритов и язвенной болезни желудка и ДПК является *H.pylori*. Современная диагностика и лечение направлены на выявление данной бактерии и иррадикацию возбудителя.

В настоящее время применяются инвазивные и неинвазивные методы диагностики на *H.pylori* [1]. Неинвазивные (не требующие эндоскопии) тесты на наличие геликобактерной инфекции включают определение титра антигенов к антигенам *H.pylori*, определение наличия антигенов *H.pylori* в кале, а также уреазный дыхательный тест, состоящий в том, что пациент выпивает раствор меченной углеродом ^{14}C - или ^{13}C мочевины, которую бактерия расщепляет с образованием, соответственно, ^{14}C - или ^{13}C -диоксида углерода, которую затем обнаруживают в выдыхаемом воздухе при помощи масс-спектрометрии или диодной лазерной спектроскопии. Существуют так-

же уреазные дыхательные тесты, основанные на определении концентрации аммиака в выдыхаемом воздухе [2]. Данные методы предполагают приём пациентом мочевины нормального изотопного состава и последующее измерение концентрации аммиака с помощью газоанализатора. К достоинствам метода можно отнести невысокую стоимость обследования, скорость получения результатов, высокую чувствительность (96%), значительно меньшую стоимость оборудования по сравнению с масс-спектрографами. Однако этот метод диагностики не прошёл достаточные клинические испытания. Обладает высоким процентом ложноположительных результатов и не применяется за пределами постсоветского пространства.

Самым надёжным и «референсным» методом диагностики хеликобактерной инфекции остаётся биопсия [3], производимая во время эндоскопического обследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Ни один из методов диагностики инфекции не является полностью достоверным и защищённым от диагностических ошибок и неудач. В частности, результативность биопсии в диагностике

геликобактерной инфекции зависит от места взятия биоптата, поэтому при эндоскопическом исследовании обязательно взятие биоптатов из разных мест слизистой желудка. Тесты на наличие антител к антигенам *H.pylori* имеют чувствительность всего лишь от 76 % до 84 %. Некоторые лекарства могут повлиять на активность уреазы, продуцируемой геликобактером, в результате чего при исследовании уреазной активности при помощи меченой мочевины могут получиться ложно-отрицательные результаты.

ЦЕЛЬ – дать характеристику редко встречаемым видам *Helicobacterheilmannii*, и особенностям диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с этими бактериями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Гистологическое исследование биоптатов желудка для определения хеликобактер пилори *H.pylori* окраской по Романовскому-Гимзе и гематоксилин-эозином (рисунок 1 и 2).

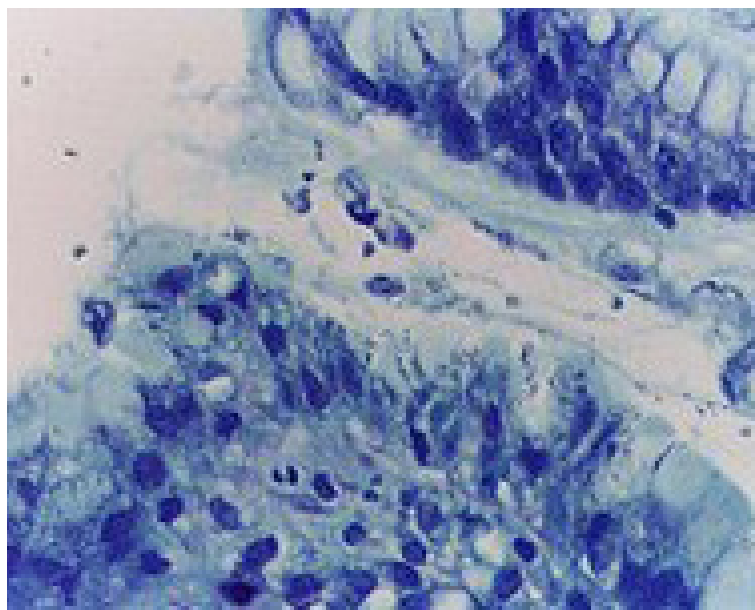


Рисунок 1 - *H. pylori* в слизистой желудка. Окраска по Романовскому-Гимзе.

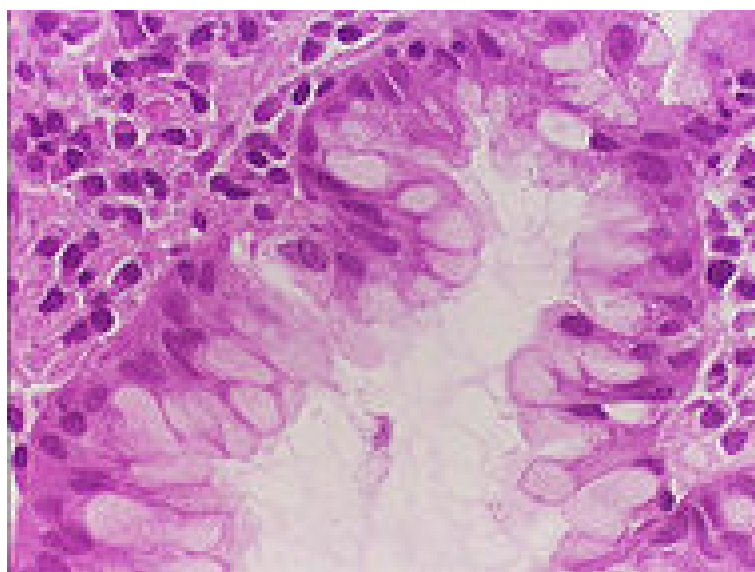


Рисунок 2 - *H. pylori* в слизистой желудка. Окраска гематоксилин-эозином.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В практике нашего отделения за период 2016- 2018 (первое полугодие) годы было произведено 4986 исследований биоптатов желудка для определения хеликобактер пилори. Из них в 659 случаях исследование дало положительный результат, что составляет (13,2). В двух случаях, что составляет 0,04%, при исследовании цитологического материала были выявлены бактерии непохожие на *Helicobacter pylori*, при верификации данных бактерий, было установлено, что это *Helicobacter heilmannii*.

Хеликобактер Хейлмании (*Helicobacter heilmannii*) – подвижная грамотрицатель-

ная микроаэрофильная бактерия, инфицирующая слизистую оболочку желудка кошек, собак, крыс, свиней, обезьян, гепардов и других животных. Размер *Helicobacter heilmannii* от 4 до 10 мкм, имеет до 14 жгутиков. Спиралевидная, имеет от трех до 10 оборотов спирали, шаг спирали около 1 мкм. У человека *Helicobacter heilmannii* обнаруживается редко, по разным данным носителями ее являются от 0,25 до 1,7% населения. В Китае и некоторых других странах Дальнего Востока зараженность *Helicobacter heilmannii* выше, до 6% [4]. *Helicobacter heilmannii* чаще всего вызывает антральный гастрит (рисунок 3).

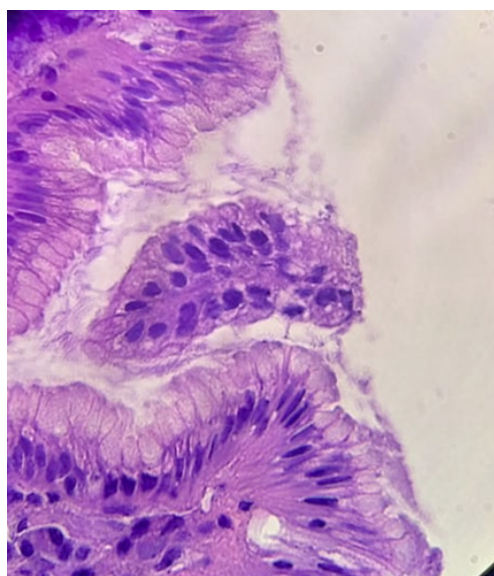


Рисунок 3 - *H. heilmannii* в слизистой желудка. Окраска гематоксилин-эозином.

В отличие от *Helicobacter pylori*, он легко выводится из организма при проведении адекватного лечения. Считается, что *Helicobacter heilmannii* является причиной менее 1% всех гастритов человека. *Helicobacter heilmannii* не поддается культивированию, поэтому диагноз *Helicobacter heilmannii*-ассоциированных заболеваний ставится только по гистологическим данным. В гастроэнтерологии неизменным условием является исследование на хеликобактериоз, в золотой стандарт входит микроскопическая визуализация бактерий в мазках-отпечатках или срезах слизистой оболочки антрального отдела желудка, и «диагноз *Helicobacter pylori* – ассоциированного гастрита может быть обоснован только тогда, когда у больного

кроме имеющихся характерных эндоскопических и морфологических изменений слизистой оболочки будет обнаружена сама бактерия». Согласно сводным данным Л.В.Кудрявцевой род *Helicobacter* включает 24 вида, из которых одиннадцать видов хеликобактеров патогенны для человека. К ним относится и *Helicobacter heilmannii*, по ее же данным встречаемость данного вида на 7926 биопсий составила 0,1% [5].

Во всех случаях обнаружения *Helicobacter heilmannii* в желудке больных с диспептическими жалобами наблюдаются морфологические признаки хронического гастрита. В наших случаях, у одного больного мужского пола 78 лет выставлен клинический диагноз «Катаральный рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии.

Хронический поверхностный гастрит», у второго пациента женского пола 75 лет был выставлен клинический диагноз «Хронический рефлюкс-эзофагит. Эрозивный гастрит. Постязвенная рубцовая деформация слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки», при гистологическом исследовании выявлена «Хроническая язва с умеренной дисплазией эпителия желез».

Таким образом, наша практика показала, что частота встречаемости *Helicobacter heilmannii*-ассоциированных заболеваний желудочно-кишечного тракта соответствует общеизвестным статистическим данным. В отличие от *Helicobacter pylori*, неинвазивные методы диагностики неприменимы для выявления *Helicobacter heilmannii*, ввиду того что данный вид не культивируется. Для результативной диагностики хеликобактерной инфекции необходимо брать биоптаты из разных мест слизистой желудка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Клиницистам для эффективной диагностики гастрита при ФГДС необходимо брать 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела желудка.

2. Патоморфологам при цитологическом исследовании, в случаях не выявления *H.pylori*, целенаправленно искать другие возбудители, а именно *H.heilmannii*, что

имело место в нашем случае.

3. Диагностика *H.Heilmannii*-ассоциированных заболеваний желудка, в отличие от *H.pylori* возможна только при морфологическом исследовании, так как экспресс-тесты и серологические методы исследования не выявляют *H.heilmannii*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фадеенко Г.Д., Никифорова Я.В. Методы диагностики *Helicobacter pylori*. Здоровье Украины. Харьков -2010.

2. Конорев М.Р., Окулич В.К., Косинец А.Н. Методы диагностики *Helicobacter pylori*. Методическая рекомендация. Беларусь, Витебск-2000.

3. Матанцев А.Б., Уразбахтина Ю.О., Ясовеев В.Х. Система неинвазивной диагностики хеликобактериоза.//Вестник УГАТУ.-2014.-№2.-С.69.

4. Пархачь Е.И., Крылов А.Ю. Персистенция *Helicobacter heilmannii* в желудке у человека. Материалы IV Международной научно-практической конференции. Витебск-2004.

5. Потехин П.П., Саралов С.Н., Борисова Е.А., Портнова И.Н. Случай гастрита, ассоциированного с *Helicobacter heilmannii*.// Медицинский альманах.-2009.-№1.С.79-80.

АНАЛИЗ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Р.Ж. КАРАБАЕВА, М.Т. ЖАЙСАНБАЕВА, А.А. НУРПЕЙСОВА
РГП «Больница Медицинского центра» УДП РК
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Представлена проблема вентилятор-ассоциированной пневмонии в практике отделения интенсивной терапии на основании анализа данных зарубежной литературы и собственного опыта работы.

Ключевые слова: инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, микробиология, антибиотикотерапия

Түйіндемe. КӨП БЕЙІНДІ СТАЦИОНАРДАҒЫ НОЗОКОМИАЛДЫ ПНЕВМОНИЯНЫ ТАЛДАУ. Р.Ж. Қарабаева, М.Т. Жайсанбаева, А.А. Нұрпейісова. Жеке жұмыс тәжірибесі мен шетел әдебиетінің деректерін талдау негізінде, қарқынды терапия бөлімшесі жұмысындағы желдеткіш қауымдастырылған пневмония - проблемасы көрсетілген.

Түйін сөздер: медициналық көмек көрсетуге байланысты жұқпалар, микробиология, антибиотикалық терапия.

Summary. RESEARCH OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA OF MULTI-SPECIALITY HOSPITAL. R. Karabayeva, M. Zhaisanbayeva, A. Nurpeissova. The problem of ventilator-associated pneumonia is presented in intensive care unit practice on the basis of data analysis of foreign literature and in experience of own work.

Keywords: healthcare-associated infections, microbiology, antibiotic therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (далее - ИСМП) - очень серьезная и актуальная проблема систем здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран. Увеличение заболеваемости ИСМП и недостаточная их профилактика являются большим бременем для общества по ряду существенных причин, среди которых следует отметить такие, как медицинские (развитие осложнений, формирование мультирезистентных штаммов микроорганизмов, инвалидизация, высокая летальность) и экономические (увеличение сроков госпитализации и нетрудоспособности, повышение расходов на лечение пациентов, использование дорогостоящих методов диагностики и применение дорогостоящих лекарственных препаратов). По данным различных источников, распространенность ИСМП колеблется от 3% до 5%. Так, по данным

обзора CDC (Center for Disease Control and Prevention, USA) за 2014 г. в больницах США в 2011 г. было зарегистрировано 722 000 случаев ИСМП, при этом примерно 75 000 пациентов погибли в период госпитализации [1]. В России инцидентность ИСМП составляет 25-30 тыс. случаев в год [2]. Вместе с тем, следует отметить, что в реальной клинической практике этот показатель значительно выше ввиду разных методов регистрации ИСМП и, к сожалению, имеющихся фактов сокрытия печальной статистики.

ИСМП – это неоднородная группа различных нозологий, ведущее место среди которых занимают нозокомиальные пневмонии, гнойно-септические осложнения, кишечные инфекции, катетер-ассоциированные инфекции, инфекции мочевыделительной системы и др. Одной из наиболее распространенных форм ИСМП является больничная пневмония, к разряду которых

относятся вентилятор-ассоциированные пневмонии (ВАП), хотя в настоящее время имеет место мнение, что это две разные группы ввиду различий в микробиологическом пейзаже и, соответственно, в подходах к их лечению. Важность изучения этой проблемы заключается в высокой летальности больных с нозокомиальной пневмонией, достигающей 30-35%, значительным удорожанием лечения, формированием резистентных штаммов микроорганизмов. Прогноз и исходы больничных пневмоний зависят от наличия факторов риска и коморбидных состояний.

На сегодняшний день отсутствует четкий «золотой» стандарт диагностики госпитальной пневмонии. Ряд авторов считает, что основным критерием является временной аспект формирования пневмонии в период госпитализации, в то время как другие авторы, также акцентируя внимание на времени возникновения патологического процесса, указывают на необходимость исключения таких факторов, как застойная сердечная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, интерстициальные болезни легких, аутоиммунные заболевания, рак легкого и метастатическое поражение легких, при наличии которых диагноз госпитальной пневмонии считается сомнительным. Вместе с тем, имеющиеся международные стандарты диагностики нозокомиальной и вентилятор-ассоциированной пневмонии предполагают наличие следующих критериев: рентгенологически подтвержденный новый легочный инфильтрат, сопровождающийся появлением клиническо-лабораторных симптомов пневмонии, таких как лихорадка, кашель, гнойная мокрота, лейкоцитоз, снижении сатурации кислорода. Важным аспектом в постановке диагноза является время появления этих симптомов, а именно больничная пневмония диагностируется через 48 часов после госпитализации, ВАП - более 48 часов эндотрахеальной интубации [3,4].

ЦЕЛЬ - на основании анализа данных зарубежной литературы и проведенного анализа ИСМП многопрофильного стационара представить проблему вентилятор-ассоциированной пневмонии в практике отделения интенсивной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был проведен анализ ИСМП многопрофильного стационара за 2016-2017 гг.

Зарегистрировано 37 случаев ИСМП: в 2016г.– 15 случаев, в 2017г.– 22 случаев. При этом инфекции области хирургического разреза выявлены в 2016г.– 8 случаях, в 2017г. – 17 случаях, что составляет 1,3% и 2,8% соответственно. ВАП в 2016г. выявлены в 6 случаях, в 2017г. – 4 случаях, показатель распространенности ВАП на 1000 вентилятор-дней составил 7,1% и 6,4% по годам соответственно. Катетер-ассоциированная инфекция кровотока была диагностирована по 1 случаю, показатель распространенности на 1000 катетер дней 0,6% и 0,38% соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз ВАП выставлялся на основании международных критериев диагностики госпитальной пневмонии при наличии патогномичных клинико-инструментальных симптомов. Все пациенты находились в отделении анестезиологии и интенсивной терапии после кардиохирургических вмешательств. Возраст больных от 45 до 75 лет. Длительность искусственной вентиляции легких была от 4 до 35 суток. Летальный исход имел место в 2 случаях и был связан с тяжестью основного заболевания, присоединением полиорганной недостаточности.

Раннее начало ВАП, согласно принятой классификации [4] (на 3-4 сутки) имело место у 2 пациентов, позднее начало 8 пациентов соответственно. Диагноз подтверждался результатами микробиологического исследования мокроты и промывных вод бронхов. Для микробиологической диагностики ВАП применялись следующие методы:

1. Микроскопия нативных мазков из промывных вод бронхов и микроскопия мазков, окрашенных по Грамму из выделенных культур.

2. Бактериологическая диагностика с посевом промывных вод бронхов на дифференциально-диагностические питательные среды с целью выделения и идентификации возбудителя ВАП, и определения чувствительности к антибиотикам.

3. Бактериологическое исследование выделенных культур на бактериологическом анализаторе MicroScanWalkAway 40

Plus с целью идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам.

Анализ микробиологического пейзажа показал следующее. В 9 случаях из 10 была выявлена Грамм-отрицательная флора, среди которой *Pseudomonas aeruginosa* – 3 случая, *Klebsiella pneumoniae* – 2 случая, *Enterobacter aerogenes* – 1 случай, *Stenotrophomonas maltophilia* – 1 случай, *Serratia fonticola* – 1 случай и *Citrobacter diversus* – 1 случай. У 1 пациента был выявлен *Staphylococcus epidermidis*. Случаев мультирезистентных патогенных микроорганизмов отмечено не было.

Полученные данные сопоставимы с данными литературных источников [3]. Так, в основном в 55-85% случаев причиной ВАП является Грамм-отрицательная микрофлора, среди которой, как правило, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*. Грамм-положительная флора чаще представлена *Staphylococcus aureus*. Следует также отметить, что раннее начало ВАП ассоциируется с наличием Грамм-положительных и чувствительных к антибактериальным средствам патогенов, в то время как при позднем начале пневмонии микробиологический пейзаж чаще представлен полирезистентной флорой.

Анализ антибактериальной терапии выявил следующее. При раннем начале ВАП в 3 случаях эмпирическая терапия была начата с цефалоспоринов III поколения цефтриаксона, в 1 случае эмпирическая терапия была начата правильно с пиперациллин тазобактам и продолжена этим же антибиотиком после микробиологического исследования.

Комбинированная антибактериальная терапия проведена 3 пациентам в связи с высоким риском развития сепсиса и возможного летального исхода и была основана на данных микробиологического анализа.

В остальных случаях применена тактика монотерапии, что также рационально с точки зрения профилактики мультирезистентных штаммов микроорганизмов.

В 2-х случаях выявлены карбапенем-резистентные штаммы: случай *Pseudomonas aeruginosa* (антибактери-

альная терапия амикацином) и случай *Citrobacter diversus* (антибактериальная терапия фторхинолоном).

Нерациональный выбор эмпирической терапии имел место у двух пациентов. Так, в одном случае при позднем начале ВАП лечение было начато с цефтриаксона, во втором случае – с ванкомицина и амикацина. Неправильная тактика была связана, во-первых, с назначением ванкомицина при постановке диагноза ВАП на 7 сутки. Кроме того, необоснованной была, с позиций международных рекомендаций, терапия амикацином. Во всех других случаях отмечался правильный подбор начальной терапии с цефалоспоринов IV поколения цефепима либо препарата меропенем группы карбапенемов. При этом, следует отметить, была предпринята, рекомендованная в настоящее время, де-эскалационная стратегия антибактериальными средствами, одной из целей которой является предупреждение развития антибиотикорезистентности. Смена антибактериального средства была проведена в двух случаях по результатам микробиологического анализа.

Длительность проводимой терапии антибиотиками варьировала от 10 до 21 дня, хотя в настоящее время обсуждается вопрос проведения коротких курсов (7 дней) антибактериальной терапии. Однако увеличение продолжительности лечения у наших пациентов было обосновано тяжестью патологического процесса и его осложнений, наличием коморбидных заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведен анализ случаев развития вентилятор-ассоциированной пневмонии у пациентов многопрофильного стационара. Микробиологический анализ показал преобладание Грамм-отрицательной флоры, что соотносится с литературными данными. Вместе с тем, к резервным антибактериальным средствам резистентность выделенной микрофлоры не отмечалась. Анализ антибактериальной терапии выявил ряд проблемных моментов по назначению как эмпирической, так и патоген-специфической терапии, что диктует необходимость проведения мероприятий по соблюдению международных клинических руководств по лечению нозокомиальных пневмоний.

ЛИТЕРАТУРА

1. HAIData and Statistics <https://www.cdc.gov/hai/surveillance>

2. Коза Н.М. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Эпидемиология и профилактика. //Пермский медицинский журнал. – 2013. - №3. – С. 135-143.

3. American Thoracic Society and Infection Disease Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired,

ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. //Am. J. RespCrit Care Med 2005. – 171: 388-416.

4. Management of adults with hospital-acquired, and ventilator-associated pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infection Disease Society of America and American Thoracic Society //Clin Infect Dis 2016. – 63 (5): 61-111.

ДИАГНОСТИКА ШТАММОВ, ПРОДУЦИРУЮЩИХ БЕТА-ЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА СРЕДИ ВЫДЕЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ (ЛОКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Ж.Ж.ИБРАЕВА, Н.Б.КЕНЖЕБАЕВА, Р.А.МЫНЖАНОВА
РГП «Больница Медицинского Центра» УДП РК
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация: В статье приведены данные анализа лабораторных данных и количество этиологический значимых штаммов бактерий из семейства Enterobacteriaceae, выделенных из различного биологического материала.

Ключевые слова: БЛРС, резистентность, грамотрицательные бактерий

Түйіндеме. БӨЛІНГЕН МИКРООРГАНИЗМДЕР АРАСЫНДА КЕҢЕЙТІЛГЕН СПЕКТРДЕГІ БЕТА-ЛАКТАМАЗДЫ ӨНДІРЕТІН ШТАММДАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ (жергілікті деректер). Ж.Ж. Ибраева, Н.Б. Кенжебаева, Р.А.Мынжанова. Мақалада зертхана деректеріне жүргізілген талдау мәліметтері және әртүрлі биологиялық материалдардан бөлінген Enterobacteriaceae тұқымдасына жататын бактериялардың этиологиялық маңызды штаммдарының саны берілген.

Түйін сөздер: БЛРС, резистенттілік, грамтеріс бактериялар

Summary. DIAGNOSTICS OF THE STAMPS PRODUCING BETA-LACTAMASE OF THE EXPANDED SPECTRUM AMONG DEDICATED MICROORGANISMS (local data). Ж.Ж. Ибраева, Н.Б. Кенжебаева, Р.А.Мынжанова. The article analyzes the laboratory data and the number of etiological significant strains of bacteria from the Enterobacteriaceae family isolated from different biological material.

Keywords: ESBL, resistance, gramnegative bacteria

ВВЕДЕНИЕ

Одним из значимых среди большого круга проблем с резистентностью к антибиотикам микроорганизмов является – полирезистентность у ряда грамотрицательных бактерий (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Proteus* spp и другие), обусловленная образованием этими бактериями β -лактамаз расширенного спектра (БЛРС) или Extended-Spectrum β -Lactamases (ESBL).

Что такое БЛРС?

БЛРС – это ферменты, которые вырабатываются грамотрицательными бактериями и обуславливают их резистентность почти ко всем β -лактамным антибиотикам (пеницилинам, цефалоспорином, азтреонаму). Кроме этого они обладают ассоциированной устойчивостью к антибиотикам других классов, таких как аминогликозиды, фторхинолоны, ко-тримакозол. β -лактамазы широкого спектра чувствительны к дейст-

вию ингибиторов β -лактамаз (клавуланату, сульбактаму, тазобактаму).

Опасность инфицирования бактериями, продуцирующими БЛРС обусловлена:

Резистентность почти ко всем пеницилинам, цефалоспорином ограничивает применение важнейших классов антибиотиков.

Сопутствующая полирезистентность к другим классам антибиотиков (аминогликозиды, фторхинолоны и др), которые применяются при тяжелых инфекциях.

Быстрое распространение БЛРС другим грамотрицательным бактериям, в т ч и к другим родам.

Трудность выявления БЛРС общепринятыми методами в лабораториях.

Ухудшение течения инфекции, экономический ущерб, затраты на диагностику и лечение [1].

БЛРС можно выделить в рядовой микробиологической лаборатории, при наличии стандартных дисков с антибиотиками,

коммерческих сред и следуя современным рекомендациям, используя дополнительные фенотипические тесты и молекулярно-генетические методы.

ЦЕЛЬ – проанализировать лабораторные данные и определить этиологический значимых штаммов бактерий из семейства Enterobacteriaceae, выделенных из различного биологического материала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы данные полученные в лаборатории БМЦ УДП за 1 полугодие 2018 года.

Чувствительность штаммов определялась диско-диффузным методом (ДДМ) – на среде; на бактериологическом анализаторе Walkaway 40 Plus, фенотипическим методом «двойных» дисков выявляли продуцентов БЛРС среди протестированных штаммов.

Для диско-диффузного метода использовался агар Мюллера-Хинтон (МХА) без дополнительных добавок, суспензию культур готовили строго соответственно плотности 0,5 по стандарту мутности МакФарланда, условия инкубации 35±1°C, обычная атмосфера, 16-20 часов.

Для контроля качества оценки антибиотикочувствительности в повседневной (рутинной) практике использовали музейный штаммы, в т.ч. *E. coli* ATCC 25922 для CAZ –цефтазидим
CTX –цефотаксим
FEP –цефепим
AMC –амоксициллин/клавуланат

контроля ростовых качеств сред и контроля дисков с антибиотиками.

Интерпретацию результатов проводили по стандарту CLSI –Clinical and Laboratory Standards Institute (Институт по клиническим и лабораторным стандартам США) M100-S25.

При ДДМ зоны задержки роста учитывались как устойчивые у цефотаксима при ≤16, цефтазидима при ≤17, у цефепима при ≤18 мм.

На бактериологическом анализаторе Walkaway 40 Plus МПК цефотаксима, цефепиму и цефтазидиму рассматривались как резистентные при МПК (минимальная подавляющая концентрация) согласно протоколам анализатора.

Лаборатория использовала подтверждающий фенотипический метод «двойных дисков» для выявления ESBL, который позволяет выделить продукцию БЛРС по расширенной зоне подавления вокруг диска с цефалоспорином расположенного рядом с диском с клавуланатом (аммоксициллина/клавуланата). Если микроорганизмом продуцирует БЛРС то зона вокруг диска с цефалоспорином будет вытянута в сторону аммоксициллина/клавуланата [2]:

E. coli, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*: CAZ-30, CTX-30. Продукенты AmpC: *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Serratia*, *Morganella*, *Providencia*: CAZ-30, FEP-30

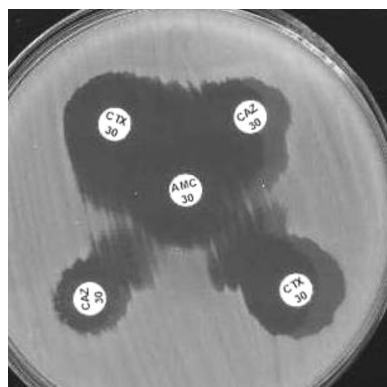


Рисунок 1 – детекция ESBL у энтеробактерий методом «двойных дисков»

У грамотрицательных бактерий интерпретация антибиотикограммы в основном проводится на основании анализа данных о чувствительности к β-лактамам и продукции β-лактамаз. β-лактамазы грамотрицательных бактерий чрезвычайно разнообразны, однако

наиболее важное клиническое значение имеют так называемые β-лактамазы расширенного спектра действия (ESBL) и цефалоспорины (AmpC), гидролизующие пенициллины и оксимино-β-лактамы, а также карбапенемы различных молекулярных классов, спо-

собные расщеплять различные β-лактамы, включая карбапенемы.

Экспертная оценка результатов определения чувствительности изолятов, продуцирующих ESBL и карбапенемазы, до настоящего времени остается предметом дискуссий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Потенциальные продуценты БЛРС среди исследованных энтеробактерий составили 8,9%, а именно 56 случая из 625 всех выделенных культур (таблица 1).

Таблица 1 – Количество продуцентов ESBL среди выделенных энтеробактерий

	Абс.ч	%
Всего выделено энтеробактерий	625	100
Из них продуценты ESBL	56	8,9

Как видно из данных таблицы 2, наибольшее количество продуцентов БЛРС выделены из мочи, что составило 82%.

В качестве причины возникновения инфекции мочевых путей энтеробактерий за-

нимают лидирующую позицию, за первое полугодие из мочи выделено 352 энтеробактерий и 46 из них являлись продуцентами БЛРС, что составило 13%.

Таблица 2 – Сравнительная таблица по видам биоматериалов, из которых выделены продуценты ESBL

	Абс.ч	%
биоматериал	56	100
моча	46↑	82%↑
кал	5	
желчь	1	
операционный материал	1	
из раны	1	
промывные воды бронхов	1	
мокрота	1	

Наиболее типично наличие БЛРС для *Escherichia coli* и *Klebsiellaspp.* Кроме этих бактерии БЛРС могут встречаться у нозокомиальных штаммов *Citrobacterspp.*,

Enterobacterspp., *Proteusspp* [3]. Среди продуцентов БЛРС из грамотрицательных бактерий, лидирующее место занимает *Escherichia coli* (78,5%), таблица 3.

Таблица 3 – Сравнительная таблица по видам микроорганизмов, являющиеся продуцентами БЛРС

	Абс.ч	%
Все энтеробактерии продуцирующие БЛРС	56	100%
<i>Escherichiacoli</i>	44↑	78,5 ↑
<i>Klebsiellaspp</i>	6	
<i>Citrobacterspp</i>	2	
<i>Enterobacterspp</i>	2	
<i>Proteus spp</i>	1	
<i>Salmonella spp</i>	1	

Сравнительная частота продуцентов БЛРС среди грамотрицательных бактерии, абс.ч

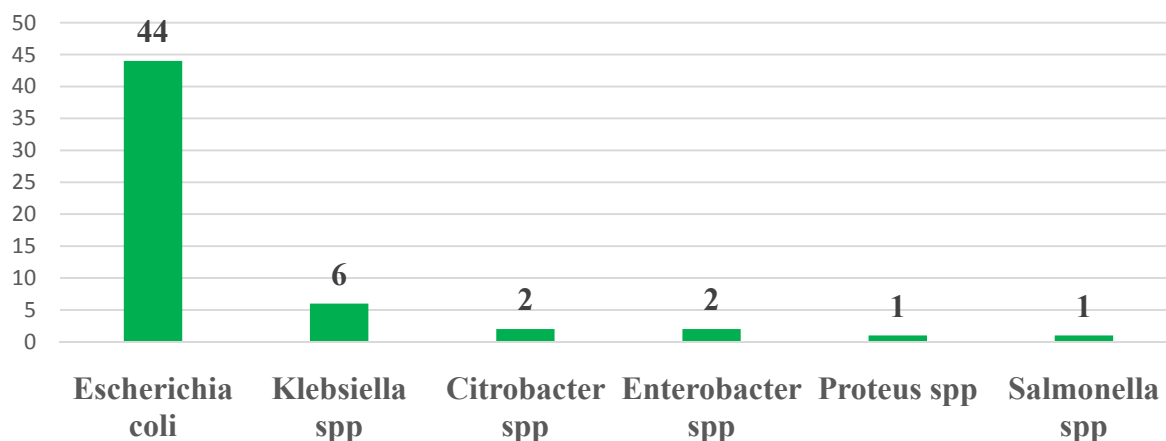


Рисунок 2 – Сравнительная частота продуцентов БЛРС среди грамотрицательных бактерии

В ходе наблюдения выявлено, что некоторые продуценты БЛРС обладают ассоциированной устойчивостью к антибиотикам других классов, таких как аминогликозиды, фторхинолоны, карбапенемы. Так чувствительность среди исследованных культур составила к амикацину -96%, к меропенему-94%, и цiproфлоксацину-38%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наибольшее количество продуцентов БЛРС выделены из мочи, что составило 82%.

Среди продуцентов БЛРС из грамотрицательных бактерий, лидирующее место занимает *Escherichia coli* (78,5%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Pitout J.D., Laupland K.B. Extended-spectrum beta - lactamase - producing *Enterobacteriaceae*: an emerging public-health concern. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8(3):159-166.

2. Edelstein M.V., Strachounski L.S., and the ROSNET study group. Trends in the Prevalence and Susceptibility of ESBL-producing *Enterobacteriaceae* to Various Antimicrobial Agents in Russian ICUs. *Klinicheskaja Mikrobiologijai Antimikrobnaja Himioterapija.* 2005; 7(4):323-336. Russian. (Эйдельштейн М.В., Страчунский Л.С., исследовательская группа РОСНЕТ. Динамика распространенности и чувствительности БЛРС-продуцирующих энтеробактерий к различным антимикробным препаратам в ОПИТ России. *Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия.* 2005; 7(4):323-336.).

3. Paterson D., Ko W.C., Von Gottberg A., et al. International prospective study of *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: implications of extended- Spectrum beta-lactamase production in nosocomial infections. *Ann intern Med* 2004; 140:26-32.

ШОЛУ
ОБЗОР
REVIEW

УДК 612.6- 006:574.6:37.014.1(574.5)

INFORMED DECISION MAKING FOR CANCER SCREENING (OVERVIEW)

¹G.Z.TANBAYEVA, ^{1,2}A.G.SHAMSUTDINOVA

¹JSC “Central Clinical Hospital”, Republic of Kazakhstan, Almaty

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Republic of Kazakhstan, Almaty

Summary. Each patient has the right to full and accurate information about her health in order to make informed decision for cancer screening. This ethical principle refers to informed consent, when most patients prefer to know the truth for properly disposing the knowledge. When we screen for a disease, we search for it in the absence of symptoms, or try to find a disease from someone who does not consider it. In this paper, the ethical principles that ought to be observed in cancer screening aimed at maintaining confidentiality, awareness and minimizing unnecessary harm for the screening participant have been discussed.

Keywords: informed decision making, informed consent, cancer screening, ethics

Түйіндемe. ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ СКРИНИНГ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ АҚПАРАТ-ТАНДЫРЫЛҒАН ШЕШІМДЕРДІ ҚАБЫЛДАУ (ШОЛУ). Г.З.Танбаева, А.Г.Шамсутдинова. Әрбір науқас қатерлі ісікке скринингке қатысу туралы ақылға қонымды шешім қабылдау үшін өзінің денсаулығы туралы толық және дәл ақпараталуға құқылы. Бұл этикалық принцип ақпараттың дұрыс пайдаланылуын қамтамасыз ету үшін пациенттердің көбісі шындықты білуді қалайтыны туралы негізделген келісімді білдіреді. Біз ауруды көрсеткен кезде біз симптомдар болмаған кезде «ауруды» іздейміз немесе бұл туралы ойланбайтын адамнан ауру табуға тырысамыз. Бұл мақалада рак ауруларының скринингтік бағдарламаларындағы этикалық қағидалар талқыланады: олар скринингтік қатысушыға құпиялылықты сақтау, хабардар ету және қажетсіз зияндарды азайтуға бағытталған.

Түйін сөздер: келісілген келісім, шешім қабылдауға негізделген, ісік скрининг, этикалық мәселелер

Аннотация. ИНФОРМИРОВАННОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГА НА РАК (ОБЗОР). Г.З.Танбаева, А.Г. Шамсутдинова. Каждый пациент имеет право на полную и точную информацию о своем здоровье с целью принятия информированного решения для участия в скрининге на рак. Этот этический принцип относится к информированному согласию, когда большинство пациентов предпочитают знать правду, чтобы правильно использовать информацию. Когда мы проводим скрининг на какое-то заболевание, мы ищем «болезнь» в отсутствие симптомов, или пытаемся найти болезнь у кого-то, кто не думает об этом. В этой статье обсуждаются этические принципы, которые должны соблюдаться в программах скрининга на рак: они направлены на поддержание конфиденциальности, осведомленности и минимизацию ненужного вреда для участника скрининга.

Ключевые слова: информированное согласие, информированное принятие решения, скрининг на рак, этические вопросы

Debates on informed decision-making has grown in recent years. Recommendations to improve health care quality have intended patient involvement in decision-making [1]. The paternalistic model when physicians tell patients what to do, and patients are expected to comply, is no longer the dominant model in modern societies. The ideal physician-patient relationship in which decision-making power is shared based on mutual participation and respect has to be achieved [2]. Vast amounts of health information are now available to physicians and patients through the Internet. Evidence shows that access to and use of this information are changing patients' behavior [3]. Patients can decide for themselves what is best for them and, thus, build demand for informed decision-making.

Cancer screening can reduce morbidity and mortality, though relatively few patients who undergo screening actually achieve this benefit. Most often, patients face potential downsides from screening, including false positive tests, psychological distress, additional testing, overdiagnosis, and treatment complications [4]. Informed decision-making in cancer screening was catalyzed by its controversies. Controversies about screening for breast, prostate, cervical, colorectal, and other cancers have identified large areas of uncertainty, even for well-accepted screening tests, such as mammography, clinical breast examinations, and Papanicolaou (Pap) tests [5].

Given the potential benefits and harms associated with screening, experts have argued that cancer-screening decisions should depend on patient preferences and that patients should be provided the opportunity to participate in an informed decision-making process [6]. The elements of this process include a discussion addressing the patient's desired role in the decision-making, the nature of the decision, alternative options, uncertainties associated with decision, the patient's understanding, and the patient's preferences [7].

The DECISIONS study [5] demonstrated the challenges of achieving informed decision-making for cancer screening decisions. Even though all participants reported discussing screening and most described themselves as being informed about screening tests, half or less of the participants in each module were able to correctly answer even one knowledge

question. Respondents rated providers as their most important information source, and reported that providers most often initiated screening discussions and generally recommended screening. However, participants reported that providers did not routinely elicit screening preferences and screening discussions were much more likely to address the pros of screening compared to the cons of screening.

The various sources available to European women for accurate information on breast cancer screening by mammography - healthcare professionals, communications media, informative documents, and websites, are not fully informative [8]. These sources are aimed more at obtaining a high rate of participation than ensuring an informed choice [9]. Patients should receive balanced information about what to expect from screening tests with proven benefits (including limitations, risks, and potential harms), and they should be encouraged to select from among effective options consistent with individual preferences and values. This means that some informed patients will elect to decline or defer effective cancer screening tests that may be recommended by guidelines or by their personal physician [10].

In a study on the content of the written information provided under each of the nineteen programs for breast cancer screening in Spain it was concluded that there is almost no information at all on the risks (i.e., false positive and false negative results, overdiagnosis and overtreatment, and radiation) [1] and in none of the programs is reference made to informed consent. The reality is that the amount and quality of knowledge that women demonstrate having is very deficient [11]. More than 90% of women either do not know or else overestimate the benefit in reduction of mortality by participating in mammography [9]. Very few are aware of the potential damage to them from overdiagnosis and overtreatment, nor do they perceive that false positives may harm them psychologically [11, 12]. The customary way of informing women about the screening program and proposing participation is by printed material sent with the personalized invitation letter. In previous randomized trials [13, 14] it has been demonstrated that an informative leaflet helped women learn more about breast cancer and screening, but,

in general, the evaluation of informative leaflets in use has found them unsatisfactory, lacking the information essential for taking an informed decision. Accurate information on secondary effects and risks would require substantial improvement to these leaflets [15].

Health care providers can play an important role in conveying accurate information about cancer screening to patients. Participants from DECISIONS study reported that the process for discussing cancer screening usually began with the provider raising the issue. Participants consistently rated provider information as being far more important than information from other sources such as family and friends or the media. However, the exaggerated perceptions of cancer risk suggest that the media messages are perhaps more powerful than participants acknowledge. Part of the problem may be that providers are not sufficiently countering the media messages by providing patients with comprehensive and objective information about screening [5]. Ideally, there would be qualified personnel assigned to screening programs who would inform prospective users directly and in person. Providing accurate verbal and written information on the benefits and risks of cancer screening by a healthcare professional would increase the knowledge of prospective participants, and would modify their attitude and decision on whether or not to participate without increasing their anxiety, depression, and worries about cancer [16].

Informed choice is increasingly recognised as important in supporting patient autonomy and ensuring that people are neither deceived nor coerced. In cancer screening the emphasis has shifted away from just promoting the benefits of screening to providing comprehensive information to enable people to make an informed choice. Factors important when measuring informed choice in cancer screening include an individual's understanding of the limitations of screening, the ability to make an autonomous choice, and the difference between choice and behaviour. Cancer screening programmes in the UK now have policies in place, which state that it is their responsibility to ensure that individuals are making an individual informed choice [17].

In informed decision-making interventions may be of higher priority when one or more of the following criteria are met: 1) uncertainty

about effectiveness, uncertainty about balance of benefits and harms, unavailability of balanced information (e.g., general knowledge of the pros but not the cons of a particular screening test), and/or high complexity of trade-off; and/or 2) low demand despite known effectiveness; 3) high variability in values or preferences; 4) high stakes issues (e.g., more common or serious conditions; more costly, complex, or dangerous consequences of screening) [1].

Screening for prostate cancer with prostate specific antigen (PSA) is controversial because it is not clear whether it reduces mortality and whether the potential benefits of screening and early detection outweigh the risks. These risks include unnecessary worry and the side effects of common treatments for prostate cancer (e.g., impotence and urinary leakage from surgery or radiation therapy) particularly if early, localized prostate cancer is found [18, 19]. Many guidelines recommend informing men about the known risks and potential benefits of screening. Because PSA testing has become widespread promoting informed consent has become an ethical issue in public health [20].

In Kazakhstan, the study surveyed 386 men of age-specific groups for prostate cancer screening in Almaty to examine the level of awareness on the screening program and informed participation in it. The results revealed low level of awareness on screening in general, its stages, the PSA-test and about where and how to get the test results. The level of this knowledge had improved slightly after men passed the PSA-test. Almost half of respondents received no general information on screening and almost two-third of men indicated a need for additional information. Low awareness confirms non-informed participation in prostate cancer screening and may affect adherence to the program [21].

Informed choice is not just about the provision of relevant up-to-date information, it is also about making sure that the appropriate choices are available to people. It should also be recognised that, even with the best of intentions, there are extraneous, unpredictable factors that will prevent people from performing a behaviour, which is in keeping with their preferred choice. Thus, there may be differences between the intended choice and the final behaviour [17].

CONCLUSION

We may conclude that informed decision-making as occurring when an individual understands the disease or condition being addressed and comprehends what the clinical service involves, including its benefits, risks, limitations, alternatives, and uncertainties; has considered his or her preferences and makes a decision consistent with them; and believes he or she has participated in decisionmaking at the level desired.

REFERENCES

1. Rimer, B. K., Briss, P. A., Zeller, P. K., Chan, E. C. and Woolf, S. H. *Informed decision making: What is its role in cancer screening?* // *Cancer* – 2004, Vol. 101. – P. 1214-1228.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T. *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model* // *SocSci Med.* – 1999. – Vol. 49. – P. 651–661.
3. Kulkarni R, Graham J. *Information technology in patient care: the Internet, telemedicine and clinical decision support.* In: Tierney L, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. *Current medical diagnosis and treatment, 42nd ed.* New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2003. – P. 1678-1687.
4. Welch HG. *Informed choice in cancer screening* // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285(21). – P.2776-2778.
5. Hoffman R.M., Lewis C.L., Pignone M.P., Couper M.P., Barry M.J., Elmore J.G., et al., *Decision-making processes for breast, colorectal, and prostate cancer screening: the DECISIONS survey* // *Med. Decis. Making.* – 2010. – Vol. 30. – P. 53-64.
6. Wolf A.M., Wender R.C., Etzioni R.B., Thompson I.M., D'Amico A.V, Volk R.J., et al., *American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010* // *CA Cancer J. Clin.* – 2010. – Vol. 60. – P. 70-98.
7. *Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement* // *Annals of internal medicine.* – 2009. – Vol. 151. – P.716-726.
8. Zapka, J., B. Geller, J. Bulliard, J. Fracheboud, H. Sancho-Garnier, and R. Ballard-Barbash.. *Print information to inform decisions about mammography screening participation in 16 countries with population-based programs* // *Patient Educ. Couns.* – 2006. – Vol. 63. – P.126-137.
9. Gigerenzer G., Mata J., Frank R. *Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe* // *JNCI: Journal of the National Cancer Institute.* – 2009. – Vol. 101, № 17. – P. 1216-1220.
10. Forbes C, Jepson R, Martin-Hirsch P. *Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening* // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2002. – Vol.3: CD002834.
11. Jørgensen, K., and P. Gøtzsche. *Overdiagnosis and overtreatment. Content of invitations for publicly funded screening mammography* // *BMJ* – 2006. – Vol. 332. – P.538-541.
12. Schwartz, L., S. Woloshin, H. Sox, B. Fischhoff, and H. G. Welch. *US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey* // *BMJ* – 2000. – Vol. 320. – P. 1635-1640.
13. Haakenson, C., K. Vickers, S. Cha, et al. *Efficacy of a simple, low-cost educational intervention in improving knowledge about risks and benefits of screening mammography* // *Mayo Clin. Proc.* – 2006. – Vol. 81. – P.783-791.
14. Pavic, D., M. Schell, R. Dancel, et al. *Comparison of three methods to increase knowledge about breast cancer and breast cancer screening in screening mammography patients.* // *Acad. Radiol.* – 2007.- Vol. 14. – P.553-560.
15. Croft, E., A. Barratt, and P. Butow. *Information about tests for breast cancer: what are we telling people?* // *J. Fam. Pract.* – 2002/ – Vol.51. – P.858-860.
16. Cornelia J. *B.Mammography Screening: Are Women Really Giving Informed Consent?* // *JNCI: Journal of the National Cancer Institute.* – 2003. – Vol. 95, № 20. – P. 1508-1511.
17. Jepson R. G., Hewison J., Thompson A.G.H, Weller D. *How should we measure informed choice? The case of cancer screening* // *J Med Ethics.* – 2005. – Vol. 31. – P.192–196.
18. Burack RC, Wood DP Jr. *Screening for prostate cancer. The challenge of promoting informed decisionmaking in the absence of definitive evidence of effectiveness* // *Med Clin North Am.* – 1999. – Vol 83. – P. 1423-1442.
19. Coley CM, Barry MJ, Fleming C, Fahs

MC, MulleyAG. *Early detection of prostate cancer: estimating the risks, benefits, and costs.*//American College of Physicians. *Ann Intern Med.* – 1997. – Vol.126. –P.468-479.

20. Chan E.C.Y., Vernon S.W., O'Donnell F.T., et al. *Informed consent for cancer screening with prostate-specific antigen: how well are men getting the message?* // *Amer. J Public Health.* – 2003. – Vol. 93, No.5. - P.779-785.

21. Шамсутдинова А. Г., Турдалиева Б. С., Белтенова А. Г., Кудайбергенова Т. А. *Предпосылки осознанного участия мужчин в скрининге рака предстательной железы.* // *Вестник АГИУВ.* - 2018. -№2.–С.53-57. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predposylki-osoznannogo-uchastiya-muzhchin-v-skrininge-raka-predstatelnoy-zhelezy> (дата обращения: 02.09.2018).

УДК 615.38

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ШКОЛАХ ПО РАЗВИТИЮ ДОНОРСТВА (ОБЗОР)

Ж.К.БУРКИТБАЕВ, С.А.АБДРАХМАНОВА, К.Х.ЖАНГАЗИЕВА,
Г.Д.КАЛЫМОВА, Н.С.ТУЯКОВА
РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии»,
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы развития пропаганды и популяризации безвозмездного донорства крови и повышения информированности населения и признания значения донорства крови в качестве общественной нормы в школах. Приводятся формы и методы информационно-разъяснительной работы в школах.

Ключевые слова: донорство крови, донация, волонтеры, пропаганда, информационно-разъяснительная работа, школа

Түйіндеме. МЕКТЕПТЕРДЕ ДОНОРЛЫҚТЫ ДАМУҒА ЖҰМЫСТАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ. Ж.Қ.Бүркітбаев, С.Ә. Әбдірахманова, Қ.Х.Жанғазиева, Г.Д.Қалымова, Н.С.Тұяқова. Мақалада өтеусіз қан донорлығын насихаттауды дамыту мен дәріптеу және халықтың хабардар болуын арттыру, сондай-ақ мектептерде қан донорлығын қоғамдық норма ретінде қабылдау мәселелері қарастырылады. Мектептердегі ақпараттық-түсіндірме жұмыстардың формасы мен тәсілдері келтіріледі.

Түйін сөздер: қан донорлығы, донациялау, еріктілер, насихат, ақпараттық-түсіндірме жұмыстары, мектеп

Summary. ORGANIZATION OF WORK AT SCHOOLS ON DEVELOPMENT OF DONORATION OF BLOOD. Zh.K.Burkitbayev, S.A.Abdrakhmanova, K.H.Zhangazieva, G.D.Kalymova, N.S.Tuyakova. In article questions of development of promotion and popularization of gratuitous donorship of blood and increase in knowledge of the population and raising awareness of the population and recognizing the importance of blood donation as a public norm in schools. Forms and methods of information in schools and explanatory work are given.

Keywords: blood donorship, donation, volunteers, promotion, information and explanatory work, school

Донорство крови - добровольная сдача крови донорами, а также мероприятия, которые направлены на организацию и обеспечение безопасности заготовки крови и её компонентов.

По оценке ВОЗ, донорство крови 1% населения в целом является минимумом, необходимым для удовлетворения большей части основных потребностей страны в крови [1,2].

Для создания надежной основы безопасного донорства крови и укрепления стабильного донорского контингента необходим долгосрочный подход, требующий не только создания эффективной программы добровольного донорства крови, но и повышения информированности населения

и признания значения донорства крови в качестве общественной нормы.

В соответствии со статьей 165 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» донором может стать практический любой здоровый человек старше 18 лет, прошедший соответствующее медицинское обследование и не имеющий противопоказаний, изъявивший добровольное желание осуществить дачу (донацию) крови и ее компонентов для медицинских целей.

Обобщить накопленный международный опыт и опыт Научно-производственного центра трансфузиологии по организации работы в школах по развитию донорства.

На Всемирной Ассамблее здравоохранения

ранения в 2005 году министры всех стран членов ВОЗ единогласно ратифицировали и подписали резолюцию, в которой безвозмездные доноры признавались наиважнейшим ресурсом гарантированно безопасной крови.

Начиная с 2004 года, Всемирный день Донора крови проводится по всему миру ежегодно 14 июня, и его официальными и постоянными организаторами и спонсорами являются партнеры-учредители: Всемирная организация здравоохранения, Международная Федерация Красного Креста и Красного Полумесяца, Международная федерация организаций доноров крови и Международное общество переливания крови [3,4].

В США пропагандой донорства занимаются общественные объединения, волонтеры и общественные организации, которые проводят презентации о донорстве в школах, используя различные методы пропаганды безвозмездного донорства крови как: социальные видеоролики, постеры с призывом к донорству, презентации в школах с посещением мобильных донорских центров и центров крови [4].

В Австралии действующее законодательство не требует, чтобы сотрудники службы крови получали разрешение для продвижения и пропаганды в школах безвозмездного донорства крови. Там практикуется посещение донорских центров школьниками в сопровождении сотрудников службы крови [4].

Анализ международного и исторического опыта развития донорства крови показал, что поставленных целей можно достигнуть только благодаря созданию такого механизма самоорганизации и самовоспроизводства, как социальный институт [5].

С целью развития добровольного безвозмездного донорства, Научно-производственный центр трансфузиологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан, при поддержке Государственного учреждения «Управление образования города Астаны» реализует образовательный проект «Донорство крови в Казахстане».

В рамках проекта при помощи активистов молодежных общественных организаций и волонтеров в школах проводятся информационно-разъяснительные работы,

интеллектуальные квесты на тему «Что ты знаешь о донорстве?», конкурсы рисунков и плакатов «Спасибо, донор!».

Организация работы в школах по развитию донорства осуществляется совместно со специалистами службы крови, медицинскими работниками, медицинскими организациями.

Специалистами службы крови с учетом возрастной категории учащихся школ реализовываются следующие мероприятия:

- подготовка и издание типовых лекций, презентаций, наглядных материалов, видеороликов о донорстве крови и компонентах крови для информационно-разъяснительной работы (ИРР);

- проведение лекций, семинаров, акций о донорстве крови и компонентах крови.

Начинать работу по пропаганде здорового образа жизни и донорства крови необходимо со школьного возраста, для дальнейшего осознания во взрослом возрасте важности донорства крови и его компонентов [6,7].

Несмотря на то, что человек донором может стать по достижении 18 лет, системная, хорошо организованная и целенаправленная информационно-разъяснительная работа среди школьников является основным методом организации работы по развитию безвозмездного донорства [8,9].

Целью мероприятий является повышение информированности молодежи, детей о донорском движении, формирование положительного образа донора, престижа института донорства [10,11].

Задачи пропаганды донорства в школах:

- формирование у целевых аудиторий представления о важности донорства крови и повышение мотивации к добровольной, сознательной сдаче крови.

- повышение престижа института донорства.

Первыми пропагандистами донорства плазмы, клеток крови должны быть врачи, так как профессиональный опыт делает их наиболее энергичными сторонниками развития новых видов донорства, а их специальные знания придают пропаганде особую убедительность [12,13].

В ходе работы, учащиеся приобретают навыки анализа социально значимых явлений и процессов, осваивают основные по-

нения милосердия и сострадания для осознания социальной ответственности перед государством и обществом.

Развитие донорства в значительной степени зависит от эффективных форм и методов пропаганды донорства. Большое значение имеет организация доходчивых форм пропаганды, адресованных к конкретным группам школьников [14,15].

Конечным результатом такой работы должно стать привлечение к донорству тех слоев молодежи, которые не заинтересованы в денежной компенсации, а принимают участие в донорстве безвозмездно, по моральным соображениям [16].

Формы пропаганды

Устная форма: лекции, доклады, беседы, викторины.

2. Наглядные формы пропаганды (презентации, видео ролики, муляж и т.д.).

3. С помощью рекламной продукции: социальные аудио, видео ролики и промо продукция (сувениры, стенды и т.д.).

4. PR мероприятия: массовые мероприятия, акции (проведение дня донора).

5. Печатная форма пропаганды с привлечением СМИ (листовки, буклеты, брошюры, книги, журналы, лозунги).

6. Молодежные просветительские социальные СМИ (Facebook, Instagram, VK).

7. Через общественные организации, (профсоюзы и т.д.).

Данная деятельность направлена на создание базиса для постоянного прироста и надежной основы безопасного донорства крови, а также на укрепление стабильного донорского контингента [15,16,17].

Методы информационно-разъяснительной работы о донорстве в школах.

Различают прямые и косвенные методы информационно-разъяснительной работы, направленной на пропаганду донорства в школах.

Прямые методы

Самый доступный метод это - беседа, убеждение (создание лекторских групп среди учащихся); чтение лекций, с применением наглядных презентационных и видео материалов о донорстве крови

Проведение выездных донорских акций на базе Центров крови, экскурсий с маршрутом донора от регистратуры до донорского кресла. Показ процесса заготовки

донорской крови и ее компонентов, каким образом она тестируется на наличие болезней, в каком виде электролитная масса поступает к пациенту, какой отдел отвечает за её доставку в медицинские организации.

К косвенным методам относятся:

- выступления в СМИ, теле- и радио эфирах;

- выпуск рекламной продукции: буклеты, брошюры, оформление стендов и др.;

- показ социальных роликов;

- видеофильмы о донорстве;

- организация проведения акций в поддержку донорства, различных конкурсов на тему донорства: рисунков, плакатов, сочинений, диктантов, лекторства и праздника «Всемирный день донора»;

- размещение информации в молодежных социальных сетях.

Для эффективной информационно-разъяснительной деятельности необходимо формирование долгосрочного плана. План должен содержать основные направления по осуществлению информационно-разъяснительной работы для лиц, не достигших донороспособного возраста [18,19,20].

Для привлечения к участию в донорстве крови молодых, здоровых безвозмездных доноров важно учитывать следующие моменты:

- информация о донорстве должна содержать эмоциональное включение потенциальных доноров, ситуация оказания помощи должна позиционироваться максимально конкретно;

- информация о значимости «поощрений» морального характера (атрибуты донорской символики, сообщения о донорах в СМИ и социальных сетях).

Задачи менеджеров центров крови:

1. Активная пропаганда донорства (презентации, лекции, собеседования, разработка агитационного материала, работа со СМИ);

2. Снижение факторов тревожности у доноров. Проведение ИРР о безопасности донорства и разъяснение особенностей процедуры сдачи крови.

Комплексные направления ИРР о безвозмездном донорстве в школах:

- проведение ИРР о донорстве среди учителей;

- включение ИРР о донорстве в календарный план классных руководителей средних школ;

- проведение классного часа на тему: «Что ты знаешь о донорстве?»;

- проведение общешкольных мероприятий на тему: «Важность безвозмездного донорства крови».

Все общешкольные мероприятия по пропаганде донорства согласовываются с руководством средних школ.

Системная работа со школьниками по воспитанию гражданских ценностей, а также привлечение их к реализации коммуникационных и организационных частей проекта в качестве волонтеров - важное направление пропаганды донорства крови [21]. Такие уроки - это работа на перспективу, и решают следующие задачи, как:

- формирование лояльного отношения к сдаче крови, подготовка будущих доноров из числа сегодняшних школьников;
- формирование необходимой позиции у школьников с целью проведения опосредованной пропаганды донорства в семье (со взрослыми членами семьи);
- создание необходимого пропагандистского ресурса, групп добровольцев для ведения пропагандистской работы общественными организациями.

Работая со школами, приходится сталкиваться с возрастными особенностями детей, а также с проблемой разработки плана урока и составления его конспекта, учитывая возрастную особенность [22].

Так как, средняя продолжительность активного внимания учащихся школьников около 20 минут, а затем работоспособность начинает снижаться, повышается количество отвлечений и возбуждений. С целью поддержания внимания учащихся содержание урока может объединять между собой социальный видеоролик, презентации, интерактивные беседы по теме донорства для создания благоприятного эмоционального климата, и исключения переутомления учащихся на уроке [23,24].

Многие учащиеся могут впервые слышать о донорстве крови, о том, где и как можно сдать кровь, а главное, зачем необходима человеческая кровь. В этой связи, в ходе открытых уроков важно отметить особую важность участия именно молодого по-

коления в программе, как основных носителей распространения и пропаганды идеи донорства [25].

Информационное содержание урока для учащихся должно учитывать возраст, психологические особенности восприятия и памяти учащихся.

В начальных классах рекомендуется донести до детей информацию о крови, каковы функции крови в организме человека и др.

Старшеклассникам необходимо добавить больше информации и подробно рассказать о составе крови, кому донорская кровь так необходима.

Разъяснить детям что донорство – это гражданская позиция милосердного, отзывчивого человека.

Формировать лояльное отношение к сдаче крови.

Рассказать, что такое трансфузиология.

О пользе кроводачи для организма донора.

Почему донорский банк необходимо пополнять регулярно.

Кроме этого, школьникам важно рассказать подробно о процедуре сдачи крови.

Какой образ жизни должен вести будущий донор.

Как питаться перед сдачей крови.

Где и как можно стать донором.

Также полезно ребятам дать возможность задать все интересующие их вопросы, на которые они могут получить квалифицированные ответы.

По окончании мероприятия школьникам необходимо раздавать буклеты с подробной информацией о донорстве и существующих противопоказаниях к сдаче крови.

На открытых уроках со школьниками можно организовать встречи с донорами, в том числе и с «Почетными донорами». Организовать конкурс рисунков и плакатов «Донор. Кто он?».

Наиболее интересным, с точки зрения пропаганды донорства среди школьников, являются проведение экскурсий в отделения переливания крови.

Рекомендации по составлению плана урока: план урока требуется не только для того, чтобы администрация школы могла проверить содержание урока, но и для того, чтобы волонтер не терялся во время

проведения презентации, и мероприятие прошло максимально интересно для учащихся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в школах, в соответствии с возрастом учащихся, применяются соответствующие формы информационно-разъяснительной работы о безвозмездном донорстве крови.

Положительные стороны работы со школьниками по пропаганде донорства состоят в легкости организации занятий, в гибкости мышления и открытости подростков различным идеям. Поэтому очень важно разрабатывать методы привлечения молодежи и школьников к этой проблеме. Чем больше будет доноров из числа молодёжи, тем больше будет здоровых людей.

Целью этих мероприятий является повышение информированности молодёжи, детей о донорском движении, формирование положительного образа донора, престижа института донорства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиновьева Е.С. Безвозмездное донорство// Қан қызметінің журналы. - 2016. - №2 (7). – С.17-19.

2. Сборник информационно-методических материалов по организации информационных компаний по донорству крови М.: 2012-164 с.

3. К стопроцентному добровольному донорству крови ВОЗ, 2011 г www.who.int/bloodsafety/publications/

4. Опыт зарубежных стран в решении вопросов донорства крови: Информационно-методическое пособие в помощь организаторам донорского движения. М.: Вива-Стар. - 2016. - 2012 с.

5. Лаврова В.А. Совершенствование агитации донорства крови и ее компонентов с учетом психологических особенностей доноров/Дис...канд. мед. наук. - Санкт-Петербург. - 2009. - 121с.

6. Лучшие практики социально ориентированных НКО – участников конкурса «СоДействие». Методическое пособие. / Под общ. ред. к. психол. н. О.В. Коротеевой, к. полит. н. Н.С. Каграманян – М.: АНО «Центр информационных стратегий». - 2012. – 365с.

7. McVittie C. «I intend to donate but...»: non-donors' views of blood donation in the UK // Psychol Health Med. 2006. - V. 11(1). - P. 1-6.

8. Жибурт Е.Б., Ключева Е.А., Губанова М.Н. и др. Развитие службы крови США// Трансфузиология. - 2010.- Т.11, №1.- С.59-71.

9. Никитин И.К., Голосова Т.В. Платные и первичные доноры крови - факторы высокого риска гемотрансмиссивных инфекций//Новое в трансфузиологии. - 2001. - №29. - С.33-45.

10. Лобовская Л.В., Мальцева И.Ю., Никитин И.К. Донорство категория нравственная//Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии. -2000.- №5.- С.229.

11. Маргаева М. П. Донорство крови: история и современность// Медсестра. - 2014. - № 8. - С.52-55.

12. Жибурт, Е.Б. Эволюция донорства крови и плазмы в России / Е.Б. Жибурт// Главврач. - 2015. - №1-2. - С.38-43.

13. Жибурт Е.Б. Привилегии доноров крови/ Е.Б. Жибурт// Руководство для врачей и организаторов донорского движения - М.: Мед.Эксперт. Пресс, 2003. - С.392.

14. Лаврова В.А., Колосков А.В. Мотивация доноров крови// Проблемы гематологии и переливания крови. - 2006.-№1.- С.44

15. Жибурт Е.Б., Рейзман П.В., Вечерко А.В. Бесплатность донорства: проблемы терминологии и практики// Трансфузиология. - 2004.- Т.5, №3,- С. 56-62.

16. Скорикова С.В., Буркитбаев Ж.К. Развитие донорства крови и ее компонентов в Республике Казахстан. Часть 1. Частота донаций в регионах// Вестник службы крови России. - 2013.- №4.- С.23-25.

17. Скорикова С.В., Буркитбаев Ж.К. Развитие донорства крови и ее компонентов в Республике Казахстан. Часть 2. Категории доноров и места донации // Вестник службы крови России. - 2013.- №4. - С.26-28.

18. Скорикова С.В., Буркитбаев Ж.К. Привлечение здорового населения к донорству и повышение качества отбора доноров – один из этапов обеспечения вирусной безопасности гемотрансфузионных сред в Республике Казахстан// Вестник службы крови России. - 2012.- № 3.– С.9-13.

19. Лаврова В.А., Колосков А.В. Психологические аспекты агитации потенциальных доноров// Трансфузиология. -2007,- Т.8.,

№1-2,- С.27-28.

20. Трофимов А.В. Подготовка и проведение лекции: методические рекомендации / А. В. Трофимов, Ю. П. Груненков. - Домодедово: ВИПК МВД России, 2004. - 23с.

21. Анискина М.Б. Квази безвозмездное донорство: определение, истоки, следствие//Здравоохранение РФ. - 2008.- №3.-С.39-42.

22. Макеев А.Б., Селиванов Е.А., Вечерко А.В., Попова Н.Н., Жибурт Е.Б. О некоторых факторах, определяющих состояние донорства на современном этапе// Транс-

фузиология. -2001,- №2,- С.20-27.

23. Жибурт Е.Б., Копченко Т.Г., Вергопуло А.А. и др. Эволюция законодательства о донорстве крови и ее компонентов// Трансфузиология. - 2008.- Т.9, №3.- С.34-41.

24. Mikkelsen N. Success factors in donor recruitment and retention in Denmark // Vox Sang. 2002. - V. 1. - P.243-6.

25. Лаврова В.А. Мотивация доноров крови /Лаврова В.А., Колосков А.В.//Проблемы гематологии и переливания крови. -№1. - 2006.- С.44.

УДК 614.23”363”:[616 -003.9+159.9]

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

¹Г.З.ТАНБАЕВА, ^{1,2}А.Ш.ИБРАЕВА

¹АО «Центральная клиническая больница»,
г. Алматы, Республика Казахстан

²Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Аннотация: В статье представлен обзор литературы по организации медицинской реабилитации лиц опасных профессий в современных условиях.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, лица опасных профессий, специалисты по реабилитации

Түйіндеме. ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ МАМАНДЫҚ ИЕЛЕРІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ. Г.З.Таңбаева, А.Ш.Ибраева. Мақалада заманауи жағдайда қауіп-қатерлі мамандық иелерін медициналық оңалтуды ұйымдастыру бойынша әдебиетке шолу мәліметтері берілген.

Түйін сөздер: медициналық оңалту, қауіп-қатерлі мамандақ иелері, оңалту бойынша мамандар

Summary. PROVISION OF MEDICAL REHABILITATION FOR PROFESSIONALS OF RISKY OCCUPATIONS. G.Z.Tanbaeva, A.Sh.Ibraeva. В статье представлен обзор литературы по организации медицинской реабилитации лиц опасных профессий в современных условиях.

Keywords: medical rehabilitation, risky occupations, rehabilitation specialists

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитация лиц опасных профессий ввиду своей актуальности и исключительной социальной значимости стала одной из центральных медико-социальных проблем в мире. К числу опасных профессий, как правило, относят: космонавтов, спасателей, пожарных, водолазов, сотрудников спецподразделений силовых структур и др. [1].

Повсеместный интерес к проблеме реабилитации носит характер закономерного процесса, связанного с изменениями в социально-экономической и демографической структурах общества, и в значительной степени может быть объяснена современной тенденцией «гуманизации медицины». При этом реабилитацию необходимо рассматривать как элемент социальной функции государства [2,3]. В Республике Казахстан, которая проявляет инициативу в решении современных острых проблем жизни общества, оказание реабилитационных услуг категориям граждан, нуждающимся в реабилитационных программах.

литации, является одним из приоритетных направлений республиканских социальных программ.

ЦЕЛЬ – на основании анализа литературных данных определить этапы и принципы медицинской реабилитации лиц опасных профессий, также составляющие элементы реабилитационных программ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С помощью информационно-аналитического метода проведен анализ зарубежной и отечественной литературы по организации медицинской реабилитации лиц опасных профессий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Под реабилитацией лиц опасных профессий понимается система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на нормализацию нарушенных и компенсацию утраченных в связи с болезнью, ранением, поражением функций

организма с целью скорейшего восстановления трудоспособности больных и раненых. Цель реабилитации – восстановление здоровья больных и их возвращение к общественно полезному труду [4-6].

По терминологии экспертов - реабилитологов ВОЗ, система медицинского обеспечения больных включает в себя первичную, вторичную и третичную профилактику или, что тоже самое, три ступени профилактики. Под первичной профилактикой имеется в виду профилактика заболеваний в ее обычном понимании; под вторичной – собственно лечение; третичная профилактика – реабилитация - направлена на восстановление утраченных функций и предупреждение инвалидности [7-8]. Естественно, что при различных видах патологии соотношение этих ступеней профилактики является не одинаковым.

Тесная связь трех ступеней профилактики имеет глубокое физиологическое обоснование. Профилактика в собственном смысле слова, лечение и реабилитация представляют собой динамическую совокупность разнообразных воздействий на механизмы адаптации и компенсации организма человека и проводимую на разных уровнях адекватную регуляцию физиологических реакций пациента.

Реабилитация как система включает три относительно самостоятельных этапа: медицинский (лечебно-восстановительный, функциональный), социальный (социально-психологический) и профессиональный. На первом этапе осуществляется восстановительное лечение, для чего используют преимущественно медицинские средства; на втором – восстановление прежних или приобретение новых профессиональных навыков; на третьем этапе – восстановление социальной сущности больного (раненого, пораженного). Деление процесса реабилитации на этапы носит условный характер и предполагает преимущественное использование тех или иных реабилитационных методов на каждом конкретном этапе. В большинстве случаев имеет место взаимопроникновение этапов реабилитационного процесса [9].

Таким образом, с позиций современного понимания концепции реабилитации наиболее значимой является медицинская реабилитация (восстановительное лечение),

включающая комплекс лечебных, профессиональных и психологических мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности лиц опасных профессий.

В процессе медицинской реабилитации выделяют три взаимосвязанных периода: лечебно-щадящий, функционально-тренировочный и период активного восстановления.

Начинают реабилитацию с лечебно-щадящего периода в условиях специализированного стационара на острой стадии заболевания (ранения, поражения). В этот период реализуют первые ступени функционально-тренировочного воздействия на больного (раненого, пораженного) как основы дальнейшего развития и расширения процесса медицинской реабилитации (пассивные и активные движения, дыхательная гимнастика в постели, массаж, лечебная физкультура сидя, стоя и др.) [10].

По окончании острого периода заболевания (ранения, поражения) и наступления клинического выздоровления рекомендуется перевод больного (раненого, пораженного) на режим реабилитации, предполагающий усиление функционально-тренировочных нагрузок и реализацию мероприятий активного восстановления трудоспособности в полном объеме [11].

В настоящее время достаточно четко определяют следующие основные принципы реабилитации:

1. Своевременность реабилитационных мероприятий, которые должны органически вливаться в процесс лечения.
2. Строгая последовательность и преемственность реабилитационных мероприятий.

Согласно этому принципу, происходит постепенный перенос акцента с лекарственной терапии, используемой в начале острого периода заболевания (травмы, ранения), на методы физического лечения, а также применение этих методов в строго определенных дозировках, чаще – в нарастающих (принцип последовательности проводимых воздействий). Принцип преемственности предполагает наличие налаженных контактов между стационаром и центром (отделением) реабилитации, своевременный обмен информацией между ними с целью принятия правильного решения о последующих действиях в отношении каждого больного (раненого).

3. Комплексность методов лечебно-восстановительных воздействий, направленных на различные стороны жизнедеятельности больного (раненого).

4. Контроль за ходом восстановления утраченных функций, профессиональных

навыков и своевременная коррекция реабилитационных программ [12].

При разработке и реализации реабилитационных программ рекомендуется придерживаться следующей принципиальной схемы (рис.1).



Рисунок 1-Схема построения и реализации программы реабилитации.

Реабилитационная программа должна содержать следующие основные элементы:

- схему оптимального ведения больных;
- стадии стационарного этапа и критерии его окончания;
- темпы физической активизации на стационарном и реабилитационном этапах;
- типовые режимы ведения больных и раненых (основной, ускоренный, индивидуальный);
- комплексные оценки (критерии) адекватности и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий на основе анализа динамики клинических, психофизиологических, лабораторных и инструментальных данных [13-14].

В настоящее время четко определены 3 основных функциональных направления реабилитации – хирургическое, терапевтическое, неврологическое. Однако внутри этих направлений конкретные реабилитационные программы детально разработаны лишь для некоторых нозологических форм.

Существенный элемент реабилитации – объективная оценка ее итогов. Она необходима для коррекции реабилитационных программ и преодоления нежелательных побочных реакций, определения эффективности каждого этапа реабилитации. Предпочтительнее всего балльная оценка, при которой сопоставляются объективные дан-

ные, например, при поступлении больного в санаторий и по окончании его пребывания в нем. Оценка эффективности должна быть четко отражена в истории болезни и выписном (переводном) эпикризе и обязательно подтверждена клинико-функциональными показателями [15].

Реабилитация, являясь одним из функциональных направлений деятельности системы здравоохранения, в то же время не может рассматриваться автономно и тем более, как конкурент устоявшегося и успешно действующего медицинского обслуживания больных. Включение реабилитации в существующую схему значительно повышает эффективность всей системы здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. Успешное функционирование системы реабилитации может быть обеспечено при условии целенаправленной подготовки специалистов по реабилитации, а также при адекватной отработке системы взаимодействия различных медицинских организаций на всех этапах реабилитации.

2. Медицинская реабилитация лиц опасных профессий, базирующаяся на основных принципах рассмотренной концепции, но имеющая присущие только ей специфические черты и особенности может быть представлена как отдельный самостоятель-

ный раздел реабилитации, нуждающийся в дальнейшей целенаправленной разработке и совершенствовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гандер Д.В. Психология опасных профессий как отрасль психологической науки // Психология обучения. – 2012. – № 3. – С. 105–111.

2. Божченко А.А. Организационные вопросы реабилитации различных контингентов больных и раненых в Вооруженных Силах Российской Федерации в современных условиях: Учебно-методическое пособие/Под ред. Самцова А.В. Спб.:ВМА, 2009. С.54.

3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. https://kazntu.kz/rus/wp-content/uploads/2016/03/densaulyk_2016-2020_0.pdf

4. Боченков А.А., Глушко А.Н., Пулыко В.И. Психофизиологические проблемы профессиональной коррекции и реабилитации. (По материалам Всеармейской научно-практической конференции)// там же. 2008. №6. С. 78–81.

5. Алтынбеков С., Негай Н., Аширбеков Б., Джолдыгулов Г. «Концептуальные основы системы медицинской экспертизы и реабилитации здоровья работников аварийно – спасательных служб, участвующих в ликвидации чрезвычайных ситуациях». Отчет о НИР –Алматы -2010г. –С. 6-7.

6. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».

7. WHO Expert, Committee on Medical Rehabilitation. Seven report. Geneva, 1999. Ser. 419. P. 46-49.

8. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013.

9. Белевитин А.Б. Современные взгляды

на медицинскую реабилитацию лиц опасных профессий / Белевитин А.Б., Фесюн А.Д., Божченко А.А., Сухонос Ю.А., Федосеев В.М. // Медицина катастроф. - 2011. - № 2. - С. 14-17.

10. Султанмуратов М.Т. Обоснование, организация и проведение поэтапной реабилитации больных пострадавших при чрезвычайных ситуациях / Султанмуратов М.Т., Дженбаев Е.С., Абылкасымов К.Т., Койчубеков А.А., Медербекоев К.К., Махматдиев А.К. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2010. - №3. - С.90-92.

11. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов / В.Б. Смычек, Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева, В.В. Ломако // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. – Минск, 1999. – С. 82 – 88.

12. Копыток А.В. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. – Минск, 2004. – Вып. 6. – С. 60-64.

13. Фисун А.Я. Приоритетные задачи медицинской службы Вооруженных Сил РФ по реализации Федеральной целевой программы реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы и их исполнение / А.Я. Фисун, А.М. Щегольков, В.Е. Юдин // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: сб. науч. трудов. – М., 2008. – С. 37–38.

14. Орлова М.М. Взаимозависимость идентичности и отношения к здоровью у представителей экстремальных профессий // Фундаментальные исследования. – 2013. –№ 10–14. – С. 3206–3210.

15. Ибраева А.Ш., Каусова Г.К. Организация медицинской и психологической реабилитации спасателей. Медицина. – Алматы. - 2017.- №5 (179).- С.2-8. ISSN 1728-452X.

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ»

УВАЖАЕМЫЕ УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ!



От имени Ассоциации онкологов и радиологов г. Астана, Онкологического центра Акимата г. Астана, приветствую Вас и поздравляю с началом работы Международной научно-практической конференции «Персонализированный подход в диагностике и лечении злокачественных новообразований»!

Прогресс в области онкологической службы определяется научными достижениями и внедрением инновационных методов лечения на основе персонализированного подхода. В Казахстане существуют и развиваются проекты, нацеленные на здоровье и долголетие человека, и нам крайне важно продолжать работу в этом направлении.

Стало доброй традицией, что ежегодно наш центр проводит такой научный форум, и с каждым годом количество участников мероприятий Международной конференции становится больше. Отрадно также, что с каждым годом растет масштаб и представительность этих мероприятий. Увеличи-

вается и внимание со стороны научных кругов, медицинских организаций, Министерства здравоохранения, и широкой общественности Республики Казахстан в обсуждении важнейших проблем общественного здоровья, поиску путей их решения на основе научно выверенного методологического и ценностного подхода.

В ходе Международной научно-практической конференции будут рассмотрены наиболее значимые вопросы профилактики и лечения злокачественных новообразований, ранняя диагностика и скрининг, внедрение новейших методов лечения, повышение качества жизни онкологических пациентов.

Дорогие участники Международной научно-практической конференции «Персонализированный подход в диагностике и лечении злокачественных новообразований», желаю вам плодотворной научной дискуссии! Уверен, что полученные в ходе конференции знания будут направлены на улучшение диагностики, развитие новых методов и новых подходов к лечению онкологических заболеваний!

ТУЛЕУТАЕВ М.Е.
Председатель Ассоциации
онкологов и радиологов г.Астана
Главный врач Онкологического
центра Акимата г.Астана

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА АСТАНЫ

М.Е. ТУЛЕУТАЕВ, Б.К. МУСТАФИНА, Б.Б. ТАЙЛАКОВ
ГКП на ПХВ «Онкологический центр» акимата г. Астаны

Аннотация. Ретроспективный анализ онкологических индикаторов (болезненности, пятилетней и годичной выживаемости, смертности, запущенности) показал, что за последние годы достигнутые определенные успехи неразрывно связано с улучшением материально-технической базы Онкологического Центра. С внедрением новых схем и методологий химиолучевой терапии, инновационных хирургических технологий улучшились отдаленные результаты противоопухолевого лечения, что соответственно привело к снижению смертности, запущенности и инвалидизации населения от злокачественных новообразований в г. Астане.

Ключевые слова: онкологическая служба, выживаемость, заболеваемость, смертность, запущенность

Түйіндеме. АСТАНА ҚАЛАСЫ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫНА РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУ. М.Е. Тулеутаев, Б.К. Мустафина, Б.Б.Тайлаков. Онкологиялық индикаторлардың (аурушандылықтың, бес жылдық және жылдық өміршеңділіктің, өлімділік, өткізіп алушылық) ретроспективті талдауы соңғы жылдарда жеткен жетістіктері онкология орталығының материалды - техникалық базасының жақсаруымен тығыз байланысты екенін көрсетті. Жаңа схеманың және де химиосәулелі ем әдістемесі мен инновациялық хирургиялық технологиялардың енгізілуіне байланысты обырға қарсы ем нәтижесі жақсарып, Астана қалысындағы қатерлі түзілістер бойынша халық арасында өткізіп алушық, мүгедектік пен өлімділіктің азаюына әкелді.

Түйін сөздер: онкологиялық қызмет, өміршеңділік, аурушандылық, өлімділік, өткізіп алушылық

Summary. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DYNAMICS OF INDICATORS OF CANCER SERVICE IN ASTANA. M.E. Tuleutaev, B.K. Mustafina, B.B. Tailakov. Retrospective analysis of oncological indicators (morbidity, five - year and one - year survivability, mortality, of neglect) showed, that in recent years have been achieved certain successes inseparably linked with the improvement of the material and technical base of the Cancer Center. With the introduction of new schemes and methodologies of chemoradiotherapy, innovative surgical technologies, improved long-term results of antitumor therapy, which accordingly led to a decrease in mortality, neglect and disability of the population from malignant neoplasms in Astana.

Keywords: oncological service, survival, morbidity, mortality, neglect

ВВЕДЕНИЕ

Рост числа новообразований – одна из основных проблем здравоохранения развитых стран, поскольку они являются одной из главных причин смертности и инвалидности населения [1,2,3]. Ежегодно в мире регистрируются 10 млн. новых случаев и более 6,2 млн. смертей от этой патологии. По прогнозам, к 2020 году ежегодная заболеваемость раком возрастет до 20 млн. человек, смертность увеличится до 10

млн. За период с 1995 по 2002 годы в Казахстане, Кыргызстане, Молдове и России отмечено некоторое снижение показателей заболеваемости среди мужского населения и рост среди женского. В тоже время в благополучных и развитых странах мира также отмечается более высокая заболеваемость: в США - 364, в Англии - 318, в Германии - 315, в Японии -214,8 [3,4,5]. Среди стран СНГ в нашей Республике заболеваемость несколько ниже, чем в России, но выше,

чем в Республиках Среднеазиатского региона. В 2013 году по Республике наблюдается рост заболеваемости с 190,6 до 194,1; темп снижения - 1,7%. Абсолютное число зарегистрированных случаев стало больше на 1 024 случаев по сравнению с 2012 годом. По городу Астане наблюдается тенденция роста заболеваемости - с 169,4 (2012 г.) до 203,8 (2016 г.).

ЦЕЛЬ - ретроспективный анализ динамики основных показателей онкологической службы города Астаны за период с 2012 по 2016 годы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу данной работы положены клинические архивные данные ГКП на ПХВ «Онкологический Центр» акимата г.Астаны. Для анализа заболеваемости использованы отчетные документы по формам № 7 и № 35 за 2012-2016гг. Основные показатели онкологической патологии: болезненность, смертность, заболеваемость, доля больных с I-II, IV клинической стадией из числа впервые выявленных, пятилетняя выживаемость, одногодичная летальность изучены базируясь на отчетные и нормативные медицинские документации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Заболеваемость (количество больных взятых на учет в отчетном году). За время существования областного онкодиспансера больных, впервые взятых на учет со злокачественными новообразованиями в 1956 году - 178 случаев, а в 2016 году -1879 случаев. Заболеваемость выросла более 10 раз.

Ежегодно в г.Астане выявляется более одной тысячи больных злокачественными новообразованиями различных локализаций. Следует отметить, рост заболеваемости наблюдается не только в Астане и Республике Казахстан, но и во всем мире. Так, если в 60-е годы заболеваемость в северных регионах Казахстана (в частности, в Целиноградской области) составляла чуть более 70 на 100 тысяч населения, то в настоящее время этот показатель увеличился более чем в 2,5 раза. В 2016 г. в г. Астане с впервые установленным диагнозом взято на учет 1879 больных, что составило 203,8 на 100 тыс. населения. По данным отчетной формы № 7: «Отчет о заболеваниях

злокачественными новообразованиями», в 2012 г. зарегистрировано 471 лиц мужского пола, в 2016 г. -761. Среди взятых на учет в 2016 году мужчин наиболее часто зарегистрированы: рак легкого (132 случаев), рак желудка (87), рак кожи (51), рак простаты (58), рак ободочной кишки (47), рак прямой кишки (42), рак почки (27). Что же касается впервые выявленных больных женского пола, то в 2012 таковых было 816, а в 2016 году -1118. Среди 1118 человек женского населения самая высокая доля в структуре приходится на рак молочной железы - 274 случаев, рак ободочной кишки (69), рак кожи (79), рак шейки матки (74), рак желудка (55), рак яичников (59), рак щитовидной железы (50).

С 2007 года рак молочной железы занимает первое место в структуре заболеваемости по городу Астане; рак легкого на втором месте; рак желудка на третьем. Причем заболеваемость при этих локализациях постоянно увеличивается. Относительно стабильной остается частота рака полости рта и глотки, опухолей костно-мышечной системы, кроветворных органов. Отмечается некоторое уменьшение заболеваемости раком пищевода, ободочной кишки, прямой кишки, печени, гортани, предстательной железы.

Болезненность (количество больных, состоящих на учете с установленным диагнозом, получивших лечение). Закономерно, что улучшение качества оказываемой помощи, появление новых высокоэффективных противоопухолевых препаратов, усовершенствование хирургической техники, а также выявление больных на ранних стадиях профилактических осмотрах - позволило за последнее десятилетие значительно увеличить болезненность, т.е. число больных, состоящих на диспансерном учете после радикального лечения. Ежегодно отмечается рост болезненности. Если в период становления онкологической помощи в шестидесятые годы она едва превышала 200 на 100 тысяч населения, то в настоящее время этот показатель приближается к семистам. Так, в конце отчетного 2016 года под наблюдением онкологического диспансера состояли 7945 пациентов.

Пятилетняя выживаемость (число больных с диагнозом ЗНО, живущих 5 и более

лет). В онкологии основным показателем качества оказанной помощи является выживаемость. Если в пятидесятые, шестидесятые годы основным показателем считались годовая, трехлетняя выживаемость, то в последние десятилетия появились такие термины, как пяти-, десяти- и даже двадцатилетняя выживаемость. К примеру, трехлетняя выживаемость вскоре после организации онкологической службы составляла чуть более 10%. Но общепризнанным показателем пока остается пятилетняя выживаемость. В настоящее время более 3819 / 48% (3038 к концу 2013 года) больных, состоящих на диспансерном учете, пережили пятилетний рубеж. Строгая диспансеризация – учет онкологических больных, позволяет четко контролировать основные тенденции, результаты лечения при тех или иных формах злокачественных новообразованиях. Разумеется, при различных локализациях доля больных проживших пять или более лет различна. Высокие показатели пятилетней выживаемости отмечаются при следующих опухолях: раке тела матки (58,5%), опухолях костно-мышечной системы (69%), меланомы кожи (62,0%), раке кожи (60,3%), раке молочной железы (52,0%), раках глаза и его придаточного аппарата (57,8%), злокачественные лимфомах (53,8%), раке щитовидной железы (62,4%). Средняя пятилетняя выживаемость имела место при раке шейки матки (48,3%), раке яичника (51,7%), раке почки (54,1%), раке мочевого пузыря (51,0%). Низкие значения названного показателя при раке губы и ротовой полости (46,0%), раке желудка (31,6%), раке поджелудочной железы (30,0%), раке легкого (24,8%), при раке пищевода (27,1%).

Одногодичная летальность (число больных ЗНО, умерших в течение года с момента установления диагноза). На начальных этапах работы онкологической службы более половины больных с первично выявленным диагнозом злокачественного новообразования погибли в течение первого года. Этому способствовало, в первую очередь, выявление больных на поздних стадиях заболевания, отсутствие эффективных противоопухолевых препаратов, аппаратов для лучевой терапии, анестезиологической помощи, а также слабое развитие хирургической тех-

ники. Но, проходили годы, наши специалисты обучались в центральных клиниках, осваивая новые технологии, привозя с собой опыт ведущих клиник. Стали появляться все новые и новые противоопухолевые препараты, диспансер оснащался аппаратами лучевой и рентгенотерапии. В результате этот грозный показатель начал понемногу снижаться. В настоящее время за 2016 год годовая летальность составляет менее 21,4 % (в 2012 году - 25,8%).

Последние годы проводится большая работа по сверке несвоевременно снятых с учета больных, умерших в территориальных поликлиниках, с базой данных адресных бюро и статистических управлений.

Показатель летальности на 1-м году жизни с момента установления диагноза наиболее точно отражает состояние специализированной онкологической помощи, а именно долю химиотерапевтической составляющей и лучевых методов и их комбинации в специализированном лечении онкологических больных. Так, средний показатель завершенности специального лечения больных раком желудка составляет 10,7%, раком легкого - 8,0%, пищевода - 7,3%, печени - 3,9%, мочевого пузыря - 1,1%. По-прежнему остается острой такая деонтологическая и медико-социальная проблема, как отказ онкологических больных от лечения. По г. Астане ежегодно регистрируются таких больных от 5% до 9% от числа всех выявленных. В 2016 году зарегистрировано 39 больных, полностью отказавшихся от лечения, что составляет 2,3% от впервые выявленных в этом году.

В то же время остается довольно высокой летальность в первом году жизни после установки диагноза при некоторых опухолях внутренних локализациях. Так, наиболее высокая летальность при раке легкого – 62,7%, желудка – 61,0%, пищевода – 76,4%, поджелудочной железы – 69,5%, печени – 79,4%. Причина такой ситуации является практически бессимптомное течение болезни в начальных стадиях, в результате – поздняя обращаемость.

Смертность (число больных с диагнозом ЗНО, умерших в течение года). При сравнении данного показателя также можно отметить четкую тенденцию улучшения качества оказываемой специализированной

помощи. Из года в год уменьшается общая смертность от злокачественных новообразований и за последние годы этот показатель практически остается стабильной.

Если в пятидесятые - шестидесятые годы количество умерших составляло практически три четверти количества вновь выявленных, то в последние десятилетия этот показатель снизился почти на четверть. Следует отметить, что почти всегда эту грустную статистику возглавляет рак легкого, затем по убывающей идут: рак желудка, молочной железы, пищевода, ободочной кишки. Практически каждый пятый умерший от рака, имел диагноз рак легкого. В городе Астане смертность от ЗНО в течение последних 2-х лет выросла: в 2012 году составило 85,2 на 100 тыс. населения, в 2016 году – 88,3 (в РК – 84,9 на 100 тыс. населения). Таким образом, смертность в 2016 году по сравнению с прошлым годом выросла на 1,9 на 100 тыс. населения.

Запущенность (впервые выявленные больные, на момент установления диагноза имеющие IV стадию и III стадию визуальных локализаций). Количество больных в запущенных стадиях зависит не столько от работы онкологической службы, сколько от работы первичного звена. Но в то же время, нельзя исключать роль онкологической службы. Ведь именно она должна координировать работы ПМСП ранней диагностике злокачественных новообразований. В пятидесятые годы в запущенных стадиях выявлялись почти половина больных. В настоящее время доля пациентов, выявленных в IV клинической группе (больные, не подлежащие специальным методам лечения), составляет чуть более 12%. В 2012 году число больных с IV клинической группой составило 168 (13,1%), в 2016 году – 234 (12,9%). К таким результатам удалось прийти, благодаря множеству факторов: развитие онкологической службы, повсеместной и повседневной профилактической работе среди населения и врачей общей лечебной сети, появлением современных диагностических аппаратов и приборов. Анализируя причины запущенности, следует отметить, что из года в год лидирующее место занимают практически одни и те же локализации: рак поджелудочной железы – 44,8%, рак легкого – 29,5%, рак желудка – 16,0%. Это

обусловлено, во-первых, внутренней локализацией, бессимптомным течением в ранних стадиях. Появление первых симптомов, зачастую указывает на распространенность опухолевого процесса. Анализ причин запущенности показывают, что скрытое течение и несвоевременное обращение составляют почти 86,3%. На остальные 13,7% приходится неполное обследование, ошибка в диагностике и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С 2012 года наметилась тенденция к росту показателя онкологической заболеваемости. По итогам 2016 года, по показателю заболеваемости г. Астана занимает 12 место в РК. За последние 5 лет по г. Астане отмечается некоторый рост показателя смертности от онкологических заболеваний, что свидетельствует об улучшении диагностики и лечения этого грозного недуга.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований, являющаяся основным показателем, от которого зависит прогноз жизни пациента, в 2016 году составила 57,7% (в 2012 г. - 53,8%), что выше на 7,2% аналогичного показателя за 2012 год. Удельный вес ранних форм опухолей визуальной локализации составил 83,2%. Показатель болезненности или распространенности онкологических заболеваний вырос за 5 лет на 32%. Рост этого показателя является позитивным, так как отражает процесс накопления в популяции людей с онкологической патологией вследствие увеличения продолжительности жизни после проведенного специального лечения. Из года в год отмечается постепенное повышение удельного веса онкологических больных, живущих 5 и более лет. Так, в 2016 году этот показатель составил 48,1% (в 2012 - 47,8%).

Таким образом, за последние годы достигнуты определенные успехи в улучшении материально-технической базы онкологического диспансера, а с внедрением новых схем и методов хирургического лечения, и применением новых режимов химиолучевой терапии улучшились показатели отдаленных результатов проводимого лечения, что привело к снижению смертности, запущенности и инвалидизации населения от злокачественных новообразований в г. Астане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Напалков Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования // III съезд онкологов и радиологов стран СНГ. – Минск, 2004. Т. 1. – С. 15 – 24.
 2. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез. – М.: Научный мир, 2000. – С.26-56.
 3. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. *Global cancer statistics, 2002* // *CA Cancer J Clin* 2005;55(2):74–108.
 4. Jemal A., Tiwari R.C., Murray T. et al.; American Cancer Society. *Cancer statistics, 2004*. // *CA Cancer J Clin* 2004;54(1):8–29.
 5. Schwartzmann G. *Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem.* // *J Clin Oncol* 2001;19 (18 Suppl):118S–124S.
-

ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ И ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ж.Д.ЖУМАГАЗИН, А.Т.САРСЕКЕЕВА

Национальный научный центр онкологии и трансплантологии
Корпоративного фонда «УМС»
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Приводятся данные исследования иммунного статуса больных раком предстательной железы. Исследован иммунитет больных в зависимости от стадии процесса РПЖ и проведенного лечения, а также возможности коррекции при его нарушениях разными иммуномодуляторами. Проведен анализ комбинации интерферонами с рутинными методами лечения гормонорезистентного РПЖ.

Ключевые слова: рак предстательной железы, иммунитет, иммунотерапия, химиотерапия

Түйіндеме. НАУҚАСТАРДЫҢ ИММУНДЫҚ СТАТУСЫ ЖӘНЕ ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ ИММУНОТЕРАПИЯСЫ. Ж.Д.Жұмағазин, А.Т.Сарсекеева. Қуық асты безінің қатерлі ісігімен ауыратын науқастардың иммундық статусы бойынша деректер келтірілді. Қуық асты безінің сатысына және қабылдаған еміне қарай иммундық жағдайы, сондай-ақ бұзылыстар кезіндегі иммуномодуляторлармен түзету мүмкіндігі зерттелді. Гормонорезистентті қуық асты безінің қатерлі ісігінің қолданылмалы әдістермен интерферондардың талдау жүргізілді.

Түйін сөздер: қуық асты безінің қатерлі ісігі, иммунитет, иммунотерапия, химиотерапия

Summary. IMMUNE STATUS OF PATIENTS AND IMMUNOTHERAPY OF PROSTATE CANCER. Zh.D.Zhumagazin, A.T.Sarsekeeva. The article presents data from a study of the immune status of patients with prostate cancer. Studied the immune system of patients depending on the stage of prostate cancer and the treatment process as well as the correction of possible irregularities in its various immunomodulators. The analysis of the combination of interferon with routine treatments for hormone-refractory prostate cancer.

Keywords: Prostate cancer, immunity, immunotherapy, chemotherapy.

ВВЕДЕНИЕ

Летальность от рака предстательной железы (РПЖ) занимает 1–2 место в США и странах Европы. Поиск эффективных методов лечения РПЖ продолжается, в том числе через иммунную систему таких больных. В литературе имеются немногочисленные сообщения, рассматривающие состояние иммунитета у больных РПЖ и в которых отмечается изменение у них иммунного статуса [1,2].

ЦЕЛЬ

Изучить иммунный статус больных РПЖ в зависимости от стадии заболевания, после различных методов лечения и для его коррекции иммуномодулятором.

Оценить возможности комбинирован-

ной иммунотерапии рака предстательной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено исследование иммунного статуса у 73 больных РПЖ до лечения и в зависимости от метода лечения. Иммунотерапию в комбинации с рутинными методами лечения РПЖ проведено 95 больным, из них 34 пациента составили контрольную группу. При оценке эффективности лечения мы руководствовались «Новыми предложениями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по стандартизации оценки результатов лечения онкологических больных». Оценку токсичности химиотерапии проводили согласно «Рекомендациям ВОЗ и Международного противоракового союза

для учета токсичности».

При статистической обработке результатов использовался метод выживаемости по KaplanMeir, сравнение результатов осуществлялось по критерию Стьюдента.

Были изучены лимфоидные клетки у 73 больных РПЖ на основе широкого спектра моноклональных антител (МКА) к дифференцировочным антигенам лимфоцитов для их характеристики. У 23 больных иммунофенотип лимфоцитов определяли до лечения. У больных локализованным раком (n=18) иммунологические исследования проводились после дистанционной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 66-70 Грэй и применения антиандрогена флуцинона (по 250 мг три раза в день) 3 через 30-90 дней после облучения. У 8 больных диссеминированным РПЖ эти же исследования проводились после 2-х сторонней орхиэктомии (спустя 14-60 дней). У 32 больных РПЖ иммунофенотип исследовался в зависимости от распространенности процесса: локализованный (n=16) и диссеминированный (n=16). Контролем служили аналогичные исследования, проведенные среди здоровых мужчин – доноров. Влияние индометацина на фенотип рассматривалось у 21 больного через 3-6 месяцев от начала применения специальных методов лечения в комбинации с иммуномодулятором.

Лимфоциты выделяли в градиенте фиколла-верографина. Спектр лимфоцитов периферической крови определяли в реакции непрямой иммунофлюоресценции. В качестве первых антител использовали антитела серии ИКО (ОНЦ РАМН), направленные к следующим дифференцировочным антигенам лимфоцитов: CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD22, CD25, CD38, CD71, HLA-Dr, CD45, CDw50, HLA I. В качестве вторых антител использовали окрашенные ФИТЦ козьи антитела. Процент антиген-положительных клеток подсчитывали в гейте лимфоцитов на цитофлюометре «FacsScan».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было выявлено, что у больных РПЖ уменьшено процентное содержание и абсолютное количество практически всех основных популяций и субпопуляций периферической крови. При диссеминации процесса, по сравнению с показателями больных с локализованной формой забо-

левания, достоверно снижено количество Т-лимфоцитов, лимфоцитов, несущих активационный антиген CD38, а также общелейкоцитарный антиген CD45, который в норме представлен на большей части лимфоцитов и играет важную роль в межклеточных взаимодействиях.

Количество лимфоцитов, экспрессирующих антигены CD7, CD4, CD8 у больных диссеминированной формой не отличается достоверно от такового у больных локализованной формой заболевания, но при сравнении с нормой, степень достоверности различий этих показателей выше при диссеминированном раке. После применения специфических методов лечения выявлено, что степень иммунодепрессии увеличивается. После применения индометацина с целью коррекции иммунитета у больных достоверно повышалось количество CD5 и CD7, CD4 хелперов/индукторов. Аналогичная ситуация с лимфоцитами, несущими рецепторы к интерлейкину-2 (CD25) и лимфоцитами, несущими антигены HLA1, CD45 и CDw50, (p0,05). Следует отметить увеличение количества HLA-Dr несущих лимфоциты, которые были наиболее чувствительны к иммунодепрессивным методам лечения.

Проведенные исследования позволили сделать выводы, что выраженные изменения в иммунофенотипе больных РПЖ, связанные как с развитием основного заболевания, так и агрессивностью существующих методов лечения, в некоторой степени можно корректировать индометацином.

Иммунотерапии подлежал 61 больной местнораспространенным и диссеминированным РПЖ, 39 из них имели гормонорезистентную форму. Контрольную группу составили 34 больных РПЖ.

Иммунотерапия проводилась интерферонами и индометацином в комбинации с конвенциональными методами лечения РПЖ.

Пациентам с генерализованным РПЖ, после проявлений гормонорезистентности, проводилось лечение интерферонами реаференом в комбинации с флуциноном (7 больных) и интроном А после кастрации (7 больных). Реаферон и интрон А применяли по 3 млн.ед.в течении 10 дней с трех недельными перерывами. Антиандроген - флуциноном пациенты принимали по 250 мг три раза в день. Лечение проводилось до

проявлений прогрессирования РПЖ. После применения интерферонов в комбинации с рутинными методами объективная регрессия отмечена у 1 из 14, стабилизация у 8 из 14 больных. Среднее время ремиссии 5 ± 0.3 месяцев.

Больным с местнораспространенным РПЖ применялась дистанционная лучевая терапия в суммарной очаговой дозе 66-70 Грэй. Часть из этой группы больных ($n=22$) в течении трех-шести месяцев принимали индометацин, а другая часть ($n=22$) составила контрольную группу. Полная регрессия опухоли при комбинации лучевой терапии с индометацином отмечена у 14 больных (63,6%), в контрольной группы - у 11 (50%). Частичная регрессия РПЖ зарегистрирована у 8 больных (36,4%), в контрольной группе у 11 (50%). Различия в частоте объективного эффекта между группами достоверно не значимы.

Больным диссеминированным РПЖ ($n=15$) проводили комбинированное лечение циклоплатомом и индометацином, а пациентам контрольной группы с идентичной стадией применялся только циклоплатом. Циклоплатом вводился из расчета 80 мг/м^2 , не менее 2-х курсов, индометацин больные принимали по 125 мг три раза в день не менее 3-х месяцев. Объективно влияние комбинации циклоплатомом и индометацином отмечено у 4 (26,7%) из 15 больных, тогда как эффект химиотерапии выявлен только у 1 (8,3%) из 12, а среднее время ремиссии составило 8.8 ± 0.5 и 6 ± 0.4 месяцев соответственно. Разница статистически достоверна. Комбинированному лечению цитостатиками с интерферонами подлежали 10 больных гормонорезистентным РПЖ. Четверым пациентам применялась комбинация из сочетания циклофосфана, адриамицина и интрона А. Циклофосфан вводился в 1 день из расчета 600 мг/м^2 внутривенно одновременно с адриамицином, который применялся по 40 мг/м^2 . Через 10 дней после введения химиопрепаратов паритетально вводился интрон А по 3 млн.ед. в течение 10 дней. Шестерым пациентам из этой группы вводился циклоплатом по 80 мг/м^2 пять дней подряд, а через неделю применялся реаферон по 3 млн. ед. в течение 10 дней. Интервал между курсами химиотерапии был 21 день. Всего проводилось не менее 2-х курсов лечения.

У восьми из 10 больных отмечена стабилизация РПЖ. Среднее время ремиссии 6 ± 0.3 месяцев. Таким образом, нами было выявлено, что интерфероны и индометацин в комбинации с традиционными методами расширяют возможности лечения больных РПЖ.

Среди больных, которым применялись интерфероны в сочетании с флуциномом или цитостатиками определена степень токсичности комбинированной терапии. В группе, где больным вводились реаферон или интрон А, пациенты в впервые 2-3 дня отмечали повышение температуры тела с ознобом. Побочные проявления купировались жаропонижающими средствами. Причин для отмены интерферонов не было. В группе пациентов, которым применялись химиопрепараты с интерферонами, проявления токсичности иммунохимиотерапии по шкале ВОЗ, оценены как легкие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование иммунитета больных РПЖ позволяет выявить степень его нарушений, возможен мониторинг иммунологического статуса и при необходимости проведение его коррекции при различных методах лечения. Иммунотерапия в комбинации с антиандрогенами увеличивает возможности лечения гормонорезистентного РПЖ. При сочетании интерферона А реаферона и антиандрогена объективная регрессия РПЖ отмечается в 14%, стабилизация – 57% случаев. Среднее время ремиссии 4.8 ± 0.6 месяцев. Применение интерферона Интрон А после хирургической кастрации больного РПЖ достигается стабилизация процесса у 57% больных. Среднее время ремиссии 5.2 ± 0.2 месяцев. Применение интерферонов реаферона и Интрон А в комбинации с цитостатиками приводит к стабилизации течения РПЖ у 80% больных. Среднее время ремиссии 6 ± 0.3 месяцев. При сочетании дистанционной лучевой терапии или химиотерапии РПЖ с иммуномодулятором индометацином их эффективность увеличивается соответственно на 13.6% и 20%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадагидзе З.Г и соавт. Изменения иммунного статуса у больных раком предстательной железы в зависимости от лечения индометацином // журнал «Вестник

ОНЦ». 1996, №3. Москва.

2. Заботина Т.Н. и соавт. Влияние пространенности процесса и лечения на фенотип лимфоцитов периферической кро-

ви больных раком предстательной железы. || В журнале «Урология и нефрология» №6, 1995.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.Б.ТАБЫНБАЕВ, Ж.Д.ЖУМАГАЗИН, Е.К.САРСЕБЕКОВ,
Б.КАСТЕР, Р.К.КАЖИГУЛОВ
Национальный научный центр онкологии и трансплантологии
Корпоративного фонда «УМС»,
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Даны материалы использования эмболизации простатических артерий при доброкачественной гиперплазии предстательной железы и химиоэмболизации этих артерий при раке данного органа и мочевого пузыря. Результаты лечения оценены через один месяц. Показана эффективность методов при лечении доброкачественной гиперплазии, раке предстательной железы и мочевого пузыря.

Ключевые слова: предстательная железа, доброкачественная гиперплазия, рак, эмболизация, химиоэмболизация.

Түйіндеме. ҚУЫҚ ЖӘНЕ ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІ ІСІГІНЕ ӘСЕР ЕТУДІҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІ. Н.Б.Табынбаев, Ж.Д.Жұмағазин, Е.Қ.Сәрсәбеков, Б.Кастер, Р.К.Қажығұлов. Қуық асты безінің қатерлі емес гиперплазиясы кезінде қуық асты без артериясын эмболизациялау және қуық асты без артериясының қуық асты безі қатерлі ісігі және қуықтың қатерлі ісігі кезінде химиоэмболизациясы жайлы мәліметтер берілген. Бір айдан соң емнің нәтижесі бағаланды. Қуық асты безі қатерлі ісігі және қуықтың қатерлі ісігі кезінде, қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы кезінде емдеу тәсілінің тиімділігі байқалды.

Түйін сөздер: қуық асты безі, қатерлі емес гиперплазия, қатерлі ісік, эмболизация, химиоэмболизация.

Summary. INNOVATIVE METHODS OF IMPACT ON NOBLE FORMATION OF THE PROSTATE IRON AND URINARY BUBBLE. N.B.Tabynbayev, J.D.Zhumagazin, E.K.Sarsebekov, B.Caster, R.K.Kazygulov. The article presents the use of embolization materials prostatic arteries in benign prostatic hyperplasia and arterial chemoembolization of cancer of the body. Treatment outcomes assessed at one month. The efficiency of the methods for the treatment of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.

Keywords: prostate, benign prostatic hyperplasia, cancer, embolization, chemoembolization.

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и рак предстательной железы (РПЖ) занимают лидирующее место по числу заболеваний органов мужской половой сферы во всем мире. В лечении этих болезней много моментов, при которых использование рутинных методов лечения невозможно в силу ряда объективных причин, как возраст и другие сопутствующие болезни, что часто делают невозможным проведение хирургических методов. Особенно при гормоно-рефрак-

терной форме РПЖ, при котором раковые клетки нечувствительны к антиандрогенотерапии.

Малоинвазивное хирургическое вмешательство – эмболизация артерий предстательной железы (ЭАП) при ДГПЖ и химиоэмболизация при РПЖ может стать альтернативой рутинным методам лечения.

Заболеваемость раком мочевого пузыря (РМП) в Казахстане 3.6 на 100000 населения. Соотношение мужчин и женщин, как и во многих странах мира 3:1. В лечении этой болезни много моментов, когда

использование рутинных методов лечения невозможно в силу ряда объективных причин, как возраст и другие сопутствующие болезни, часто делают невозможным проведение хирургических методов, а системная химиотерапия, как и лучевая терапия при значительной гематурии противопоказана. При длительных и нередко выраженной гематурии, за неимением оборудования и интервенционных рентгенологов, хирургам-урологам приходится проводить перевязку внутривенных подвздошных артерий.

Малоинвазивное хирургическое вмешательство – химиоэмболизация при РМП может стать альтернативой рутинным методам лечения.

Эмболизация артерий предстательной железы была впервые применена Ф. Карневале [1]. В странах СНГ ЭПА применяется в единичных клиниках России, что связано рядом обстоятельств, в частности с дефицитом кадров – эндоваскулярных хирургов [2]. В Казахстане публикаций на эту тему не было.

Результаты исследований, которые объективизировали ЭАП в лечении ДГПЖ, судя по литературным данным, появились в единичных случаях только в 2016 г. [3].

В настоящее время показаниями для ЭАП являются – ДГПЖ больше 40 см³, тяжелые сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы, тяжелое течение сахарного диабета, нарушение свертывающей системы, кровотечение из варикозно-расширенных вен предстательной железы, наличие цистостомы.

Противопоказаниями для ЭАП являются аномалии развития подвздошных сосудов, окклюзионные поражения подвздошных сосудов, флотирующие тромбы в бассейне вен нижних конечностей.

Решение о необходимости ЭАП принимается коллегиально – урологом и эндоваскулярным хирургом.

В России группа из урологов и эндоваскулярных хирургов впервые с эффектом

применила химиоэмболизацию при раке предстательной железы в 2015 г. [2].

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты лечения доброкачественных и злокачественных опухолей предстательной железы и мочевого пузыря малоинвазивными методами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В Национальном научном центре онкологии и трансплантологии в 2016 г. было проведено лечение методом «Суперселективная эмболизация простатических артерий» при ДГПЖ 3 пациентам, двое из которых были с надлобковыми цистостомическими дренажами. У пациента без надлобкового цистостомического дренажа количество остаточной мочи составляло 120 мл. Возраст пациентов был 68 – 70 лет. По данным ТРУЗИ, средний объем предстательной железы был 86 мм³.

Четверым пациентам при РПЖ была выполнена «Суперселективная химиоэмболизация простатических артерий» (СХЭАП). Химиопрепаратом для проведения данной процедуры служил адриамицин в дозировке 50 мг. В качестве источника транспортировки химиопрепарата применялись микросферы Гепасфера размерами 300-500 мкм компании Биосфера Медикал (Франция). У двух из четырех больных с РПЖ была гормоно-резистентная форма. У трех пациентов был РПЖ Т3б NoMo стадии, у одного 2б стадии, гистологически верифицированы, число Глисона 7, 7, 8, 9. Все четверо имели затрудненное мочеиспускание, количество остаточной мочи было от 54 до 98 мл. У одного из них, по данным ультразвуковой сонографии, имелось выраженное расширение верхних мочевых путей. По данным ТРУЗИ, средний объем предстательной железы составил 63 мм³. Средний уровень ПСА был 17 нг/мл.

СЭПА и СХЭПА выполнялись под местной анестезией трансфemorальным доступом по Сельдингеру под рентгенологическим контролем (рис. 1-4).

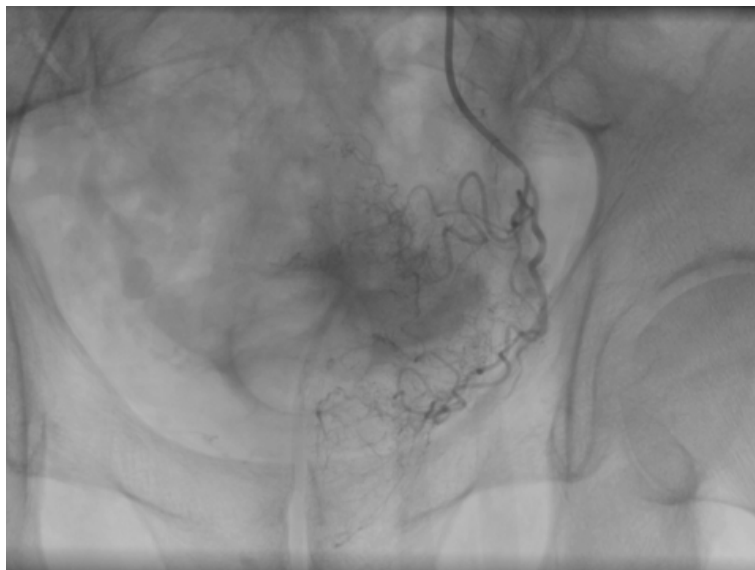


Рисунок 1 - Пациент В. 68 лет. Рак предстательной железы 2б стадии.
Суперселективная химиоэмболизация простатических артерий с левой стороны.

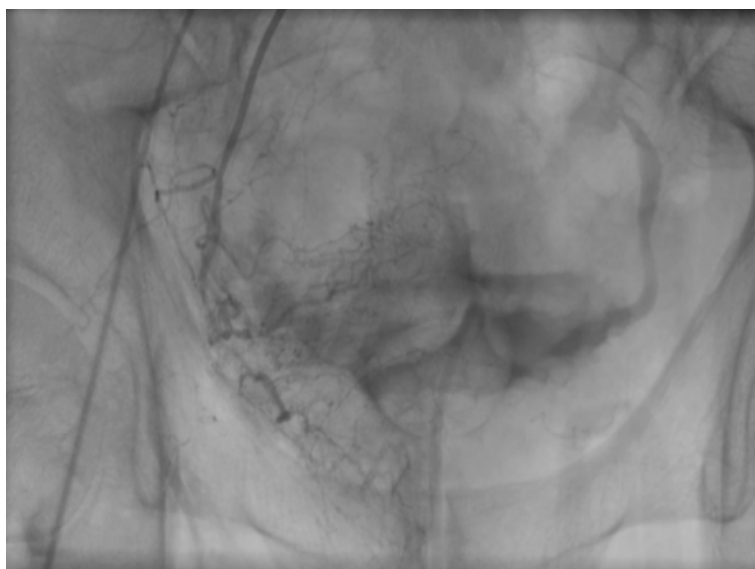


Рисунок 2 - Пациент В. 68 лет. Рак предстательной железы 2б стадии.
Суперселективная химиоэмболизация простатических артерий с правой стороны.

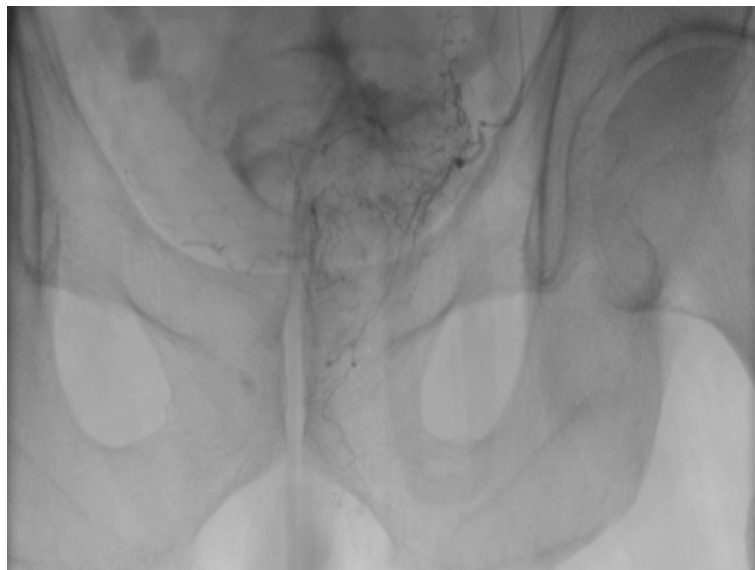


Рисунок 3 - Пациент Г. 64 г. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 2 стадии. Суперселективная эмболизация простатических артерий с левой стороны.

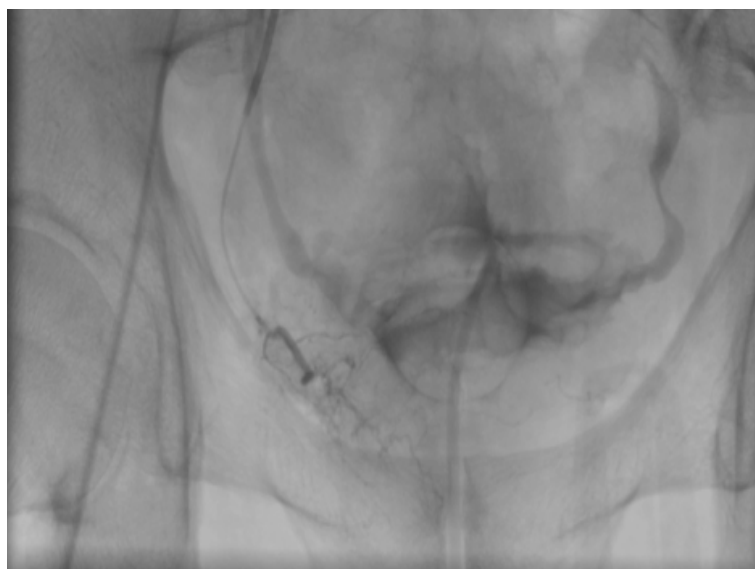


Рисунок 4 - Пациент Г. 64 года. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 2 стадия. Суперселективная эмболизация простатических артерий с правой стороны.

Все пациенты были выписаны на третий день после оперативного вмешательства. Все пациенты были приглашены на контрольный осмотр при ДГПЖ и РПЖ через один месяц после ЭАП и ХЭАП.

Результаты лечения оценивались по общему их состоянию, жалобам, оценкой симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS, уменьшению объема предстательной железы и количеству остаточной мочи. У больных с РПЖ определялся уровень ПСА в динамике.

Трем пациентам при РМП была выполнена «Суперселективная химиоэмболизация нижних пузырных артерий» (СХЭН-ПА). Химиопрепаратом для проведения данной процедуры служил адриамицин в дозировке 50 мг. В качестве источника транспортировки химиопрепарата применялись микросферы Гепасфера размерами 300-500 мкм компании Биосфера Медикал (Франция). У двух из трех больных был РМП T3bN0M0 стадии, у одного T2bN0M0 стадии, гистологически верифицирован пере-

ходно-клеточный рак G2-3. У одного из них имелось выраженное расширение верхних мочевых путей. Все трое больных отмечали эпизодическое кровотечение в виде сгустков крови в моче.

СХЭНАПА выполнялись под местной анестезией трансфеморальным доступом по Сельдингеру под рентгенологическим контролем.

Пациенты были выписаны на третий день после оперативного вмешательства.

Двум больным РМП были проведены два курса СХЭНАПА с интервалом в один месяц, тогда как двум по одному курсу. Все

они были осмотрены через один месяц после СХЭНАПА.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В первые 7 дней у 3-х пациентов наблюдался болевой синдром, который проходил после применения ненаркотических анальгетиков. В анализах крови, гипертермии, местных патологических изменений в области введения сосудистого катетера в бедренную артерию не отмечалось.

Основные показатели результативности СЭАП и СХЭАП у больных ДГПЖ и РПЖ до лечения и в динамике через 1 месяц после лечения приведено в таблице 1.

Таблица 1 - Основные показатели результативности ЭАП и ХЭАП у больных ДГПЖ и РПЖ в динамике

Группы больных	Объем ПЖ, мм ³		Количество остаточной мочи, мл		Уровень ПСА, нг/мл		IPSS баллы	
	до лечения	через 1 месяц	до лечения	через 1 месяц	до лечения	через 1 месяц	до лечения	через 1 месяц
ДГПЖ	86	47	120	50			16.6	8.8
РПЖ	63	38	76	50	17	5	10.2	5.8

При контрольном обследовании пациентов через 1 месяц после лечения установлено, что у всех пациентов, имеющих обструктивную симптоматику, отмечено улучшение мочеиспускания. У пациента с РПЖ с 2-х сторонним расширением верхних мочевых путей отмечено их значительное уменьшение. У всех 7 пациентов количество остаточной мочи не превышало в среднем 50 мм³. У двух пациентов удалены надлобковые цистостомические дренажами в связи с восстановлением самостоятельного мочеиспускания. По данным контрольного ТРУЗИ при ДГПЖ, объем предстательной железы уменьшился до 47 мм³, при РПЖ до 38 мм³.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суперселективная СХЭНАПА малоинвазивный, но эффективный метод воздействия при РМП. Особенно нуждается в широком применении среди пациентов, когда сопутствующие заболевания не позволяют выполнить рутинные методы лечения. Малое количество пациентов и короткий срок наблюдения не дают оснований для окончательных выводов в длительности лечения и

количестве сеансов проведения СХЭНАПА каждому больному РМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Carnevale FC, Motta Leal Filho JM, Antunes AA, Cerri LM, Baroni RH, Marcelino AZ. Quality of life and symptoms relief support prostatic artery embolization for patients with acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia. // *J Vasc Interv Radiol*. 2012. Vol. 23, N. 3. P. 4.

2. Е. А. Яковец, А. И. Неймарк, А. А. Карпенко, Я. В. Яковец. Эмболизация артерий предстательной железы в лечении больных аденомой предстательной железы с высоким хирургическим риском // *Андрология и генитальная хирургия*. 2010. № 1. С. 38–43.

3. Неймарк А.И., Тачалов М.А., Неймарк Б.А., Арзамасцев Д.Д., Торбик Д.В. Использование суперселективной рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации в лечении пациентов с локализованным раком предстательной железы: наш первый опыт. // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2016, N 3.

МЕСТНЫЙ ИММУНОФЕНОТИП КЛЕТОК САРКОМЫ ЮИНГА

Б.Б.ТАЙЛАКОВ¹, З.Г.КАДАГИДЗЕ², Н.Н. ТУПИЦЫН²,
А.А. АНШЫБАЕВА¹

ГКП на ПХВ «Онкологический Центр», г. Астана¹
ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н.Блохина», г. Москва²

Аннотация: Изучен иммунофенотип опухолевой ткани, местный иммунологический статус у больных семейства саркомы Юинга с использованием широкой панели моноклональных антител и экспрессия ряда эпителиальных и «лейкоцитарных» маркеров на клетках опухоли. Исследование на криостатных срезах неоплазм проведено у 8 пациентов саркомой Юинга и у 2 – первичной нейроэктодермальной опухолью (PNET).

Ключевые слова: саркома Юинга, PNET, иммунофенотип опухоли, моноклональные антитела

Түйіндеме. ЮИНГ САРКОМАСЫ КЛЕТКАСЫНЫҢ ЖЕРГІЛІКТІ ИММУНОФЕНОТИПІ. Тайлаков Б.Б.¹, Кадагидзе З.Г.², Тупицын Н.Н.², Аншыбаева А.А.¹ Юинг саркомасымен науқастардың жергілікті иммунологиялық статусы, обыр жасушаларының иммунофенотипі, моноклональды антиденелерді және эпителиальды, «лейкоцитарлы» маркерлерді обыр жасушасына қолдану арқылы зерттелді. Юинг саркомасымен 8 және біріншілік нейроэктодермальды обырымен -2 (PNET) науқаста неоплазманың криостатты кескінінде зерттеу жүргізілді.

Түйін сөздер: Юинг саркомасы, PNET, обыр иммунофенотипі, моноклональды антиденелер

Summary. LOCAL IMMUNOPHENOTYPE OF CELLS OF EWING'S SARCOMA. Tailakov B.B.¹, Kadagidze Z.G.², Tupitsyn N.N.², Anshybaeva A.A.¹ Studied immunophenotype of tumor tissue, local immunological status in patients with Ewing's sarcoma, with using wide panel of monoclonal antibodies and the expression of a number of epithelial and "leukocyte" markers on tumor cells. The study on cryostat sections of neoplasms was performed in 8 patients with Ewing's sarcoma and in 2 patients with a primary neuroectodermal tumor (PNET).

Keywords: Ewing's sarcoma, PNET, tumor immunophenotype, monoclonal antibodies

ВВЕДЕНИЕ

Большинство исследователей, изучая иммунный статус больных, останавливается лишь на клетках периферической крови, тогда как в первую очередь нарушения и изменения в их составе происходит непосредственно в области патологического очага. Моноклональные антитела, специфичные для саркомы Юинга, к настоящему времени не получены. Отсутствуют работы по комплексной оценке маркерной гетерогенности при данной опухоли, ее роли в генерации иммунного ответа, а также многофакторному изучению нарушений местного иммунологического статуса. Экспериментальные и клинические

исследования в этой области могут предоставить возможности для улучшения диагностики и дифференциальной диагностики саркомы Юинга, для более точного прогнозирования ее течения и для разработки методов иммунотерапии, что несомненно, является актуальной задачей современной онкологии и важно как с теоритической, так и с практической точек зрения [1,2,3,4].

ЦЕЛЬ

Изучить иммунофенотип у больных саркомой Юинга с использованием широкой панели моноклональных антител и экспрессии ряда эпителиальных и «лейкоцитарных» маркеров на клетках опухоли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования явились биопсийные и операционные образцы опухолевых тканей 10 больных с саркомой Юинга и примитивной нейроэктодермальной опухолью [2] в возрасте от 16 до 25 лет. Диагнозы во всех случаях гистологически верифицированы. Изучение иммунофенотипа клеток опухолей проводилось до назначения противоопухолевой специфической терапии.

Для отмывания гистологических срезов от антител использовали синтетическую

среду 199 на растворе Хенкса для культур тканей, приготовленную НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов РАМН, г. Москва и НИИ вирусных инфекций МЗ России, г.Свердловск.

Азид натрия готовили 2.5% раствор азид-да натрия до конечной концентрации 0.25%. Для проявления иммунопероксидазной реакции использовали диаминобензидин производства “Fluka”, раствор диаминобензидина готовили “ex tempora” (0,5 мг/мл с добавлением 2 мкл 3% H₂O₂).

Специфичность использованных моноклональных антител.

NN П/П	КЛАСТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ	НАЗВАНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ
ДИФФЕРЕНЦИРОВОЧНЫЕ АНТИГЕНЫ Т-КЛЕТОК		
1.	CD5	A50*
2.	CD7	I 210 _х , HD49*
3.	CD4	HP 2/6**
4.	CD8	L533*
5.	CD1a	L161*
ДИФФЕРЕНЦИРОВОЧНЫЕ АНТИГЕНЫ В-КЛЕТОК		
6.	Ia –подобный антиген	ИКО-1,2.06**
7.	CD19	HD37**
8.	CD22	HD 6хх, HD 39**, ИКО-12
9.	CD23	HD50**
10.	CD37	D 28**
11.	CD76	HD66**
МИЕЛОМОНОЦИТАРНЫЕ АНТИГЕНЫ		
12.	CD11B	ИКО-ГМ1
13.	CD15	ИКО-Г2
14.	антиген ИКО84	ИКО-84
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ		
15.	CD10 (CALLA)	K503
16.	CD38	ИКО-20
17.	CD45	Bra55
18.	CD53	HD77**
19.	RFB-1 антиген	ИКО-40
20.	L-LFA-1 антиген	ИКО-11
21.	Дифференцировочный антиген гемопоэтических клеток	ИКО-63
22.	В- цепь VLA-4 антигена (CD29)	K20*
23.	Антигены HLA-1 класса	W6/32**
24.	Раково-эмбриональный антиген	HEA19**

25.	Общезпителиальный антиген	HEA 125**
26.	HMFGI антиген	ИКО25
ЭРИТРОИДНЫЕ АНТИГЕНЫ		
27.	Гликофорин А	НАЕ 3
28.	Антиген ядерных эритроидных клеток	НАЕ 9

*Примечание: все МКАТ серии ИКО получены профессором А.Ю.Барышниковым, МКАТ с отметкой * представлен Л.Боумселл (Франция), в ходе сотрудничества, МКАТ с отметкой ** представлены Г.Молпенхауэром (ФРГ) в ходе сотрудничества, МКАТ серии В а представлены Б.Хорват (Братислава) в ходе сотрудничества.*

Реакция определения активности МКАТ и иммуно-реактивности антител с опухолевыми клетками.

I. Непрямая реакция поверхностной иммунофлюоресценции (РИФ) на криостатных срезах.

Замороженные срезы толщиной 4-6 мкм помещали по три среза на поверхность обезжиренных предметных стекол. Срезы фиксировали при комнатной температуре в течение 4 сек. Перед окраской антителами срезы фиксировали в течение 10 мин. в ацетоне при 4 градусах С. Последующие этапы реакции проводили при комнатной температуре во влажной камере. Инкубировали срезы 10 мин. в среде 199 рН 7.2-7.4. МКАТ наносили на 30 мин. наносили ФИТЦ- меченные А (АВ)₂- фрагменты антисыворотки против глобулинов белой мыши на 30 мин. Отмывали в среде 199 10 мин. Клетки консервировали 50 % глицерином на физиологическом растворе. Срезы покрывали покровными стеклами и характеризовали антигенположительные клетки и структуры. Специфические реакции учитывали на микроскопе Leitz Ortoplan, ФРГ.

II. Прямая реакция иммунофлюоресценции на криостатных срезах.

Срезы опухоли фиксировали в ацетоне как описано выше. Отмывали в среде 199 10 минут. Затем наносили ФИТЦ- меченные антисыворотки или моноклональные антитела и инкубировали 30 минут. Отмывали в среде 199 10 минут. Клетки консервировали 50 % глицерином на физиологическом растворе и учитывали специфическое свечение на люминесцентном микроскопе.

III. Иммуноферментный метод (ИФМ).

Иммуноферментный метод на криостатных срезах проводили следующим образом. Срезы опухоли фиксировали в ацетоне как описано выше. Ингибировали активность эндогенной пероксидазы клеток с помощью 3% раствора перекиси водорода 20 минут при комнатной температуре. Инкубировали срезы в среде 199 10 минут. Наносили первые антитела на 30 минут. Отмывали антитела в среде 199 10 минут. Наносили первые антисыворотку, меченую пероксидазой против иммуноглобулинов мыши (производства ИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи РАМН). Инкубировали 30 минут. Отмывали в среде 199 10 минут. Проявляли реакцию с помощью раствора диаминобензидина. Ядра клеток докрашивали гематоксилином Мейера. Затем срезы заключали в 10% раствор желатина, закрывали покровными стеклами и оценивали результаты реакции с помощью светового микроскопа.

При иммунофенотипировании опухолевых клеток результаты реакции оценивали полуколичественным методом. Выделяли 3 типа реакции: 1) Отсутствие реакции; 2) Мозаичная реакция; 3) Мономорфная экспрессия антигена на опухолевых клетках.

При иммунофенотипировании клеток в опухоли выделяли 4 типа иммунной реакции: 1) отсутствие антигенположительных клеток в срезе; 2) с минимальной инфильтрацией (единичные антигенположительные клетки в срезе, расположенные разрозненно или мелкими группами); 3) с умеренной инфильтрацией (умеренное количество антигенположительных клеток, расположенных разрозненно или небольшими группами, немногочисленные, пенетрирующие в паренхиму опухоли, клетки); 4) с выраженной инфильтрацией (крупные антигенположительные инфильтраты; множественные группы антигенположительных клеток; множество пенетрирующих в паренхиму опухоли клеток). При дальней-

шем анализе реакции 1 и 2 типа оценивались как отрицательные, а 3 и 4 типа – как положительные.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследования, проведенные на свежемороженых срезах биопсийного материала опухоли, полученного до проведения химиотерапии и лучевых методов лечения, показали полное отсутствие экспрессии антигена Apo -1/FAS (использованы моноклональные антитела anti-FAS ИПО-4) на клетках саркомы Юинга (антиген обнаруживался лишь в одном случае примитивной нейроэктодермальной опухоли). Это свидетельствует об индукции опухолевых клеток современными химиолучевыми методами лечения.

Одним из иммунологических маркеров, ассоциированным с высокой пролиферативной активностью опухолевых клеток, является трансферриновый рецептор (CD71). Исследование экспрессии CD71 проведено с использованием 3 различных типов моноклональных антител (2 коммерческих и 1 получено в ОНЦ-ИКО-88). Гетерогенности по экспрессии CD71 не установлено: во всех случаях саркомы Юинга (8) и при примитивной нейроэктодермальной опухоли большинство клеток имели на мембранетрансферриновый рецептор.

Иммунологическое исследование фенотипа опухолевых клеток и интратуморальных тимфоцитов проводилось на криостатных срезах материала первичных биопсий сарком Юинга (8 случаев) с использованием моноклональных антител к молекулам клеточной адгезии; маркерам, ассоциированным с активацией и пролиферативной активностью; лейкоцитарным дифференцировочным антигенам; молекулам нейроэктодермальных клеток; мономорфным детерминантам антигенов гистосовместимости I и II классов; эпителиальным и эндотелиальным антигенам. В качестве положительного контроля использовали антиген E2 (MIC2) 6, экспрессируемый клетками саркомы Юинга. Иммунопрофиль саркомы Юинга и опухолевых инфильтрирующих лимфоцитов, установленный иммуноморфологическими методами, служил основой для формирования панели антител для проточной иммуноцитофлуорометрии (на приборе FACScan, Becton Dickinson, США) в суспен-

зии живых клеток опухоли при проведении количественных сопоставлений уровней перекрестно-экспрессируемых антигенов отдельно на опухолевых клетках и внутриопухолевых лимфоцитах.

Анализ полученных данных показал, что сложности морфологического выделения саркомы Юинга из группы мелкокруглосинеоклеточных опухолей и в частности, дифференциальной диагностики с лимфобластными лимфомами могут быть разрешены иммунологическими методами [3,5,6]. Ни в одном из случаев саркомы Юинга не наблюдались реакции с панлейкоцитарными антигенами CD45 и CD50, а также с Т-клеточными (CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD7), В-клеточными антигенами (CD19, CD22), панмакрофагальными маркерами (антитела D11, GHY-61), молекулами миелоидной дифференцировки (CD11b, CD14, CD15), а также активационными и линейно не рестриктированными лимфоидными антигенами (CD30, CD38, CD25, CD10, CD26, CD39, CD70, CD27). Полученные данные дали возможность провести оценку уровней инфильтрации опухоли различными субпопуляциями иммунокомпонентных клеток, идентифицируемых по вышеперечисленным маркерам, полуколичественным методом, а также оценить количество этих опухолевых инфильтрирующих лимфоцитов а единицу площади опухолевого среза. Опухоли Юинга, как правило, характеризовались крайне слабым уровнем или отсутствием инфильтрации В-клетками и плазмочитами, в то время как ответы Т-клеток, их субпопуляций и степень их активации варьировали в широких пределах (от практически негативных до резко выраженных). Эти различия не были связаны с морфологическими особенностями опухоли. Анализ экспрессии нейрональных и нейроэктодермальных антигенов проведен при саркоме Юинга с использованием 5 маркеров: ганглиозид GD2 (антитела 14G2a), антиген Thy-1 (антитела ИКО – 10 и 390); антигены, выявляемые моноклональными антителами HSN, 490, 126-4. Отмечен полиморфизм в экспрессии этих маркеров: антигеннегативные опухоли, случаи с мономорфной или мозаичной экспрессией HSN

(наиболее часто), GD2, Thy-1. Полученные данные соответствуют данным литературы о нейроэктодермальной природы саркомы Юинга и различной степени дифференцировки этой группы опухолей. Исследование мономорфных детерминант молекул HLA I и II классов показало полное отсутствие антигенов HLA-Dr и выраженную экспрессию HLA-I на клетках саркомы Юинга. Опухолевые клетки, как правило, экспрессировали антигены, представленные на эндотелиальных клетках. Это, однако, не может служить указанием на гистогенетическую связь клеток саркомы Юинга с эндотелием, так как использованные моноклональные антитела характеризовались широким спектром тканевой и клеточной реактивности. Исключением являются антитела Mu10 к антигену CD34, который в норме (помимо стволовых гемопоэтических клеток) представлен только на эндотелии сосудов и используется для дифференциальной диагностики перитиом. Однако реакция на CD34 была слабopоложительной лишь на части клеток в 1 случае саркомы Юинга. Молекулы адгезии, в том числе из интегринавого субсемейства очень поздних антигенов (VLA) обеспечивают взаимосвязь клеток между собой и с гликопротеинами экстрацеллюлярного матрикса, играют важную роль в комплексе процессе инвазии и метастазирования. Нами изучены VLA-, tnf-1(CD29), альфа-4 (CD49d), альфа-E (CD103), а также интерцеллюлярная молекула адгезии ICAM – 1 (CD54). Экспрессия CD49d, экспрессирован, как правило, на большинстве клеток. Установлен вариант саркомы Юинга не являющимся по морфологии атипичным крупноклеточным, при котором экспрессия CD29 была полностью утрачена. Помимо перечисленных клетки саркомы Юинга характеризовались такими маркерами как 4F2, CD9, CD107b, (LAMP -2), CD109, а также менее изученными - L129, L106, F10-3. Взаимосвязь этих молекул с гистогенетической принадлежностью и степенью дифференцировки саркомы Юинга предстоит оценить в дальнейшем. Установлено, что уровень местной T- клеточной интратуморальной реакции и степень активации T- клеток детерми-

нированы иммунологическим фенотипом опухоли [3,5,7]. При практически полном отсутствии E- клеточной инфильтрации опухоль не экспрессировала общую бета-цепь интегринов (CD29), имела нейрональный маркер HSN, а также более высокие уровни CD9, CD106, L106, F10-3. Это дает основание для продолжения исследования по характеристике молекул, опосредующих взаимодействия иммунной системы и клеток саркомы Юинга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Иммунопатогенетические механизмы опухолевой прогрессии при саркоме Юинга являются наиболее ранними проявлениями, касающимися изменений рецепторного и пролиферативного потенциала опухоли, ее взаимоотношения с иммунной системой, которые реализуются в виде безудержного роста, быстрой диссеминации, рецидивирования, метастазирования, утраты чувствительности к химиолучевой терапии и других клинических проявлений экзакербаии процесса у больных.

2. Учитывая тот факт, что опухоль Юинга является одной из наиболее трудно распознаваемых опухолей костей в среде мелкосинекруглоклеточных новообразований, соответственно, без применения специальных методов диагностики до 15 % случаев могут быть отнесены к другим гистогенетическим категориям. Поэтому, наряду с морфологическими критериями, оцениваемыми на светооптическом уровне, рекомендуется ультраструктурный и иммуногистохимический анализ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьев Ю.Н. Новый взгляд на природу саркомы Юинга // Вестник ОНЦ РАМН – 1995 – с.3-6.
2. Ломбарт-Бош А. Биопатология саркомы Юинга // *Арх.пат.* – 1994 – 5 – с.7-11.
3. Balch C., Riley L., Bae T. et.al Patterns of human tumour-infiltrating lymphocytes in 120 human cancers // *Arch. Surg.* – 1990 – 2(125) – p. 200-205.
4. Трапезников Н.Н., Еремина Л.А. и др. Опухоли костей // М., Медицина – 1988 – 304 с.
5. Fletcher C.D.M., Bridge J.A., Hogendoorn P.C.W., Mertens F. WHO

Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. IARC: Lyon, 2013. 468 p.

6. Hakky T.S., Gonzalvo A.A., Lockhart J.L., Rodriguez A.R. Primary Ewing sarcoma of the kidney: a symptomatic presentation and review of the literature // *Ther. Adv. Urol.* 2013. Vol. 5 (3). P. 153-159. doi: 10.1177/1756287212471095.

7. Kadagidze Z., Trapeznikov H., Tupitsin N., Bogatyrov V., Artamonova E., Aliev M., Tailakov B., Soloviev Yu., Makretsov N. Some immunopathological features of Ewings sarcoma // *Medical and pediatric oncology* –v.5 – N.4 – 1996 – p. 310.

УДК: 618.19-006.6 (575.2)

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ARG399GLN ГЕНА XRCC1, А ТАКЖЕ ARG72PRO ГЕНА P53 НА РАЗВИТИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НАСЛЕДСТВЕННОМУ РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

К.Б.МАКИЕВА, Ж.Т.ИСАКОВА, Б.Б.СУЛТАНГАЗИЕВА,
Н.А.ЗАЙЫРБЕКОВА, Ч.С.ДООЛОТАЛИЕВА, М.Х.КАЙТАЕВ
Кыргызско-Российский Славянский университет

Аннотация. По клиническим данным рак молочной железы выявляется на поздней стадии, что усложняет течение и лечение заболевания. Неуклонно растет темп заболеваемости и смертности от данной патологии. Все чаще стали обращаться женщины молодого, репродуктивного возраста. Поэтому на сегодняшний день актуальным является поиск новых высоко информативных маркеров для ранней диагностики рака молочной железы.

Ключевые слова: наследственность, рак молочной железы, гены, диагностика РМЖ

Түйіндемe. ҚЫРҒЫЗСТАНДА СҮТ БЕЗІНІҢ ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН ОБЫРЫНА БЕЙІМДІЛІКТІҢ ДАМУЫНА XRCC1 ГЕНІНІҢ ARG399GLN, СОНЫМЕН ҚАТАР P53 ГЕНІНІҢ ARG72PRO ПОЛИМОРФТИ МАРКЕРЛЕРІНІҢ ӘСЕРІ. К.Б.Макиева, Ж.Т.Исакова, Б.Б.Султангазиева, Н.А.Зайырбекова, Ч.С.Доолоталиева, М.Х.Кайтаев. Клиникалық деректер бойынша, сүт безі қатерлі ісігі кеш кезеңде анықталады, бұл аурудың ағымын және емдеуді қиындатады. Бұл патологиядан сырқаттанушылық пен өлім-жітім деңгейі тұрақты түрде артып келеді. Жас, ұрпақты болу жасындағы әйелдер жиі кездеседі. Сондықтан бүгінгі күні сүт безі қатерлі ісігінің ерте диагностикасы үшін жаңа жоғары ақпараттылығы бар маркерлерді іздеу маңызды.

Түйін сөздер: тұқым қуалаушылық, сүт безі обыры, гендер, сүт безі қатерлі ісігінің диагностикасы

Summary. INFLUENCE IN THE DEVELOPMENT HEREDITARY OF BREAST CANCER SINGLE NUCLEOTIDES POLYMORPHISMS ARG 399GLN GENE XRCC1, ARG72PRO GENE P53 GENE IN KYRGYZSTAN. K.B.Makieva, Zh.T.Isakova, B.B.Sultangazieva, Z.A.Zaiyrbekova, CH.S.Doolotalieva, M.H.Kaitaev. According to clinical data of breast cancer is detected at the late stage that complicates the course and treatment of diseases. The rate of morbidity and mortality from this pathology is steadily increasing. More and more often women of young and reproductive age began to address. So nowadays searching of new high informative markers for early breast cancer is staying actual.

Key words: Inheritance, breast cancer, genes, diagnosis of breast cancer

ВВЕДЕНИЕ

Среди заболеваний репродуктивной системы женщины опухолевые поражения молочных желез занимает лидирующее место [1]. Рак молочной железы (РМЖ) на сегодняшний день - одно из самых распространенных онкологических заболеваний в мире, ежегодно выявляется около 1,7 млн. случаев (GlobalCAN. 2012) [2]. Проблема РМЖ представляется серьезной социальной и медицинской проблемой во

всем мире. Каждый год в Кыргызской Республике регистрируется около 600 новых случаев больных РМЖ. Во всем мире отмечена отчетливая тенденция к росту заболеваемости и смертности от РМЖ [3]. Для снижения данных цифр необходимо внедрение в клиническую практику новых высокоточных методов ранней, в том числе доклинической, диагностики. Необходимо разработать индивидуальные лечебные и профилактические подходы

с учетом генетических факторов риска [4,5].

На сегодняшний день медико-генетическое консультирование является актуальной составляющей онкологической помощи. С помощью клинко-генетического исследования устанавливается генетический диагноз, оценивается риск, изучается и определяется этиология и патогенез наследственного РМЖ. Все это дает нам возможность разработать индивидуальные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике женщин. Так как растет число женщин с заболеванием молочной железы именно репродуктивного возраста.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – изучить ассоциацию полиморфных маркеров Arg399Gln гена XRCC1, Arg72Pro гена P53 с раком молочной железы у женщин кыргызской популяции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всего в нашей работе приняли участие 219 женщин кыргызской национальности. В основной группе были 117 больных женщин с морфологически верифицированным диагнозом РМЖ. Пациентки, проходившие лечение в Национальном Центре Онкологии Кыргызской Республики. Контрольная группа составила 102 женщин. В контрольной группе было 102 условно здоровых женщин, которые примерно схоже по возрасту с группой женщин больных РМЖ. Средний возраст обследованных - $52,2 \pm 10,8$ лет. Биоматериал был взят согласно нормам биоэтики, с письменным информированным согласием обследуемых.

ДНК выделялась из венозной крови стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфных локусов Arg399Gln гена XRCC1, Arg72Pro гена опухолевого супрессора P53 осуществлялось с помощью метода полимеразной цепной реакции синтеза ДНК (ПЦР) и полиморфизма длин рестриционных фрагментов (ПДРФ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как показали результаты работ, посвящённых ассоциации полиморфного маркера Arg72Pro гена P53 с РМЖ, противоречивы. Где-то в исследованиях показано, что аллель 72Pro ассоциирован с повышенным

риском развития РМЖ [6,7]. А в других источниках исследования наоборот, аллель Arg72 ассоциирован с РМЖ [8]. Есть еще случаи, когда при метаанализе ассоциации маркера Arg72Pro гена P53 с РМЖ не найдены [9].

В результате, у женщин кыргызской национальности с РМЖ ассоциированы: аллель 399Gln и гетерозиготный генотип Arg399Gln гена XRCC1, а также комбинации гетерозиготных генотипов Arg399Gln гена XRCC1 и Arg72Pro гена P53 ($OR=3,98$). Изучение связи комбинаций генотипов гена XRCC1 и p53 с развитием РМЖ может повысить информативность исследования и выявить группы лиц с высоким генетическим риском развития РМЖ, что делает возможным проведения среди них действий направленные на профилактику, раннему выявлению и своевременному лечению данного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования установлено, что при сравнительном анализе распределения частот аллелей и генотипов маркера Arg399Gln гена XRCC1 у больных РМЖ и контрольной группы различаются значительно. Частота встречаемости гетерозиготного генотипа Arg399Gln и аллель 399Gln статистически выше у женщин с РМЖ по сравнению с женщинами из контрольной группы ($p < 0,05$). Риск развития РМЖ у носителей гетерозиготного генотипа Arg399Gln гена XRCC1 повышен в 2.5 раза, а у носителей аллеля 399Gln-1,57 раза. Гомозиготный генотип Arg399Arg и аллелем Arg399, являются маркерами пониженного риска РМЖ. При оценке соотношения шансов развития РМЖ выявлено, что гетерозиготный генотип Arg399Gln ($OR=2,7$) и аллелем 399Gln ($OR=1,5$) являются маркерами повышенного риска развития РМЖ.

В итоге проведенного нами исследования выявлены особенности межлокусных взаимодействий и определены маркеры предрасположенности к развитию РМЖ, характерные для женщин кыргызской популяции. Выявлено, что полиморфный локус Arg399Gln гена XRCC1 ассоциирован с РМЖ как изолированно, так и в сочетании с генотипами P53 и MDM2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М, Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 году// Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.-2011.-Т.22-№3 (прил.1)
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. -М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздрава России, 2014. -250с
3. Lalwani., Prasad S.R., Vikram R. et al. Histologic, molecular, and cytogenetic features of ovarian cancers; implications for diagnosis and treatment// Radiographics.-2011.-v.31.-P.625-646.
4. Любченко Л.Н. Наследственный рак молочной железы и/ или яичников: ДНК-диагностика, индивидуальный прогноз, лечение и профилактика: дисс.д-ра мед.наук/ Любченко Людмила Николаевна .-М.2009.-281 с.
5. Макиева К.Б. Тенденция онкологической заболеваемости репродуктивной системы женщины за последние годы. Султангазиева Б.Б.//Вестник КPCУ т.14 №10, 2014г Стр 148-150.
6. Поспехова Н.И. Комплексный анализ наследственной формы рака молочной железы и/или рака яичников: молекулярно-генетические и фенотипические характеристики: дисс.д-ра биол.наук/ Поспехова Наталья Ивановна.-М., 2011.-260с.
7. Султангазиева Б.Б. Некоторые аспекты заболеваемости опухолями органов репродуктивной системы женщины. Султангазиева Б.Б. Материалы конф. «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана» // Ежегодный сборник научных статей медицинского факультета, посвященный 20-летию КPCУ. Выпуск 13. 2013г. Стр 255-259.
8. Huang X.E., Hamajima N., Matsou K., Tajima K. Association of p53 codon Arg72Pro and p73 G4C14-to-A4T14 at exon 2 genetic polymorphisms with the risk of Japanese breast cancer. Breast Cancer .2003;10(4) 307-11.
9. Sjalander A., Birgander R., Beckma L. p53 polymorphisms and haplotypes in breast cancer/ Carcinogenesis. 1996; 17:1313-6.
10. Ohayon T., Papa M.Z., Friedman E. The R72P P53 mutation is associated with familial breast cancer in Jewish women. Br.J. Cancer.2005;92: 1144-8.
11. Ma Y., Yang Y., Wang Y. No significant association between the TP53 codon 72 polymorphisms and breast cancer risk: Breast cancer reseach and treatment. 2011;125:201-5.
12. Miki Y., Swensen J., Shattuck-Eidens D. et A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1 // Science. 2004. V.266 (5182). P.220-269.

ВЛИЯНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ НА ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫЙ И ГОРМОНОЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Ж.Д.ЖУМАГАЗИН, Е.К.САРСЕБЕКОВ, Ж.К.КОЗЫБАЕВА
Национальный научный центр онкологии и трансплантологии
Корпоративного фонда «УМС»
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Данные лечения 182 больных с распространенным раком предстательной железы. Всем больным проведена химиотерапия в различных комбинациях в сочетании с антиандрогенотерапией. Выявлена эффективность химиотерапии и антиандрогенотерапии при лечении гормоночувствительного и гормонорезистентного рака и результаты лечения в зависимости от степени злокачественности опухоли.

Ключевые слова: рак предстательной железы, химиотерапия, антиандрогены, злокачественность

Түйіндеме. ҚАТЕРЛІЛІГІ ТҮРЛІ ДӘРЕЖЕДЕГІ ГОРМОНҒА ТӨЗІМДІ ЖӘНЕ ГОРМОНҒА СЕЗІМТАЛ ҚУЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ОБЫРЫНА ЦИТОСТАТИКТЕРДІҢ ӘСЕРІ. Ж.Д.Жұмағазин, Е.К.Сәрсекбеков, Ж.К.Қозыбаева. Қуық асты безі қатерлі ісігі тазаған 182 науқас емдік деректері көрсетілген. Барлық науқастарға химиотерапия түрлі комбинацияны ұштастыра отырып антиандрогенотерапией жүргізілген. Химиотерапия және антиандрогенотерапии емдеу кезінде гормонсезімтал және гормонорезистентного ісік және емдеу нәтижелері дәрежесіне байланысты тиімділігі айқындалды.

Түйін сөздер: қуық асты безі қатерлі ісігі, химиотерапия, антиандрогендер, қатерлілік

Summary. INFLUENCE OF CYSTOSTATICS ON HORMONORESISTENIUM AND HORMONOCUGTENCY CANCER OF PROSTATE IRON WITH DIFFERENT MALIGNANT DEGREE. ZH.D.Zhumagazin, E.K.Sarsebekov, J.K.Kozybayeva. Treatment of the data of 182 patients with advanced prostate cancer. All patients received chemotherapy in various combinations in conjunction with antiandrogenoterapiey. Revealed the effectiveness of chemotherapy and the treatment of hormone antiandrogenoterapii and treatment of cancer and hormone-results depending on the degree of malignancy of the tumor.

Keywords: Prostate cancer, chemotherapy, antiandrogens, malignancy.

ВВЕДЕНИЕ

Рак предстательной железы (РПЖ) одно из лидирующих позиций в связи с высокой смертностью от данного заболевания. При этом более чем половина пациентов с РПЖ обращаются за медицинской помощью уже в стадии диссеминации процесса [1].

В последние годы в Казахстане проводятся скрининговые исследования среди населения и в результате чего количество выявленных больных РПЖ увеличивается. Это связано и с тем, что во многих городах Казахстана стала активно применяться

трансректальная биопсия предстательной железы.

Многие авторы отмечают, что с внедрением в клиническую практику комбинированного воздействия на РПЖ нестероидными и стероидными антиандрогенами и хирургической или химической кастрации, с достижением «максимальной антиандрогенной блокады - МАБ» достигнут пик в этом направлении при лечении распространенного процесса. Вместе с тем, сегодня общеизвестно, что после ремиссии в среднем от 6 до 24 месяцев у большинства таких

больных наступает прогрессирование процесса, которое связано с появлением гормональной резистентности РПЖ. В связи с чем поиск эффективных методов воздействия на РПЖ продолжается [1].

Мультицентровые исследования в США и Европе среди 26 примененных цитостатиков против РПЖ показали, что только шесть из них имеют объективный результат более чем на 10%. Наиболее эффективной (48%) оказалась комбинация эстрамустина и вепезида [2]. В последние годы Европейская ассоциация урологов рекомендовала препараты из группы токсанов в комбинации с антиандрогенами для лечения впервые выявленного РПЖ [3].

Отечественные и зарубежные публикации о результатах лечения и прогнозирования онкологических заболеваний, в том числе и РПЖ, отмечают зависимость течения процесса от стадии и степени дифференцировки злокачественной опухоли. Для определения единой тактики лечения РПЖ наиболее общедоступным и широко применяемым в клинической практике является классификация на основании признака дифференциации опухоли. При этом выделены четыре градации, которые используются в комбинации с другими гистопатологическими и цитологическими показателями. Это положение о градациях – высоко (G1) – умеренно (G2) – низко – или недифференцированная (G3, G4) аденокарцинома, подтверждено Международной гистопатологической классификацией опухолей [4].

ЦЕЛЬ

Сравнить результаты комбинированной полихимиоантигормонотерапии различными цитостатиками и их различной комбинацией гормоночувствительных и гормонорезистентных больных РПЖ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Общий клинический материал составили 182 больных РПЖ. В нерандомизированном исследовании 64 больных диссеминированным РПЖ проведен сравнительный анализ эффективности химиоантигормонотерапии, 57 пациентов с идентичностью стадией заболевания были в контрольной группе. Две группы для химиоантигормонотерапии составили ранее не леченные больные (гормоночувствительные) и три

группы – больные с гормонорезистентным РПЖ. Химиоантигормонотерапия проводилась по трем схемам: I схема – сочетание циклофосфана, метотрексата, адриамицина в комбинации с антиандрогеном флуциномом или его аналогом нифталидом. Химиотерапию начинали с внутривенного введения метотрексата по 25 мг/м² в первый день с адриамицином, который применялся из расчета 40 мг/м². Циклофосфан вводился внутривенно по 600 мг/м² в 4,7,9 дни. Антиандрогены назначались одновременно с началом химиотерапии по 250 мг три раза в день и применялись до прогрессирования заболевания. Доза антиандрогенов и продолжительность лечения во всех исследуемых группах была одинаковой. II схема – химиотерапия платидиамом с адриамицином в комбинации с антиандрогеном. Платидиам вводился по 60 мг/м² в 1,2,3 дни и адриамицином по 40 мг/м² в 1-й день. Схема III – химиотерапия с циклофосфаном с 5 – фторурацилом в комбинации с антиандрогеном. Циклофосфан вводился по 600 мг/м² в 1,4 дни, а 5 – фторурацил по 600 мг/м² в 1 и 8 день. Антиандрогены применялись аналогично другим группам больных.

Проводилась не менее двух курсов химиотерапии, интервал между ними составлял 21 день.

Больнымс гормоночувствительным РПЖ химиоантигормонотерапия проводилась по 2-м схемам: комбинация метотрексата, циклофосфана, адриамицина и антиандрогенанифталида (16 пациентов); комбинация платидиама, адриамицина и антиандрогенафлуцинома (12 пациентов).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сочетанием трех цитостатиков в комбинации с нифталидом удалось привести РПЖ к объективной регрессии у 56,2% больных, к стабилизации – у 36,6% больных. Среднее время ремиссии для данной группы больных составило 7,90,9 месяцев, медиана выживаемости 174 месяцев. По продолжительности ремиссии и выживаемости среди исследованных групп больных наиболее эффективное влияние оказало сочетание платидиама с адриамицином в комбинации с антиандрогеном. Достоверной разницы и эффективности химиоантигормонотерапии между группами не получено (рисунки 1-2).

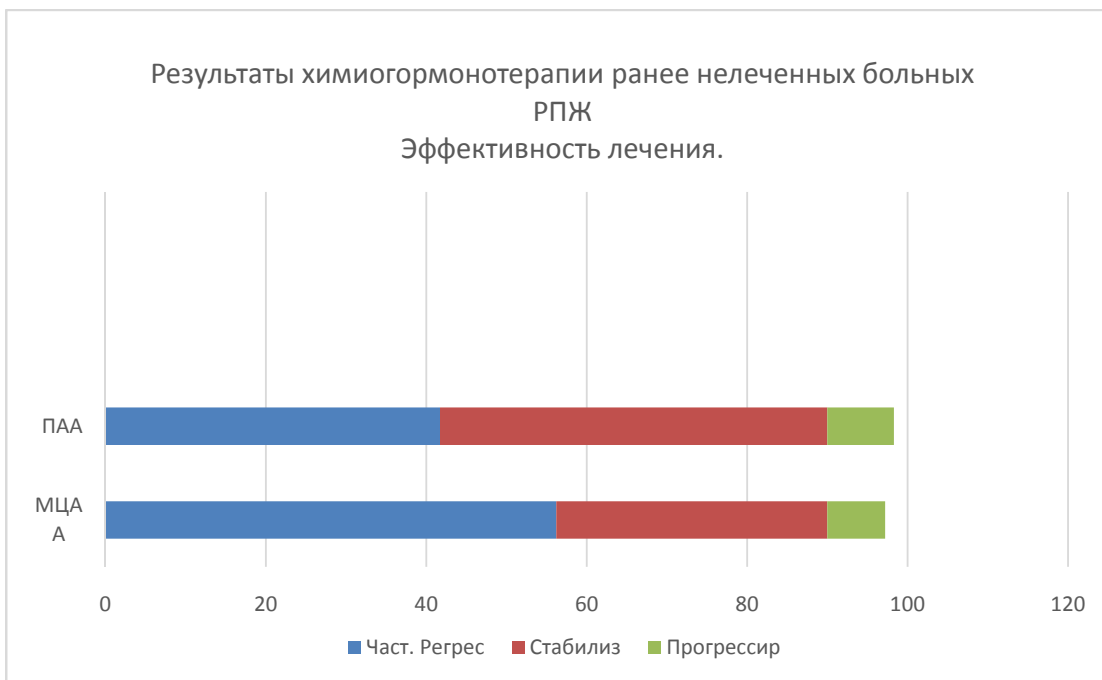


Рисунок 1 - Результаты химиоантиандрогенной терапии гормоночувствительного РПЖ

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ

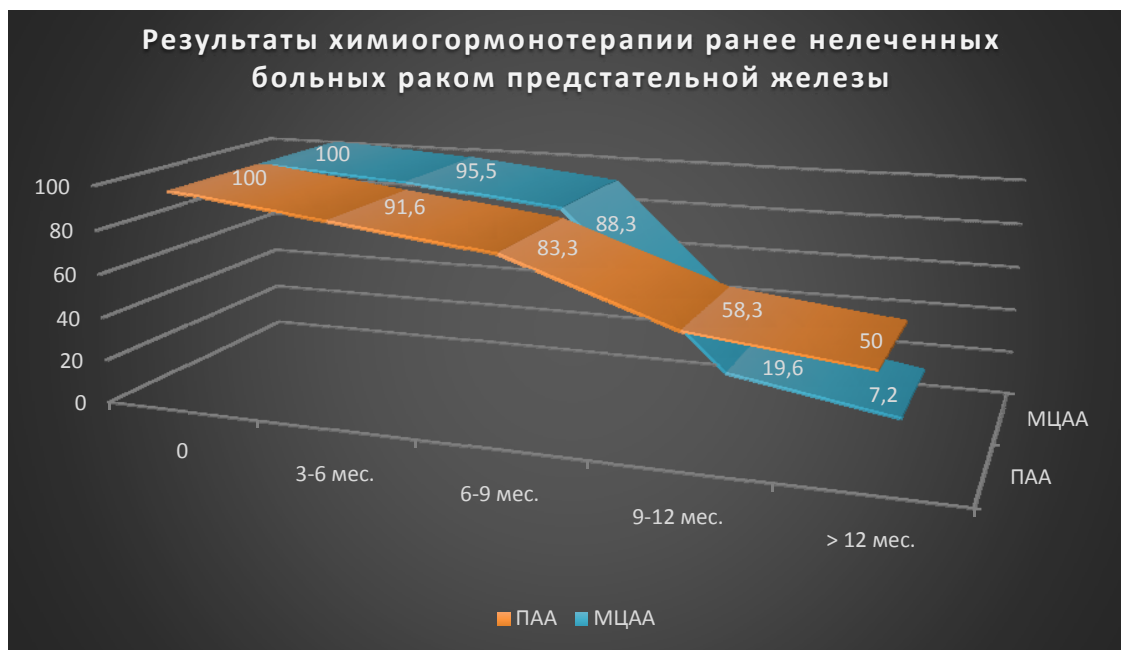


Рисунок 2 – Результаты химиогормонотерапии ранее нелеченных больных раком предстательной железы

Больным гормонорезистентным РПЖ химиоантигормонотерапия проводилась тремя комбинациями: платидиам, адриамицин и антиандрогеннифталид – 10 пациентам; метотрексат, циклофосфан, адриамицин и нифталид – 18 пациентам;

циклофосфан, 5 – фторурацил и флуцином – 8 пациентам.

В группе, где для лечения применялся платидиам и адриамицин в комбинации с нифталидом объективная регрессия отмечена у 40% больных, стабилизации – у 50%.

Среднее время ремиссии 6,91 месяцев, медиана выживаемости 20,55 месяцев.

В группе, где химиоантигормонотерапия проводилась комбинацией метотрексата, циклофосфана, адриамицина с нифталидом объективная регрессия отмечена у 44,4%, стабилизация у 33,3% больных. Среднее время ремиссии 10,72 месяцев, медиана выживаемости 21,15 месяцев.

В группе, где лечение проводилось со-

четанием циклофосфана, 5- фторурацила в комбинации с флуциномом, объективная регрессия отмечена у 25%, стабилизации – у 62,5%. Среднее время ремиссии 9,32 месяцев, медиана выживаемости 12,44 месяцев.

При сравнении результатов лечения между группами больных гормонорезистентным РПЖ статистически достоверного преимущества одной из проведенных схем мы не выявили (рис. 3-4).

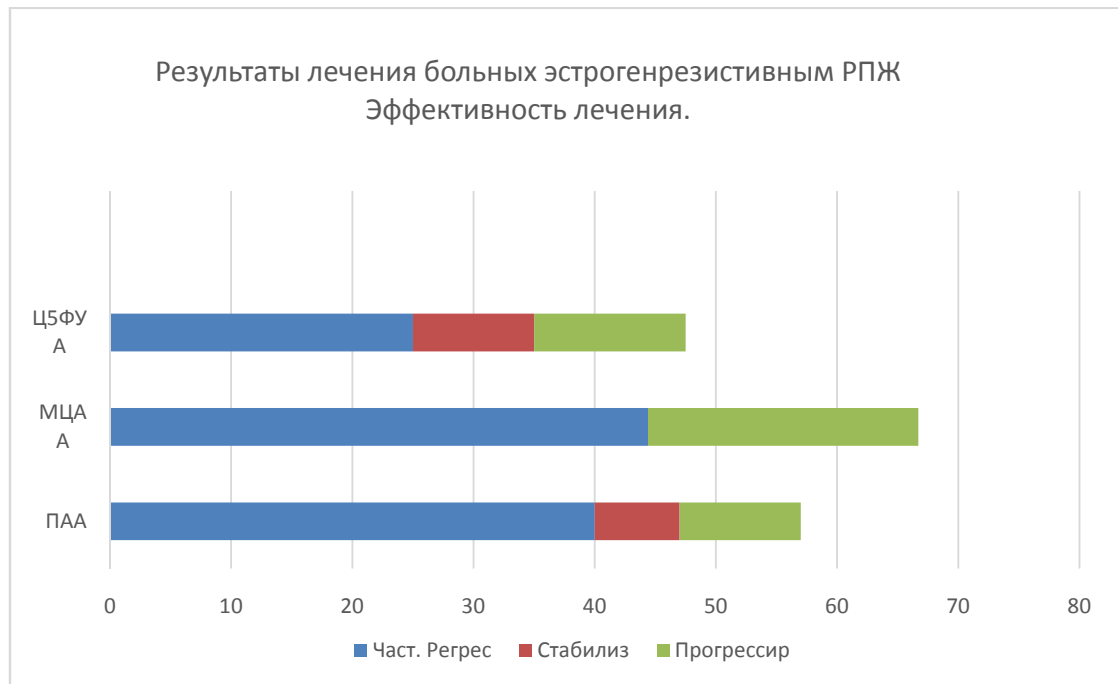


Рисунок 3 – Результаты лечения больных эстрогенрезистивным РПЖ

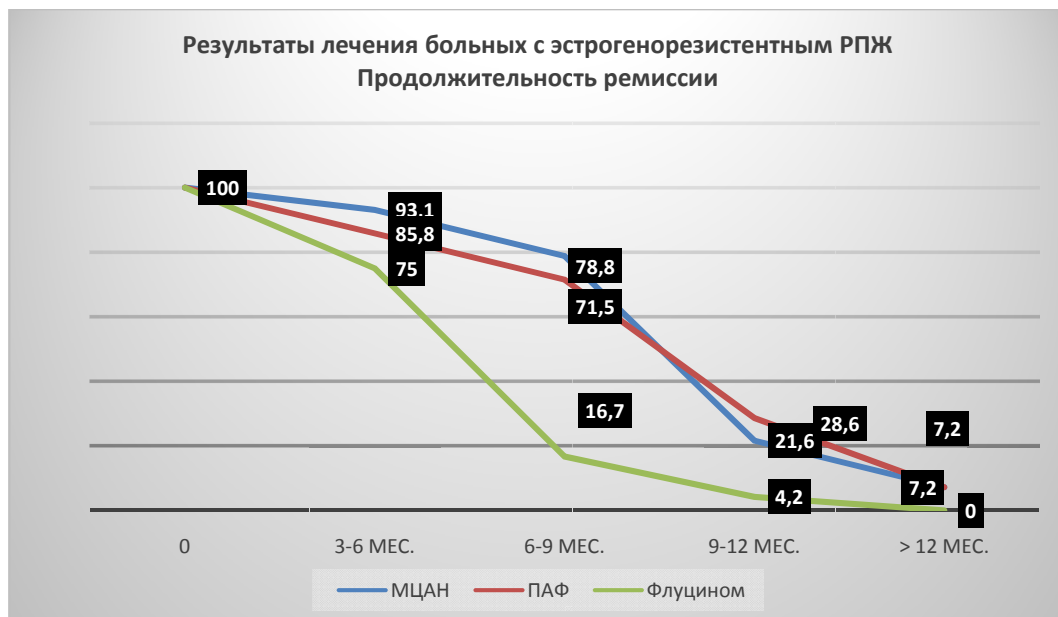


Рисунок 4 – Результаты лечения больных с эстрогенрезистивным РПЖ.
Продолжительность ремиссии

Нами проведено химиотерапия 40 больным РПЖ циклоплатамом в моно-режиме и в комбинации с винбластином. Из указанной группы 37 пациентов имели диссеминированный, а трое – местно распространенный рак. Циклоплатам в монотерапии вводился из расчета 100мг/м² в течении пяти дней внутривенной инфузией. При комбинированном применении циклоплатам вводился из расчета 80мг/м² в течении четырех дней, после непрерывной суточной инфузии винбластина из расчета 6мг/м². Всего проводилось не менее 2-х курсов химиотерапии. Пациентам, после завершения химиотерапии и ее оценки, лечение продолжали флуциномом по 250мг три раза в день. Результаты сравнивались с группой больных, которые после кастрации принимали флуциноми химиотерапия для них не применялось.

Результаты лечения данной группы показали, что если циклоплатам в монотерапии больных гормонорезистентным РПЖ оказывает объективный эффект в 7%, то при комбинации с винбластином эффективность химиотерапии увеличивается до 30%, а среднее время ремиссии достоверно увеличивается с 4.7+/-0,7 месяцев до 9,0+/-0,5 месяцев. Для гормоночувствительных больных циклоплатам оказывал объективный эффект в 26,6% случаев, количество случаев объективной регрессии увеличивалось до 66,6%, если после химиотерапии в плане комплексной терапии РПЖ выполнялась кастрация и применялся флуцином.

При комплексном лечении запущенного РПЖ с применением циклоплатамом и МАБ удалось достоверно увеличить среднее время ремиссии болезни с 17.1+/-0,6 месяцев до 21,3+/-1,8 месяцев. (*Рис 5)

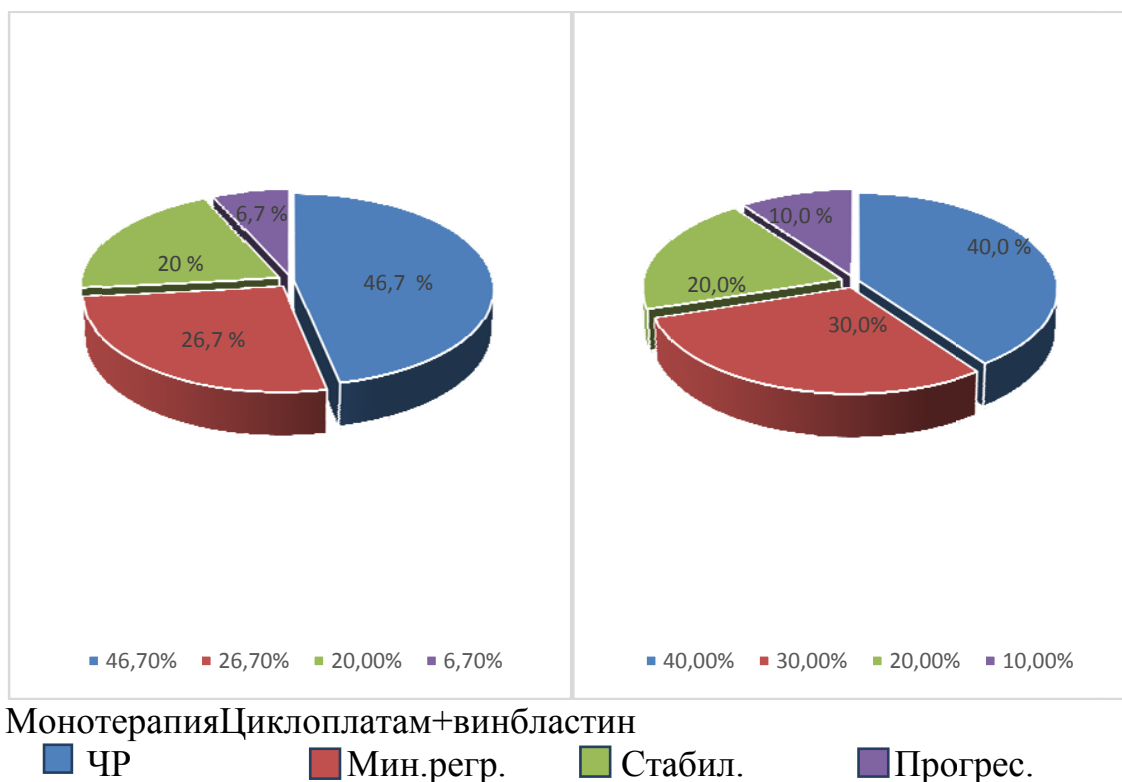


Рисунок 5 - Оценка эффективности циклоплатамом у больных гормонорезистентным раком предстательной железы

Было выявлено, что 60% больных диссеминированным РПЖ имеют высокодифференцированную, а 40% - низкодифференцированную аденокарциному. Также было установлено, что у больных в возрасте до

60 лет высокодифференцированная аденокарцинома встречается у 13 (34,2%) из 38, тогда как низкодифференцированная – у 18 (69,2%) из 26 пациентов. Различие между указанными цифрами статистически досто-

верно ($p < 0.01$). Чем старше были больные, тем чаще встречалась высокодифференцированная аденокарцинома – у 25 (65,8%) из 38, тогда как низкодифференцированная – у 8 (30,8%) из 26. ($p < 0.01$). Мы провели сравнительный анализ эффективности химиоантигормонотерапии в зависимости от степени дифференцировки опухоли и попытались найти наиболее оптимальные схемы лечения.

Для больных высокодифференцированной аденокарциномой предстательной железы применено две комбинации химиоантигормонотерапии: сочетание метотрексата, циклофосфана, адриамицина и нифталида-15 пациентам; платидиам, адриамицин с флуциномом -13. Аналогичными комбинациями химиогормонотерапии пролечены больные с низкодифференцированной аденокарциномой: сочетание метотрексата, циклофосфана, адриамицина и флуцинома-14 пациентов; платидиам, адриамицин и флуциномом-14.

Контрольные группы составили больные с высокодифференцированной адено-

карциномой – 33 пациента, низкодифференцированной - 24. В контрольных группах больным проводилась монотерапия флуциномом.

Анализ лечения больных высокодифференцированным РПЖ показал, что после применения обеих комбинаций химиоантигормонотерапии объективная регрессия отмечается у 66,7 % и 61,5 % соответственно и несколько большее влияние оказывает сочетание платидиама, адриамицина и антиандрогена. Тогда как флуцином в монотерапии оказал объективный эффект у 54,5% больных. Среднее время ремиссии (18,82) и медиана выживаемости (29,4 месяцев) оказалось выше в группе больных, которым применялся платидиам, адриамицин и антиандроген, тогда как после лечения метотрексатом, циклофосфаном, адриамицином и антиандрогенам эти показатели составили 13,52 и 25,84 месяцев соответственно. Статистически достоверно меньший эффект оказал флуцином в монотерапии -100,6 и 17,40,8 месяцев. ($p < 0.02$). (*Рис 6-7)

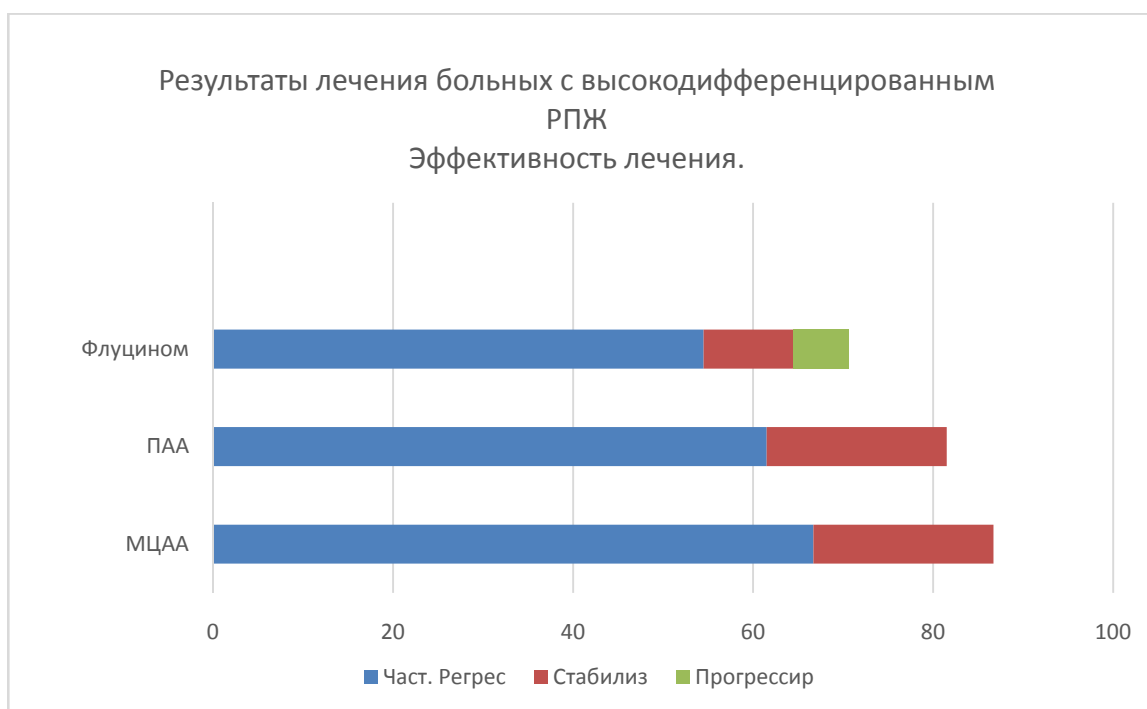


Рисунок 6 – Результаты лечения больных с высокодифференцированным РПЖ

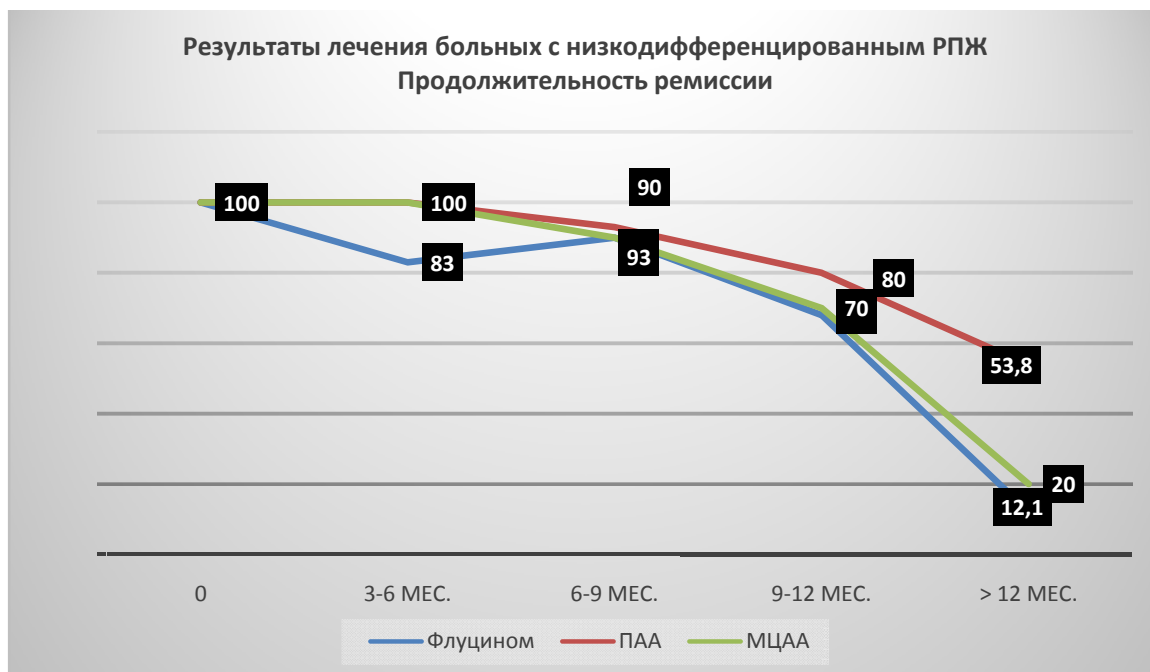


Рисунок 7 – Результаты лечения больных с низкодифференцированным РПЖ. Продолжительность ремиссии

Проведенные исследования комбинированной химиоантигормонотерапии гормоналчувствительного РПЖ в запущенных стадиях показали, что объективная регрессия у таких больных достигается в 41.7 – 56.2%, стабилизация в 36.6 – 50% случаев. Применение комбинации платидиама, адриамицина и флуцинома позволяет достичь ремиссии 11.8± месяцев, медиана выживаемости 17±4 месяцев. После применения комбинации из метотрексата, циклофосфана, адриамицина и антиандрогена среднее время ремиссии 7.9±0.4 месяцев, медиана выживаемости таких больных 13.9±0.7 месяцев.

В результате лечения гормонорезистентного РПЖ объективная регрессия у больных достигается у 25 – 44.4%, стабилизация в 33.3 – 62.5% случаев. В таких случаях комбинация из циклофосфана, метотрексата, адриамицина и флуцинома достигается ремиссия болезни в среднем 10.7±2 месяцев, медиана выживаемости 21.1±5 месяцев.

Установлено, что цитостатик – циклоплатам в монотерапии гормонорезистентного РПЖ оказывает объективный эффект в 7% случаев, среднее время ремиссии у больных 4.7±0.7. При комбинации циклоплатам с винбластин для лечения таких больных, среднее время ремиссии досто-

верно увеличивается до 9.2 ±0.5 месяцев.

Было выявлено, что эффективность химиоантиандрогенотерапии зависит от степени дифференцировки РПЖ.

У больных высокодифференцированным РПЖ объективная регрессия достигается у 61.5 – 66.7%, стабилизация у 33.3 – 38.5% больных. Доказано, что наибольшее влияние на продолжительность ремиссии болезни (18.8±2 месяцев) и выживаемость больных (медиана 29.1±4 месяцев) оказывает комбинация платидиама, адриамицина и антиандрогена.

При низкодифференцированном РПЖ объективную регрессию у больных достигают 57.1%, стабилизации у 28.6 – 37.5%. В таких случаях наиболее эффективным является комбинация циклофосфана, метотрексата, адриамицина и антиандрогена. Среднее время ремиссии у больных 8.4±0.7 месяцев, медиана выживаемости 11.7±0.9 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, химиотерапия РПЖ в различных комбинациях в сочетании с антиандрогенотерапией показала клиническую эффективность при лечении гормоналчувствительного и гормонорезистентного рака в зависимости от степени злокачественности опухолевого процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лабри Ф. *Последние достижения гормональной терапии рака предстательной железы. Современные подходы к лечению онкоурологических заболеваний* - М., 1998.

2. Боядзис М. *с соавт. Руководство по*

лечению опухолевых заболеваний - М., 2008.

3. *Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов*. 2016.

4. *TNM classification of malignant Tumors, el Geneva Uicc.,1907*

ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ E-CADHERIN ПРИ ДИФФУЗНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

И.И.ШТЕФАНОВ¹, Г.Н.КУЛМАМБЕТОВА³, М.К.ИМАНБЕКОВА³, Н.Д.БАКИРОВ⁴,
О.Л.ПИРОЖЕНКО², Е.Б.ГУБСКАЯ², В.И.КОТОВ¹,
А.А.ЖАКИПОВА², Э.П.МИРОЕДОВА¹, А.К.МАКИШЕВ¹

¹АО «Медицинский университет Астана»

г. Астана, Республика Казахстан

²Онкологический Центр, г. Астана, Республика Казахстан

³Национальный центр биотехнологии

г.Астана, Республика Казахстан

⁴Национальный Центр онкологии и гематологии Минздрава Киргизской Республики

Аннотация. Проведено иммуногистохимическое исследование у 9 больных с диагнозом рак желудка, после оперативного лечения в ГОЦ г. Астана за период с 13.04.16 г. по 23.12.17 г. Регионарные метастазы в лимфатических узлах выявлены в 4 случаях (44,4 %). Интенсивное, полное окрашивание мембраны опухолевых клеток определялось в 7 случаях (77,8 %) интерстициального рака желудка. Низкий уровень экспрессии E-cadherin выявлен в 2 случаях (22,2 %) диффузного рака желудка. Из них слабое окрашивание опухолевых клеток выявлено в 1 случае (11,1% - пробанд J) и неполное окрашивание мембраны опухолевых клеток выявлено в 1 случае (11,1% - пробанд M). Слабая экспрессия E-cadherin, возможно, потенцирует способность опухолевых клеток к отдаленному метастазированию при диффузном раке желудка.

Ключевые слова: наследственный диффузный рак желудка, герми-нальные мутации, E-кадгерин, ген CDH1, перстневидно-клеточная карцинома

Түйіндеме. АСҚАЗАННЫҢ ДИФФУЗДЫ ОБЫРЫ КЕЗІНДЕГІ E-CADHERIN ЭКСПРЕССИЯСЫНЫҢ МАҢЫЗЫ. И.И.Штефанов¹, Г.Н.Кулмамбетова³, М.К.Иманбекова³, Н.Д.Бакиров⁴, О.Л.Пироженко², Е.Б.Губская², В.И.Котов¹, А.А.Жакипова², Э.П.Мироедова¹, А.К.Макишев¹. Астана қалалық Онкология орталығында 13.04.16 мен 23.12.17 жыл аралығында емделуден өткен 9 науқасқа иммуногистохимиялық зерттеу жасалды. Регионарлы лимфа тініне таралған метастаздар 4 жағдайда анықталды (44,4%), ісік тіні мембранасының толық, интенсивті боялуы асқазан интерстициалді қатерлі ісігінің 7 жағдайында (77,8%) анықталды. Диффузды асқазан қатерлі ісігінің 2 жағдайында (22,2 %) E-кадгерин ақуызының экспрессиясы төмен болды. Оның ішінде ісіктік жасушалардың әлсіз боялуы 1 жағдайда (11,1% - пробанд J), және ісік жасушасы мембранасының толық емес боялуы 1 жағдайда анықталды (11,1% - пробанд M). E-cadherin-нің әлсіз экспрессиясы асқазанның диффузды қатерлі ісігінде ісіктік жасушалардың шеткері метастаздануына себеп болуы мүмкін.

Түйін сөздер: тұқым қуалайтын диффузды асқазан обыры, герми-төлемдерін қабылдау мутациялар, E-кадгерин, ген CDH1

Summary. THE IMPORTANCE OF EXPRESSION OF E-SADHERIN IN DIFFUSION OF GASTRIC CANCER. I.I.Shtefanov, G.N.Kulmambetov, M.K.Imanbekova, N.D.Bakirov, O.L.Pirozhenko, E.B.Gubskaya, V.I.Kotov, A.A.Zhakipova, E.P.Miroedova, A.K.Makishev. We conducted the immunohistochemical study for 9 patients with the diagnosis of gastric cancer after surgical treatment in Oncological center of Astana for the period from 13.04.16 to 23.12.17. Regional metastases in the lymph nodes occurred in 4 cases (44,4%). Intensive, complete staining of tumor cell membrane was determined in 7 cases (77.8%) of interstitial gastric cancer. Low level

of E-cadherin expression was detected in 2 cases (22.2%) of diffuse gastric cancer. Of these, weak staining of tumor cells was revealed in 1 case (11.1% - proband J) and incomplete staining of tumor cell membrane was revealed in 1 case (11.1% - proband M). Weak expression of E-cadherin may potentiate the ability of tumor cells to distant metastase formation in case of diffuse gastric cancer.

Keywords: hereditary diffuse gastric cancer, germinal mutations E-cadherin. CDH1 gene signet ring cell carcinoma, low-grade cancer

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что ген CDH1, кодирующий структуру белка E-кадгерина, локализуется на хромосоме 16q22.1, и очень схож у различных видов по своей структуре [1]. E-кадгерин – это гликопротеин, состоящий из экстрацеллюлярного домена, цитоплазматического домена и одного трансмембранного домена [2,3]. Экстрацеллюлярный домен имеет сайт для связывания Ca²⁺, и выходит на клеточную поверхность для связывания с кадгерином соседней клетки путем боковой димеризации [4]. Это приводит к кадгерин-кадгериновой связи и, в результате, к клетка-клеточной адгезии. В 1998 г. было продемонстрировано, что ген, кодирующий молекулу белка E-кадгерина (CDH1), является ответственным за высокую распространенность диффузного рака желудка (ДРЖ) во многих поколениях большой семьи маори из Новой Зеландии [5].

Выделение наследственного диффузного рака желудка (НДРЖ), ассоциированного с CDH1, привело в 1999 г. к формированию группы ученых разных специальностей, объединившихся в Международный консорциум (International Gastric Cancer Linkage Consortium – IGCLC) по разработке критериев наследственного РЖ. Задачей консорциума была также разработка рекомендаций по диагностике и медико-генетическому консультированию [6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить

экспрессию белка E-кадгерина у больных с диффузным и интерстициальным раком желудка и оценить взаимосвязь между уровнем экспрессии и распространенностью заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Согласно обновленным в 2015 г. Международным Консорциумом по Раку Желудка (IGCLC) пересмотренным критериям тестирования CDH1 (с учетом первой степени и второй степени родства) к семейным случаям относятся: 1) семьи с двумя или больше пациентов с раком желудка в любом возрасте, один подтвержденный наследственный диффузный рак желудка; 2) лица с наследственным диффузным раком желудка в возрасте до 40 лет и 3) семьи с диагнозами наследственного диффузного рака желудка и лобулярного рака груди (один диагноз в возрасте до 50 лет). Кроме того, тестирование CDH1 необходимо у пациентов с двусторонним или семейным лобулярного рака груди в возрасте до 50 лет, пациенты с диффузным раком желудка и расщелиной губы или нёба, и лица с предшественниками перстневидно-клеточной карциномой [7].

Учитывая вышеуказанные критерии, в процессе клинической работы кафедры онкологии АО «Медицинский университет Астана» в рамках исследования «Наследственный диффузный рак желудка и меры его профилактики» выявлены следующие случаи семейного рака желудка:

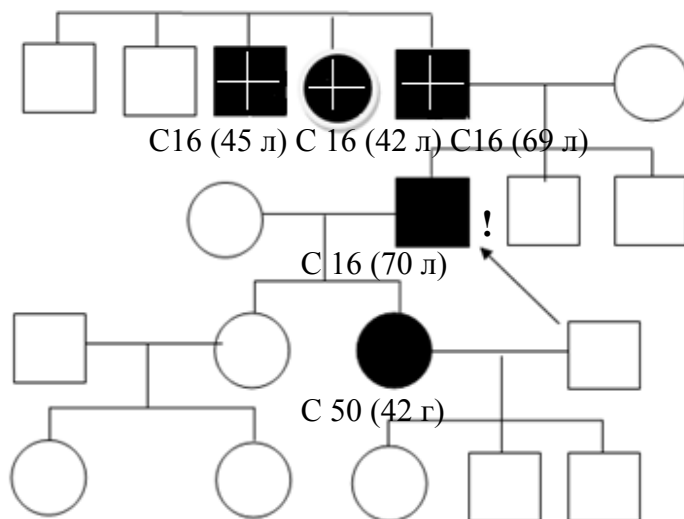


Рисунок 1. Родословная пробанда К

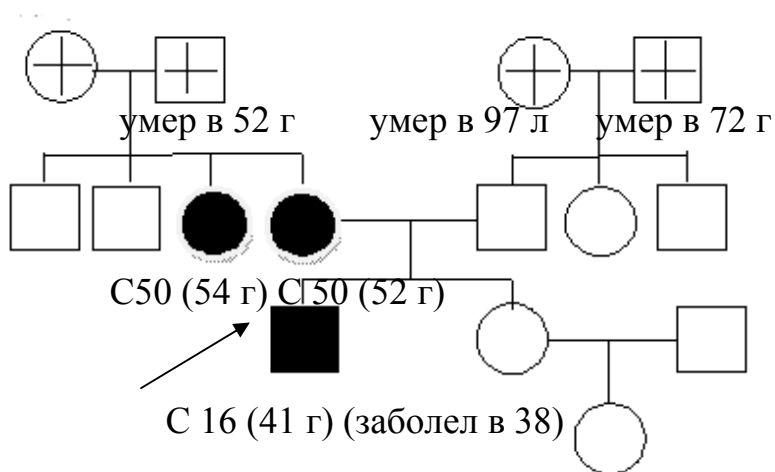


Рисунок 2. Родословная пробанда S.

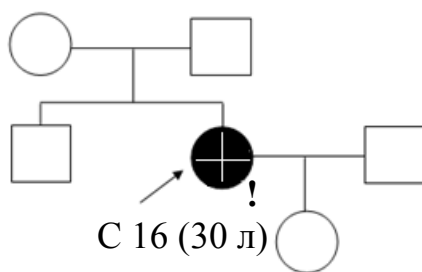


Рисунок 3. Родословная пробанда U

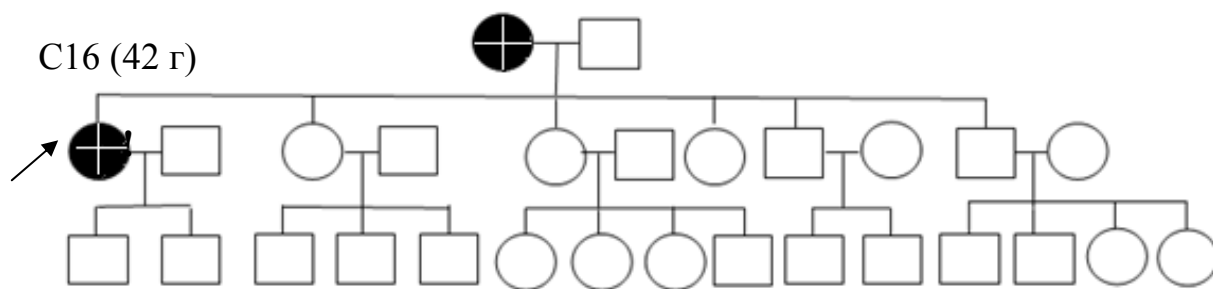


Рисунок 5. Родословная пробанда J.

Учитывая родословные вышеуказанных случаев, можно предположить наследственную природу злокачественных новообразований у исследуемых пациентов.

При секвенировании гена CDH 1 пробанда J мутаций не выявлено.

Проведено иммуногистохимическое исследование у 9 больных с диагнозом рак желудка, после оперативного лечения в ГОЦ г. Астана за период с 13.04.16 г. по 23.12.17 г. Иммуногистохимическое исследование проведено на серийных парафиновых срезах ткани первичной опухоли с помощью биотин-стрептавидинового иммунопероксидазного метода с антителами к молекулам межклеточной адгезии: E-cadherin (Clone NCH-38, Ready-to-Use, Dako, разведение 1:250, Дания) по стандартной методике. Статистические параметры не рассчитывались в связи с малой выборкой исследуемых случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проращение серозной оболочки или окружающих тканей (Т3-4) выявлено у 5

больных (55,6 %). Регионарные метастазы в лимфатических узлах выявлены в 4 случаях (44,4 %). Интенсивное, полное окрашивание мембраны опухолевых клеток определялось в 7 случаях (77,8 %) интерстициального рака желудка. Низкий уровень экспрессии E-cadherin выявлен в 2 случаях (22,2 %) диффузного рака желудка. Из них в 1 случае слабое окрашивание опухолевых клеток выявлено в 1 случае (11,1% - пробанд J) и неполное окрашивание мембраны опухолевых клеток выявлено в 1 случае (11,1% - пробанд M). В обоих случаях с низким уровнем экспрессии E-cadherin отмечались явления канцероматоза органов брюшной полости, проращение в соседние органы, ткани и наличие отдаленных метастазов (Крукенберга у пробанда M, метастаз в неопущенное правое яичко у пробанда J). В то же время у больных с местно распространенным процессом (проращение в соседние органы и ткани) 3 случая, но с высоким уровнем экспрессии E-cadherin признаков отдаленного метастазирования не наблюдалось.

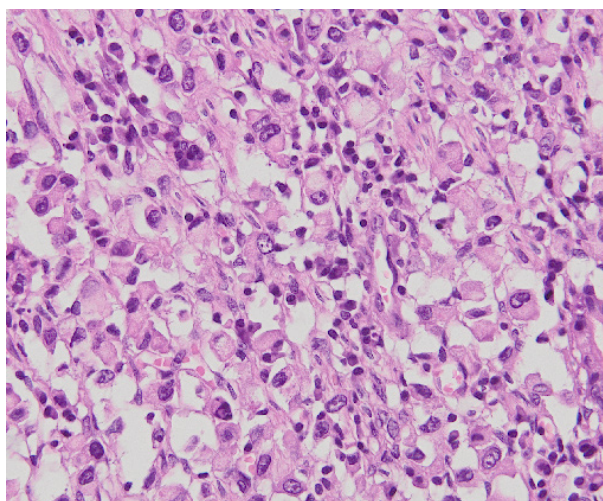


Рисунок 6 - Пробанд J. Метастатическое поражение оболочек яичка перстеновидным клеточным раком. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x 400.

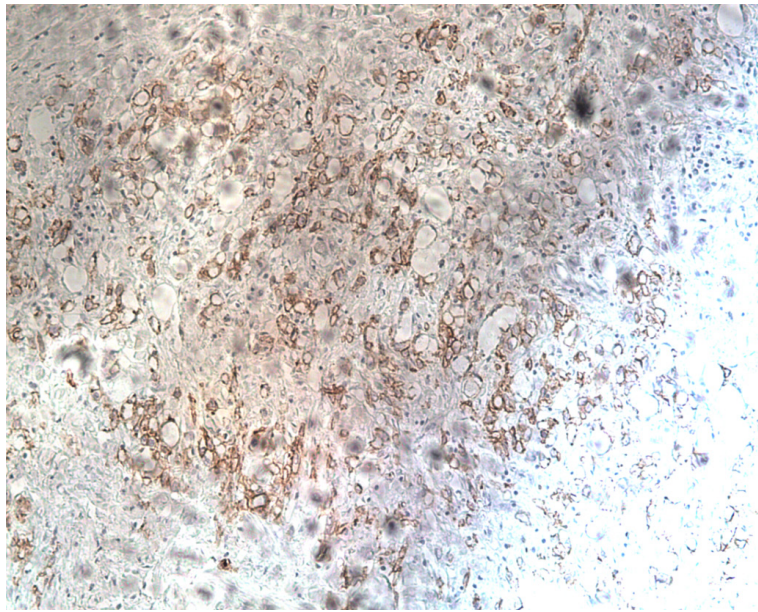


Рисунок 7 - Пробанд J. E-cadherin – слабое окрашивание мембраны опухолевых клеток. Имеется градиент окраски между неопуховым эпителием и опухолевыми клетками (ИГХ-исследование с at-cadherin, x 100).

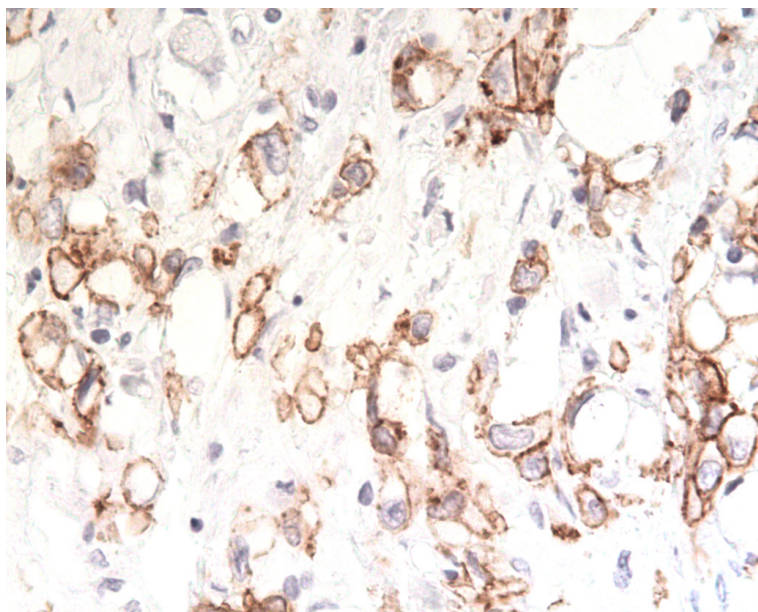


Рисунок 8 - Пробанд J. E-cadherin – слабое окрашивание мембраны опухолевых клеток. Имеется градиент окраски между неопуховым эпителием и опухолевыми клетками. ИГХ-исследование с at-cadherin, x 400).

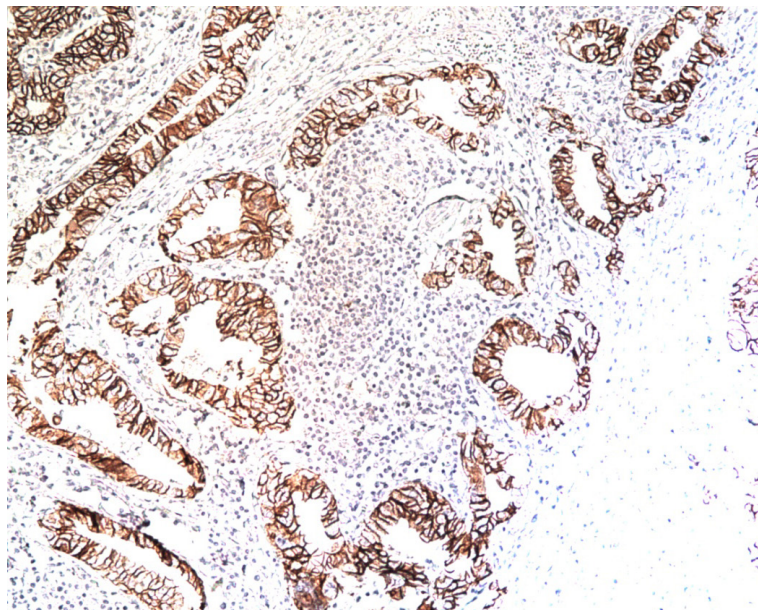


Рисунок 9 - Исследуемый №210. E-cadherin – + (интенсивное, полное окрашивание мембраны опухолевых клеток). ИГХ-исследование с at-cadherin, x 100).

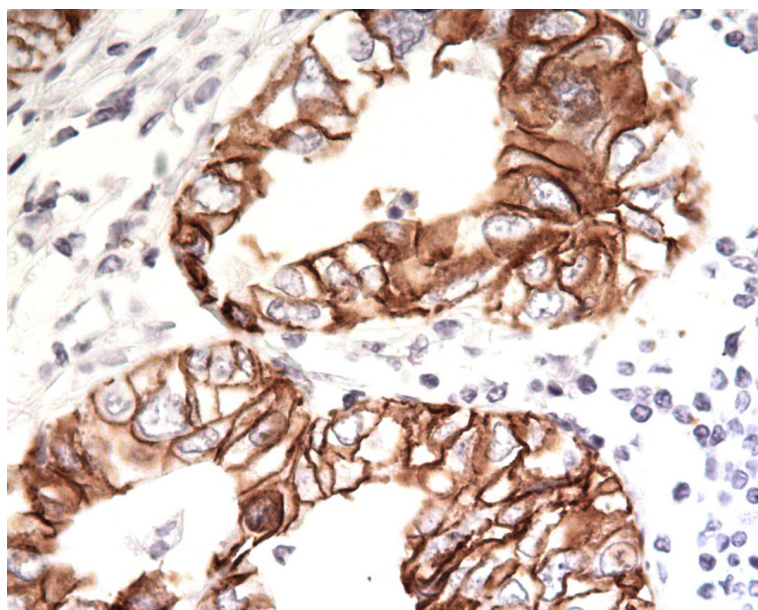


Рисунок 10 - Исследуемый №210. E-cadherin – + (интенсивное, полное окрашивание мембраны опухолевых клеток). ИГХ-исследование с at-cadherin, x 400).

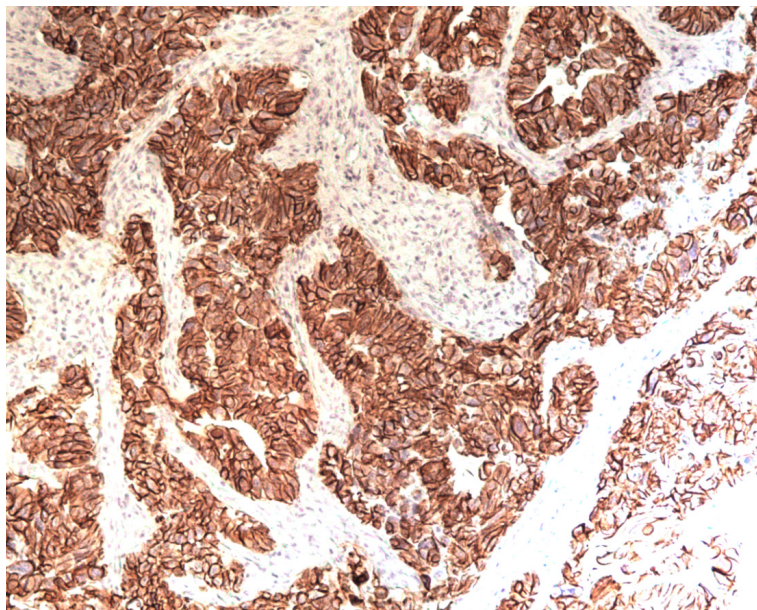


Рисунок 11 - Исследуемый №211. E-cadherin – + (интенсивное, полное окрашивание мембраны опухолевых клеток). ИГХ-исследование с at-cadherin, x 100).

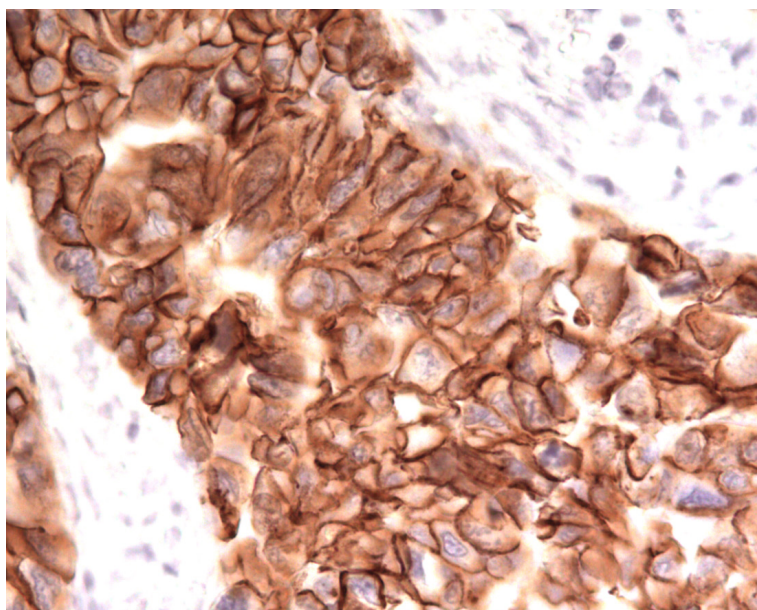


Рисунок 12 - Исследуемый №211. E-cadherin – + (интенсивное, полное окрашивание мембраны опухолевых клеток). ИГХ-исследование с at-cadherin, x 400).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Слабая экспрессия E-cadherin, возможно, потенцирует способность опухолевых клеток к отдаленному метастазированию при диффузном раке желудка. Необходимо увеличить количество исследуемых случаев с целью получения более достоверных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Berx G, Staes K, van Hengel J, et al. Cloning and characterization of the human invasion suppressor gene E-cadherin (CDH1). *Genomics* 1995;26:281–9.

2. Nollet F, Kools P, van Roy F. Phylogenetic analysis of the cadherin superfamily allows identification of six major subfamilies besides several solitary members. *J Mol Biol* 2000;299:551–72.

3. Blaschuk OW, Sullivan R, David S, et al. Identification of a cadherin cell adhesion recognition sequence. *Dev Biol* 1990;139:227–9.

4. Shapiro L, Fannon AM, Kwong PD, et al. Structural basis of cell-cell adhesion by cadherins. *Nature* 1995;374:327–37.

5. Guilford P, Hopkins J, Harraway J, McLeod M., McLeod N., Harawira P, Taite H., Scoular R., Miller A., Reeve A.E. E-cadherin germline mutations in familial gastric cancer // *Nature*. 1998. Vol. 392. P. 402–405.

6. Fitzgerald R.C., Hardwick R., Huntsman D., Carneiro F. et al. International Gastric Cancer Linkage Consortium; Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research // *J Med Genet*. 2010. Vol. 47. P. 436–44.

7. Van der Post R.S., Vogelaar I.P., Carneiro F., Guilford P., Huntsman D. et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical guidelines with an emphasis on germline CDH1 mutation carriers // *J Med Genet*. 2015. Vol. 52. P. 361–374

ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ И ДИНАМИКА ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

М.Е.ТУЛЕУТАЕВ, Б.Б.ТАЙЛАКОВ, Д.К.КЕНБАЕВА
ГКП на ПХВ «Онкологический центр акимата г.Астаны»

Аннотация. В осложненной запущенной клинической стадии заболевания проведено исследование гуморального состава иммунной системы при проведении специфической полихимиотерапии у больных раком яичников. В этом случае наблюдалась разнонаправленная динамика иммуноглобулинов основных классов, наиболее важные изменения наблюдались в отношении концентрации оборотных иммунных комплексов – увеличение ЦИК по мере усиления злокачественных процессов.

Ключевые слова: рак шейки матки, клинико-иммунологическое обследование, рак яичников

Түйіндеме. АНАЛЫҚ БЕЗДЕРДІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯСЫ МЕН ИММУНДЫ ЖҮЙЕНІҢ ГУМОРАЛДЫ БУЫНЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ. М.Е.Тулеутаев, Б.Б.Тайлаков, Д.К.Кенбаева. Асқынған клиникалық стадияда (кезде) аналық бездердің қатерлі ісігімен ауыратындардың арнайы полихимиясын өткізгенде иммунды жүйенің гуморалды буынының зерттеуі жүргізілді. Бұл жағдайда негізгі кластардың иммуноглобулиндерінің арқылы бағыттағы динамикасы байқалды, анағұрлым маңызды өзгерістер айналымды иммунды кешендердің концентрациясына қатысты байқалды – қатерлі үрдістің күшейе түсу шегіне қарай АИК-тің арта түсуі.

Түйін сөздер: жатыр мойны обыры, клинико-иммунологиялық тексеру, аналық без обыры

Summary. POLYCHEMOTHERAPY OF OVARIAN CANCER AND HUMORAL IMMUNITY DINAMICS. M.E.Tuleutaev, B.B.Taylakov, D.K.Kenbaeva. We have study state humoral immune system during specific chemotherapy in ovarian cancer patients in advanced clinical stages. It was noted multidirectional dynamics of immunoglobulins main classes, the most significant changes were observed in the concentration of circulating immune complexes - CIC increase with the progression of the malignant process.

Keywords: cervical cancer, clinical and immunological examination, ovarian cancer

ВВЕДЕНИЕ

Нормальная жизнедеятельность организма обусловлена согласованной работой его систем и органов, нарушения в любом звене влекут изменения во всех системах [1]. Многие соматические заболевания человека, кроме онкологических, достаточно хорошо изучены, определены их этиология и патогенез, разработаны методы лечения и профилактики. Онкологические проблемы оказались тесно связанными с проблемами иммунодефицита [2,3]. Академик Р.В. Петров еще в 70-е годы утверждал, что тот, кто научится «лечить иммунодефицит, тот на-

чится лечить рак». Статистика показывает, что если смертность от рака в 20-летнем возрасте принять за 1 (единицу), то в возрасте 50—60 лет риск умереть от этого заболевания увеличивается в 50 раз, а в 60 лет и старше вероятность возрастает еще больше — для женщин в 78 раз, для мужчин — в 119. Ежегодно от рака погибает более 2 млн человек. Люди подвержены более чем 2000 типам новообразований, развивающихся в любом органе и ткани [4-6].

Сейчас уже нет большой необходимости в доказательствах ведущей роли иммунного гомеостаза в защите организма от опухоле-

вого роста. Обнаружены многочисленные изменения механизмов иммунных реакций при опухолях, наличие клеток иммунитета непосредственно в точках их роста [7]. Иммунокомпетентные клетки, а также их цитокины эффективно применяются в лечении опухолевых заболеваний [8]. Есть основания считать, что в процессе роста опухоли нарушается механизм иммунного распознавания и поэтому страдает функция надзора за гомеостазом организма.

ЦЕЛЬ: изучение особенностей показателей неспецифического звена иммунной системы у больных раком шейки матки в зависимости от степени распространенности опухолевого процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было осуществлено комплексное клинико-иммунологическое обследование 105 раком яичников. в том числе 56 – с III и 49 – с IV клинической стадией. Все больные находились в возрасте от 30 до 70 лет. Все больные получали послеоперационные курсы полихимиотерапии по стандартным схемам.

Контрольную группу составили 40 практически здоровых женщин в возрасте от 40

до 60 лет (средний возраст $50,8 \pm 1,6$ года), подвергнутых комплексному клиническому (для исключения диагноза злокачественного новообразования) и иммунологическому обследованию в тех же условиях, что и пациентки с раком шейки матки и яичников.

Было определено состояние неспецифического фагоцитарного звена % фагоцитоза, ФЧ, НСТ тесты в сыворотке крови.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием методов вариационной статистики на компьютере класса Pentium IV.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные нами результаты свидетельствовали о том, что у больных раком яичников III ст. на фоне ПХТ не было выявлено динамики содержания IgA и IgM в крови. Концентрация IgG достоверно снизилась.

В то же время, отмечался достоверный рост содержания ЦИК относительно исходного уровня (на 26,3%, $p < 0,05$, а различия с контрольной группой практически здоровых лиц составили 318,8% в сторону повышения у больных раком на фоне ПХТ, $p < 0,01$) (рисунок 1).

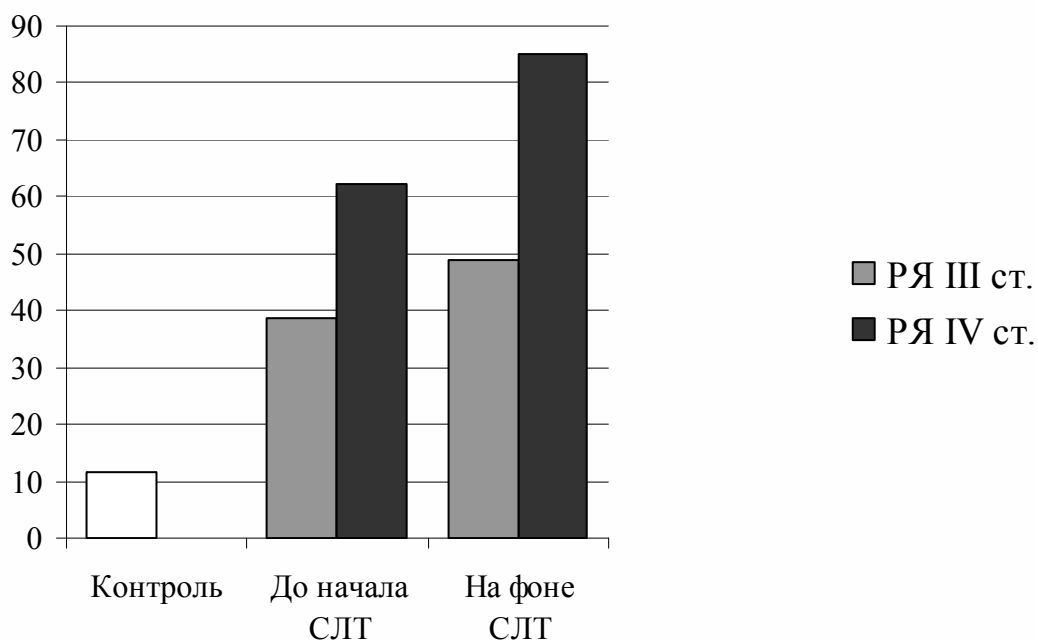


Рисунок 1 - Особенности содержания и динамики ЦИК в крови обследованных больных РЯ в зависимости от клинической стадии

У больных раком яичников III ст. отмечалось достоверное относительно контрольной группы снижение содержания IgA на 29,7% при проведении ПХТ. Различия с исходным уровнем были недостоверными (таблица 1).

В той же степени снижалось содержание в крови IgM (на 30,1%), хотя различия

с исходным показателем были менее выраженными.

Уровень содержания IgG уменьшался у больных раком яичников в ходе ПХТ в наибольшей степени среди всех обследованных групп. При этом различия с контрольной группой достигали 26,2% ($p < 0,05$).

Таблица 1 - Динамика показателей гуморального звена иммунитета у больных раком яичников III ст. при проведении послеоперационной химиотерапии

Показатель	Контрольная группа, n=40	Больные РЯ III ст., n=56		P1	P2	P3
		до начала ПХТ	на фоне ПХТ			
IgA, г/л	1,38±0,08	1,22±0,08	1,25±0,08	>0,05	>0,05	>0,05
IgM, г/л	1,86±0,11	1,61±0,11	1,57±0,11	>0,05	>0,05	>0,05
IgG, г/л	10,55±0,59	10,78±0,80	9,34±0,60	>0,05	>0,05	>0,05
ЦИК, ЕОП	11,7±0,8	38,8±3,3	49,0±3,9	<0,01	<0,01	<0,05

Примечание – P1 – достоверность различий больных с контролем до начала противоопухолевой терапии,
P2 – достоверность с контролем на фоне проведения противоопухолевой терапии,
P3 – достоверность различий показателей до начала и на фоне терапии

Одновременно у больных при IV клинической стадии отмечалось наиболее выраженное превышение содержания в

крови ЦИК, достигающее на фоне ПХТ 627,4% ($p < 0,01$) (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика показателей гуморального звена иммунитета у больных раком яичников IV ст. при проведении послеоперационной химиотерапии

Показатель	Контрольная группа, n=40	Больные РЯ IV ст., n=49		P1	P2	P3
		до начала ПХТ	на фоне ПХТ			
IgA, г/л	1,38±0,08	1,03±0,07	0,97±0,07	<0,05	<0,05	>0,05
IgM, г/л	1,86±0,11	1,43±0,10	1,30±0,09	<0,05	<0,05	>0,05
IgG, г/л	10,55±0,59	9,20±0,76	7,79±0,53	>0,05	<0,05	>0,05
ЦИК, ЕОП	11,7±0,8	62,4±5,0	85,1±7,1	<0,01	<0,01	<0,05

Примечание – P1 – достоверность различий больных с контролем до начала противоопухолевой терапии,
P2 – достоверность с контролем на фоне проведения противоопухолевой терапии,
P3 – достоверность различий показателей до начала и на фоне терапии

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом полученные данные свидетельствуют о наличии значительных изменений в состоянии гуморального иммунитета у больных злокачественными новообразованиями рассматриваемых локализаций при проведении специфической противоопухолевой терапии. При этом на фоне химиотерапии у больных раком яичников – повышение концентрации ЦИК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В.Н. *Канцерогенез и онтогенез; основные направления и результаты исследований* // *Вопр. Онкол.* 2007. Т. 43. С. 88 – 94.

2. Бардычев М.С., Кацалат С.Н. *Местные лучевые повреждения: особенности патогенеза, диагностика и лечение* // *Вопросы онкологии.* - 2005. -№2.-С99.

3. Городилова ВВ., Яцковская Н.Л. *К вопросу об иммунологической реактивности организма больных раком тела матки* // *Вопросы онкологии.* -1997. -№3.- С. 10-13.

4. Osmond M.E. Ross S. *Problems in the investigational study and clinical use of cancer immunotherapy* // *Immunology* - 2007. - v. 11. - N 6.-P. 193- 195.

5. Ивашкин В.Г., Васильев В.Ю., Северин Е.С. *Уровни регуляции функциональной активности органов и тканей.* Л.: Наука, 2007. - 272 с.

6. Хансон К.П. *Программированная клеточная гибель (апоптоз): молекулярные механизмы и роль в биологии и медицине* // *Вопр. мед. химии.* 2006. - Т. 43. (5).- С.402-414.

7. Bakhidze, E.V., Bokhman, J.V. *Application of thymic factor “Thymalin” in complex treatment of endometrial cancer patients* // *Eur. J. Gynaec. Oncol.* XL – 2007. - № 4.- P. 251-256.

8. Cortes I.E., Seytjou J.F., Kurzrock R. *Biologic therapy: interferons, in-terkukin-2, and adoptive cellular immunotherapy* // *Med. Oncology.* – 2005. - №3. – P.37-41.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ НА ИНТЕРЛЕЙКИНОВУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

М.Е.ТУЛЕУТАЕВ, Б.Б.ТАЙЛАКОВ, Д.К.КЕНБАЕВА
ГКП на ПХВ «Онкологический центр акимата г.Астаны»

Аннотация. При проведении полихимиотерапии у больных раком яичников проведено исследование особенностей интерлейкиновой регуляции в зависимости от степени распространения опухолевого процесса, проведение специфической противоопухолевой полихимиотерапии во многом увеличило имеющиеся отклонения по составу интерлейкина от среднего уровня группы контроля. Наиболее важной особенностью выявленного злокачественного новообразования IV стадии заболевания является прогрессивное изменение механизмов цитокиновой регуляции при проведении полихимиотерапии.

Ключевые слова: полихимиотерапия, иммунологические показатели, иммунная система

Түйіндемe. ИММУНДЫ ЖҮЙЕНІҢ ИНТЕРЛЕЙКИНДІ РЕГУЛЯЦИЯСЫНА АНАЛЫҚ БЕЗДЕР ІСІГІ ПОЛИХИМИЯТЕРАПИЯСЫНЫҢ ӘСЕРІ. М.Е.Тулеутаев, Б.Б.Тайлаков, Д.К.Кенбаева. Аналық бездердің қатерлі ісігімен аурағындардың полихимиосын өткізгенде ісік үрдісінің таралу дәрежесіне қарай интерлейкинді регуляцияның ерекшеліктеріне зерттеу жүргізілді. Ісікке қарсы өзгеше полихимиотерапияны өткізу көп жағдайда жоюшы, бақылау тобының орта деңгейінен интерлейкиндердің құрамы бойынша бар ауытқуларды одан әрі ұлғайтты. Пайда болған қатерлі ісіктің IV дәрежелі ауруларының аса маңызды ерекшелігі болып полихимиотерапия өткізу барысында цитокинді регуляцияның әртүрлі механизмдерінің үдемелі мазасыздануы табылды.

Түйін сөздер: полихимиотерапия, иммунологиялық көрсеткіштер, иммундық жүйе

Summary. EFFECT OF CHEMOTHERAPY FOR OVARIAN CANCER INTERLEUKIN REGULATION OF THE IMMUNE SYSTEM. M.E.Tuleutaev, B.B.Taylakov, D.K.Kenbaeva. Was conducted to study the features interleukin regulation during chemotherapy patients with ovarian cancer, depending on the extent of the tumor process. Implementation of specific anti-chemotherapy exacerbated existing deviations from the average level of the control group on the content of interleukins in the vast majority of cases. An important feature of patients IV st. tumor was progressive inhibition of different mechanisms of cytokine regulation in the process of chemotherapy.

Keywords: polychemotherapy, immunological indicators, immune system

ВВЕДЕНИЕ

Нормально функционирующая иммунная система обеспечивает элиминацию подавляющего большинства неопластически трансформированных клеток, предохраняя организм от развития злокачественного процесса. Иммуносупрессия предшествует возникновению опухоли и усугубляется в дальнейшем по мере роста опухоли. В свою очередь, изменения, возникающие при поздних стадиях опухолевого процесса, а также при различных специфических методах лечения приводят

к глубоким гомеостатическим нарушениям. Одним из звеньев системных гомеостатических перестроек при этом является изменение количественных показателей и функционального состояния иммунной системы [1,2]. Противоопухолевая защита организма в первую очередь предполагает использование механизмов иммунитета, и их нарушения являются не только причиной развития злокачественных новообразований, но и важным механизмом, определяющим их течение и исход лечения [3].

Важным условием возникновения злокачественных новообразований в организме является нарушение функционирования иммунной системы. Известно, что иммунная система организма-опухоленосителя не остается инертной по отношению к растущим, неопластически трансформированным клеткам, стремится элиминировать их [4,5]. Нормально функционирующая иммунная система обеспечивает элиминацию подавляющего большинства неопластически трансформированных клеток, предохраняя организм от развития злокачественного процесса. Иммуносупрессия предшествует возникновению опухоли и усугубляется в дальнейшем по мере роста опухоли. В свою очередь, изменения, возникающие при поздних стадиях опухолевого процесса, а также при различных специфических методах лечения приводят к глубоким гомеостатическим нарушениям. Одним из звеньев системных гомеостатических перестроек при этом является изменение количественных показателей и функционального состояния иммунной системы [6,7].

ЦЕЛЬ: изучение особенностей показателей интерлейкиновой регуляции при проведении послеоперационной полихимиотерапии больных раком яичников в зависимости от степени распространенности опухолевого процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было осуществлено комплексное клинико-иммунологическое обследование 105 раком яичников, в том числе 56 – с III и 49 – с IV клинической стадией. Все больные находились в возрасте от 30 до 70 лет. Все больные получали послеоперационные курсы полихимиотерапии по стандартным схемам.

Контрольную группу составили 40 практически здоровых женщин в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст $50,8 \pm 1,6$ года), подвергнутых комплексному клиническому (для исключения диагноза злокачественного новообразования) и иммунологическому обследованию в тех же условиях, что и пациентки раком яичников.

Было применено иммуноферментное определение интерлейкинов в сыворотке крови. Статистическая обработка осуществлялась с использованием методов вариационной статистики на компьютере класса Pentium IV.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По содержанию IL-2 в сыворотке крови у больных раком яичников III ст. отмечалась тенденция к снижению в процессе ПХТ в результате чего уровень данного показателя при повторном исследовании был на 37,2% ниже, чем в контроле ($p < 0,01$) (таблица 1, рисунок 1).

Содержание IL-6 в динамике уменьшалось достоверно (на 20,8%, $p < 0,05$), различия с контрольной группой достигли 47,9% ($p < 0,01$). Как и при раке шейки матки III ст. имелась тенденция к уменьшению содержания в крови IL-10, приведшая к наличию достоверных различий с показателем группы здоровых лиц (на 11,8%, $p < 0,05$).

В отличие от СЛТ, проводимой при раке шейки матки, в ходе полихимиотерапии у больных раком яичников было выявлено дальнейшее повышение содержания IL-12 в крови, хотя и недостоверное в сравнении с исходным показателем, однако приведшее к почти семикратному повышению уровня данного цитокина над показателем контрольной группы практически здоровых лиц ($p < 0,01$).

Дальнейшее повышение было зарегистрировано также по среднему содержанию в крови ФНО α . Эта динамика была достоверной, составила 20,8% ($p < 0,05$), а превышение над показателем контрольной группы – 138,6% ($p < 0,01$).

Как следует из ранее приведенных данных, многие иммунологические показатели у больных наиболее тяжёлыми формами злокачественного новообразования, рассматриваемыми в рамках настоящей работы, а именно – раком яичника IV ст. – имели меньшие отклонения от контрольной группы, чем при менее запущенных стадиях злокачественных новообразований. Данная особенность в полной мере проявлялась и в отношении содержания цитокинов в крови у обследованных больных раком яичников IV ст. (таблица 2, рисунок 1).

Так, по содержанию IL-2 отмечалось наиболее выраженное снижение как до начала ПХТ, так и в её процессе. Кроме того, достоверной была и степень снижения данного показателя в процессе ПХТ (на 18,0%, $p < 0,05$). По отношению к контрольной группе его величина была ниже на 63,7% ($p < 0,01$).

Наиболее значительно среди всех обследованных групп снижалось также содержание в крови ИЛ-10. Различия со средним показателем у здоровых лиц при повторном обследовании составили 22,4% ($p < 0,05$).

Однако, в отличие от направленности изменений содержания ИЛ-12 в крови при переходе от II ст. к III ст. у больных раком

шейки матки при проведении ПХТ у больных раком яичников IV ст. отмечались значительно более низкие средние значения, чем при III ст. Динамика их изменений была направлена на увеличение, причём степень превышения показателя над контрольным достигла 3,5 раза ($p < 0,01$).

Таблица 1 - Динамика содержания цитокинов в крови у больных раком яичников III ст. при проведении послеоперационной химиотерапии

Показатель	Контрольная группа, n=40	Больные РЯ III ст., n=56		P1	P2	P3
		до начала ПХТ	на фоне ПХТ			
ИЛ-2, пг/мл	11,3±0,5	7,9±0,4	7,1±0,3	<0,01	<0,01	>0,05
ИЛ-6, пг/мл	7,3±0,4	4,8±0,4	3,8±0,3	<0,05	<0,01	<0,05
ИЛ-10, пг/мл	8,5±0,4	8,4±0,4	7,5±0,3	>0,05	<0,05	>0,05
ИЛ-12, пг/мл	2,3±0,2	13,7±0,8	15,8±1,2	<0,01	<0,01	>0,05
ФНО, пг/мл	4,4±0,3	8,2±0,6	10,5±0,7	<0,05	<0,01	<0,05

Примечание – P1 – достоверность различий больных с контролем до начала противоопухолевой терапии,
P2 – достоверность с контролем на фоне проведения противоопухолевой терапии, P3 – достоверность различий показателей до начала и на фоне терапии

Таблица 2 - Динамика содержания цитокинов в крови у больных раком яичников IV ст. при проведении послеоперационной химиотерапии

Показатель	Контрольная группа, n=40	Больные РЯ IV ст., n=49		P1	P2	P3
		до начала ПХТ	на фоне ПХТ			
ИЛ-2, пг/мл	11,3±0,5	5,0±0,2	4,1±0,2	<0,01	<0,01	<0,05
ИЛ-6, пг/мл	7,3±0,4	3,3±0,2	2,7±0,2	<0,01	<0,01	<0,05
ИЛ-10, пг/мл	8,5±0,4	7,1±0,3	6,6±0,3	<0,05	<0,05	>0,05
ИЛ-12, пг/мл	2,3±0,2	5,5±0,7	8,0±0,5	<0,05	<0,01	<0,05
ФНО, пг/мл	4,4±0,3	9,8±1,0	6,6±0,7	<0,05	<0,05	<0,05

Примечание – P1 – достоверность различий больных с контролем до начала противоопухолевой терапии,
P2 – достоверность с контролем на фоне проведения противоопухолевой терапии,
P3 – достоверность различий показателей до начала и на фоне терапии

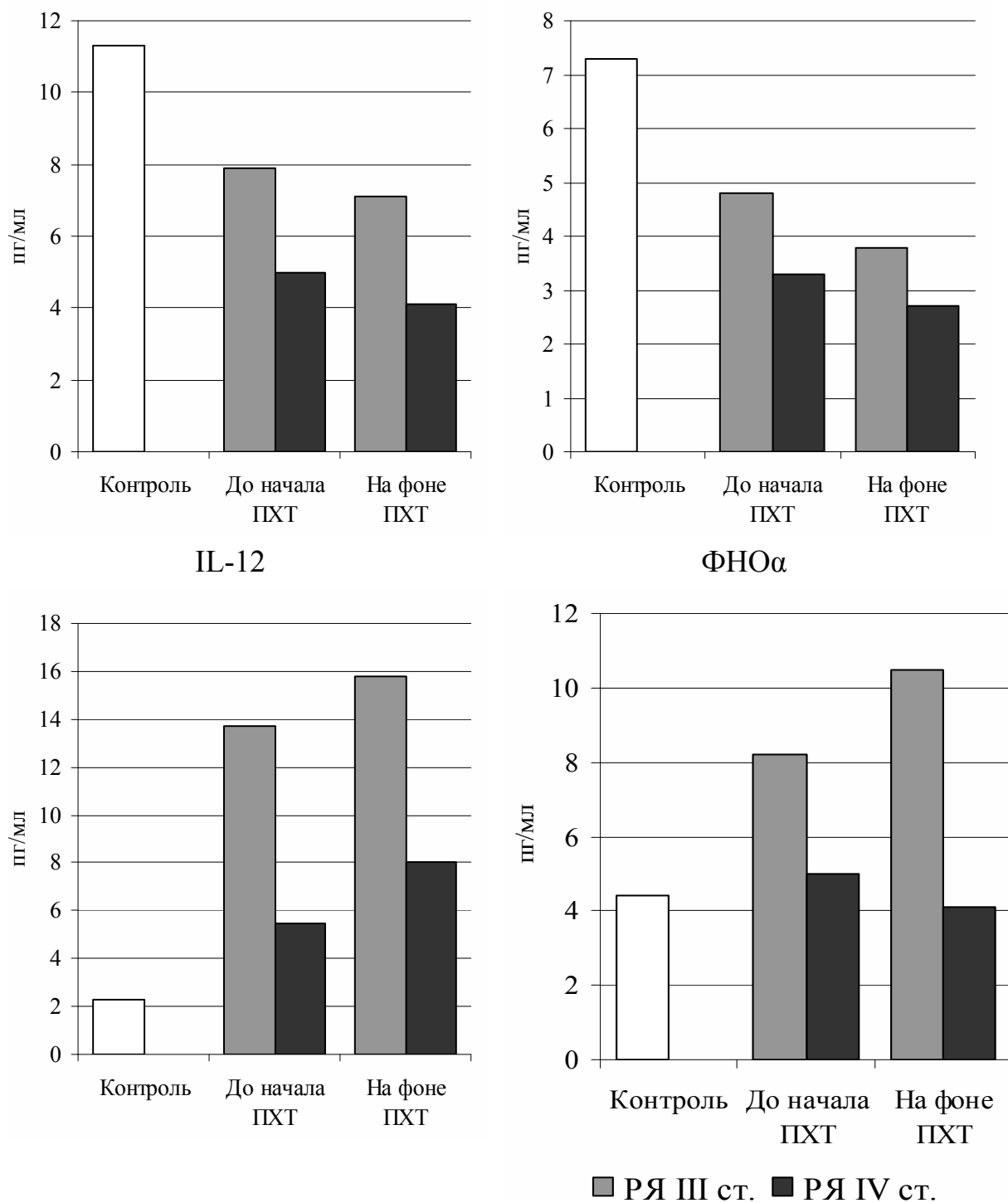


Рисунок 1 - Особенности динамики содержания некоторых цитокинов в крови у больных раком яичников при проведении ПХТ

Содержание ФНО в крови обследованных больных, в отличие от всех ранее представленных групп, имело динамику к снижению, составившую 32,7% ($p < 0,05$). При повторном обследовании сохранялись только умеренные различия по данному показателю с контрольной группой (на 50,0%, $p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в целом следует отметить, что проведение специфической противоопухолевой полихимиотерапии усугубляло имеющиеся отклонения от среднего уровня контрольной группы по содержанию интерлейкинов в подавляющем большинстве случаев. Существенной особенностью больных IV ст. злокачественного новообразования явилось прогрессирующее угнетение различных механизмов цитокиновой регуляции в процессе проведения полихимиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cortes I.E., Seymou J.F., Kurzrock R. Biologic therapy: interferons, in-terkukin-2, and adoptive cellular immunotherapy // *Med. Oncoogy*. – 2005. - №3. – P.37-41.

2. Омарова Н.М., Малюченко Б.И. Влияние фитопрепарата «Арглабин» на иммунный статус больных первичным раком печени // *Материалы IV съезда онкологов*

Республики Казахстан и юбилейной конференции Алматинского городского онкологического диспансера (13-14 сентября 2001 г). – Алматы, 2001. – С.118-119.

3. Манько В.М., Петров Р.В., Хаитов Р.М. Иммуномодуляция: история, тенденции развития, современное состояние и перспективы // *Иммунология*. - 2002. - №3. – с.132-136.

4. Khan-Farooqi H.R., Prins R.M., Liao L.M. Tumor immunology, immunomics and targeted immunotherapy for malignancies // *Neurol Res*. – 2005. – Vol.27(7). – P.692-702.

5. Pennington D.J., Vermijlen D., Wise E.L. et al. The integration of conventional and unconventional T cells that characterizes cell-mediated responses // *Adv Immunol*. - 2005. – Vol.87. – P.27-59.

6. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Пономарева Ю.Н. Роль цитокинов в патогенезе нарушений иммунитета и гемостаза у больных с тяжелыми дисплазиями и раком шейки матки // *Вопросы онкологии*. – 2003. – №1. – С.51-54.

7. Васильев Н.В. Программы функционирования системы иммунитета и их связь с проблемами онкогенеза // *Вопросы экспериментальной и клинической онкологии*. – Томск, 2002. – С.7-24.

**МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ
SUBMISSION GUIDELINES**

К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

- сопроводительного письма на имя Главного редактора журнала от руководителя организации, на базе которого была выполнена работа.

- для публикации научной статьи необходимо предоставить рецензия с рекомендацией статьи к печати от независимых ученых и/или специалистов по тематике статьи. Авторы и рецензенты должны являться сотрудниками разных организаций. В рецензиях должны быть указаны должность, место работы, подпись рецензента, печать организации.

Материалы для публикации должны быть выполнены в строгом соответствии со следующими правилами:

1. Структурное построение научных статей должно соответствовать принятому в журнале, с выделением следующих рубрик: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Для всех разделов в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме) на русском, казахском, английском языках.

2. Текст статьи представляется в 1 экземпляре, отпечатанных через одинарный (1,0) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу по 2,0 и справа, слева по 3,0 см, набранная шрифтом 14 Times New Roman. Вместе с оригиналом статьи необходимо представить электронный вариант в виде отдельного файла с указанием ФИО первого автора (Касымов А.А.обзор.doc).

3. Объем научных статей не должен превышать 16 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме.

4. Название статьи оформляется заглавными буквами после инициалов и фамилии авторов (инициалы после фамилии), а также название учреждения (после текста), в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами. В конце статьи на отдельном листе с указанием ФИО (полностью) авторов, ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылаeтся, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 10. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4 (210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других

условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц.

10. Редколлегия оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи. Решение о публикации научных статей принимается на основании положительных рекомендаций независимых экспертов, не входящих в состав Редколлегии.

11. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.

12. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.

13. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.

14. Прием статей бесплатный.

15. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, г. Астана, ул. Мәңгілік ел, 2, Дом Министерств, подъезд 1В, тел: +7 (7172) 74-94-49, e-mail: vestnik_2002@mail.ru, gulzhanzhumayeva@gmail.com.

www.heraldmed.org

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE**

Қ.Ш.Беркінбаев, Л.В.Коноплёва, А.А.Логинова САЛАУАТТЫ ҰЛТ - МЕМЛЕКЕТИМІЗДІҢ БАСЫМ МІНДЕТІ	3
К.Ш.Беркинбаев, Л.В.Коноплёва, А.А.Логинова ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ - ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА НАШЕГО ГОСУДАРСТВА	3
C.Sh. Berkinbaev, L.V. Konopleva, A.A. Loginova HEALTHY NATION IS THE PRIORITY TASK OF OUR STATE	3
Е.А.Қиясов, Б.И.Изатуллин, И.К.Ищанова САНАТОРЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ЕМДЕЛУ КЕЗІНДЕГІ РАДОН ВАННАЛАРЫ ОРНАЛАСҚАН ОРЫНЖАЙДЫҢ ТИІМДІ ВЕНТИЛЯЦИЯСЫНЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ.....	7
Е.А.Киясов, Б.К.Изатуллин, И.К.Ищанова ВАЖНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ РАДОНОВЫМИ ВАННАМИ.....	7
Ү.А. Kiyassov, В.К. Izatullin, I.К. Ichshanova IMPORTANCE OF EFFECTIVE VENTILATION AT SANATORIUM-RESORT TREATMENT RADON BATHS	7
Ж.Н.Сүлейменова, Л.В.Дудкина РЕКАНАТИ АТЫНДАҒЫ ГЕНЕТИКА ИНСТИТУТЫНЫҢ БАЗАСЫНДА КӨП САЛАЛЫ СТАЦИОНАР ЖАҒДАЙЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІН ҮЙРЕНУ (ПЕТАК-ТИХВА, ИЗРАИЛЬ)	10
Ж.Н.Сулейменова, Л.В.Дудкина ИЗУЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО- ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ИНСТИТУТА ГЕНЕТИКИ ИМ. РЕКАНАТИ (Г.ПЕТАК-ТИХВА, ИЗРАИЛЬ)	10
Zh.N.Suleimenova, L.V.Dudkina STUDY OF THE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF MEDICO- GENETIC AID TO THE CONDITIONS OF THE MULTIDISCIPLINARY STATIONARY ON THE BASIS OF THE INSTITUTE OF GENETICS THEM. REKANATI (PETAK-TIHVA, ISRAEL).....	10

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ACTIVITIES OF PHYSICIAN**

- Д.Н.Нұрлан, А.А.Мұстафина, А.Б.Әлімжанова, Н.Д.Шидерова, Ж.А.Нұрғалиева
АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ТЕРАПИЯДА АНТИБИОТИККЕ СЕЗІМТАЛДЫҒЫН
БАЙҚАҒАНҒА ДЕЙІН МИКРОФЛОРАДА ҚАҚЫРЫҚТЫ АЙҚЫНДАЙ ОТЫРЫП
ОҢТАЙЛАНДЫРУ ЖҮРГІЗУ МЕРЗІМДЕРІН ТАЛДАУ 14
- Д.Н. Нурлан, А.А. Мустафина, А.Б.Алимжанова, Н.Д. Шидерова, Ж.А.Нурғалиева
ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА НА МИКРОФЛОРУ
МОКРОТЫ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ
ДО НАЧАЛА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 14
- D.N.Nurlan, A.A.Mustafina, A.B.Alimzhanova, N.D.Shiderova, Zh.A.Nurgalieva
OPTIMIZATION OF THE TIMING OF SPUTUM TAKING FOR ANTIBIOTICS
SENSITIVITY OF MICROFLOUS BEFORE THE ANTIBACTERIAL THERAPY IS
BEGINNING 14
- А.К.Бегалин, А.И.Искаков, Е.К.Шілдебаев, Р.С.Айтбаев
ҚУЫҚТАСЫ АУЫРУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ УРОЗОЛИН-ФОРТЕ ПРЕПАРАТЫН
ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ 18
- А.К.Бегалин, А.И.Искаков, Е.К.Шильдебаев, Р.С.Айтбаев
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА УРОЛИЗИН-ФОРТЕ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 18
- Begalin A.K., Iskakov A.I., Shildebaev E.K., Aytbaev R.S.
EXPERIENCE OF USE OF URALIZIN-FORTE IN INTEGRATED TREATMENT OF
UROLITHIASIS 18
- Ж.Даирбекова, Г.Р.Джакельбаева, А.Б.Токтарова
ЦИТОЛОГТАР ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ Н.НЕЙЛМАННИ ҚАУЫМДАСТЫРЫЛҒАН
ГАСТРИТТЕРДІ АЙҚЫНДАУ ЖАҒДАЙЫ 22
- Даирбекова Ж., Джакельбаева Г.Р., Токтарова А.Б.
СЛУЧАИ ВЫЯВЛЕНИЯ Н.НЕЙЛМАННИ АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРИТОВ В
ПРАКТИКЕ ЦИТОЛОГОВ 22
- Zh.Dairbekova, G.R.Dzhakelbaeva, A.B. Toktarova
IDENTIFICATION OF N.NEILMANNII ASSOCIATED GASTRITIS IN CYTOLOGISTS
PRACTICE. 22

Р.Ж. Қарабаева, М.Т. Жайсанбаева, А.А. Нұрпейісова КӨП БЕЙІНДІ СТАЦИОНАРДАҒЫ НОЗОКОМИАЛДЫ ПНЕВМОНИЯНЫ ТАЛДАУ	26
Р.Ж. Карабаева, М.Т. Жайсанбаева, А.А.Нурпеисова АНАЛИЗ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	26
R. Karabayeva, M. Zhaisanbayeva, A. Nurpeissova RESEARCH OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA OF MULTI-SPECIALITY HOSPITAL	26
Ж.Ж. Ибраева, Н.Б. Кенжебаева, Р.А.Мынжанова БӨЛІНГЕН МИКРООРГАНИЗМДЕР АРАСЫНДА КЕҢЕЙТІЛГЕН СПЕКТРДЕГІ БЕТА-ЛАКТАМАЗДЫ ӨНДІРЕТІН ШТАММДАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ (ЖЕРГІЛІКТІ ДЕРЕКТЕР).....	30
Ж.Ж. Ибраева, Н.Б. Кенжебаева, Р.А. Мынжанова ДИАГНОСТИКА ШТАММОВ, ПРОДУЦИРУЮЩИХ БЕТА-ЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА СРЕДИ ВЫДЕЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ (ЛОКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ).....	30
Ж.Ж. Ибраева, Н.Б. Кенжебаева, Р.А.Мынжанова DIAGNOSTICS OF THE STAMPS PRODUCING BETA-LACTAMASE OF THE EXPANDED SPECTRUM AMONG DEDICATED MICROORGANISMS (LOCAL DATA)	30

**ШОЛУ
ОБЗОР
REVIEW**

Г.З.Танбаева, А.Г. Шамсутдинова	
ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ СКРИНИНГ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ АҚПАРАТТАНДЫРЫЛҒАН ШЕШІМДЕРДІ ҚАБЫЛДАУ (ШОЛУ).	34
G.Z.Tanbayeva, A.G.Shamsutdinova	
INFORMED DECISION MAKING FOR CANCER SCREENING (OVERVIEW)	34
Г.З.Танбаева, А.Г. Шамсутдинова	
ИНФОРМИРОВАННОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГА НА РАК (ОБЗОР).....	34
Ж.Қ.Бүркітбаев, С.Ә. Әбдірахманова, Қ.Х.Жанғазиева, Г.Д.Қалымова, Н.С.Тұяқова	
МЕКТЕПТЕРДЕ ДОНОРЛЫҚТЫ ДАМУ ЖҰМЫСТАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ	39
Ж.К.Буркитбаев, С.А.Абдрахманова, К.Х.Жангазиева, Г.Д.Калымова, Н.С.Туякова	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ШКОЛАХ ПО РАЗВИТИЮ ДОНОРСТВА	39
Zh.K.Burkitbayev, S.A.Abdrakhmanova, K.H.Zhangazieva, G.D.Kalymova, N.S.Tuyakova	
ORGANIZATION OF WORK AT SCHOOLS ON DEVELOPMENT OF DONORATION OF BLOOD	39
Г.З.Таңбаева, А.Ш.Ибраева	
ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ МАМАНДЫҚ ИЕЛЕРІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ	45
Г.З.Танбаева, А.Ш.Ибраева	
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ	45
G.Z.Tanbaeva, A.Sh.Ibraeva	
PROVISION OF MEDICAL REHABILITATION FOR PROFESSIONALS OF RISKY OCCUPATIONS.....	45

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ «ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ»**

М.Е. Тулеутаев, Б.К. Мустафина, Б.Б.Тайлаков АСТАНА ҚАЛАСЫ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫНА РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУ	51
М.Е. Тулеутаев, Б.К. Мустафина, Б.Б.Тайлаков РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА АСТАНЫ	51
М.Е. Tuleutaev, В.К. Mustafina, В.В. Tailakov RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DYNAMICS OF INDICATORS OF CANCER SERVICE IN ASTANA	51
Ж.Д.Жұмағазин, А.Т.Сарсекеева НАУҚАСТАРДЫҢ ИММУНДЫҚ СТАТУСЫ ЖӘНЕ ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ ИММУНОТЕРАПИЯСЫ	56
Ж.Д.Жумагазин, А.Т.Сарсекеева ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ И ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	56
Zh.D.Zhumagazin, A.T.Sarsekeeva IMMUNE STATUS OF PATIENTS AND IMMUNOTHERAPY OF PROSTATE CANCER	56
Н.Б. Табынбаев, Ж.Д.Жұмағазин, Е.Қ.Сәрсебеков, Б.Кастер, Р.К.Қажығұлов ҚУЫҚ ЖӘНЕ ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІ ІСІГІННЕ ӘСЕР ЕТУДІҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІ.	60
Н.Б. Табынбаев, Ж.Д.Жумагазин, Е.К.Сарсебеков, Б.Кастер, Р.К.Кажигулов ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	60
N.B.Tabynbayev, J.D.Zhumagazin, E.K.Sarsebekov, B.Caster, R.K.Kazygulov INNOVATIVE METHODS OF IMPACT ON NOBLE FORMATION OF THE PROSTATE IRON AND URINARY BUBBLE.....	60

Тайлақов Б.Б., Кадагидзе З.Г., Тупицын Н.Н., Аншыбаева А.А. ЮИНГ САРКОМАСЫ КЛЕТКАСЫНЫҢ ЖЕРГІЛІКТІ ИММУНОФЕНОТИПІ	65
Тайлақов Б.Б., Кадагидзе З.Г., Тупицын Н.Н., Аншыбаева А.А. МЕСТНЫЙ ИММУНОФЕНОТИП КЛЕТОК САРКОМЫ ЮИНГА	65
Tailakov B.B., Kadagidze Z.G., Tupitsyn N.N., Anshybaeva A.A. LOCAL IMMUNOPHENOTYPE OF CELLS OF EWING’S SARCOMA.	65
К.Б.Макиева, Ж.Т.Исакова, Б.Б.Султангазиева, Н.А.Зайырбекова, Ч.С.Доолоталиева, М.Х.Кайтаев ҚЫРҒЫЗСТАНДА СУТ БЕЗІНІҢ ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН ОБЫРЫНА БЕЙІМДІЛІКТІҢ ДАМУЫНА XRCC1 ГЕНІНІҢ ARG399GLN, СОНЫМЕН ҚАТАР P53 ГЕНІНІҢ ARG72PRO ПОЛИМОРФТІ МАРКЕРЛЕРІНІҢ ӘСЕРІ.....	71
К.Б.Макиева, Ж.Т.Исакова, Б.Б.Султангазиева, Н.А.Зайырбекова, Ч.С.Доолоталиева, М.Х.Кайтаев ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ARG399GLN ГЕНА XRCC1, А ТАКЖЕ ARG72PRO ГЕНА P53 НА РАЗВИТИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НАСЛЕДСТВЕННОМУ РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ.....	71
К.В.Макиева, Ж.Т.Исакова, Б.Б.Султангазиева, Н.А.Зайырбекова, Ч.С.Доолоталиева, М.Х.Кайтаев INFLUENCE IN THE DEVELOPMENT HEREDITARY OF BREAST CANCER SINGLE NUCLEOTIDES POLYMORPHISMS ARG 399GLN GENE XRCC1, ARG72PRO GENE P53 GENE IN KYRGYZSTAN.....	71
Ж.Д.Жұмағазин, Е.Қ.Сәрсәбеков, Ж.К.Қозыбаева ҚАТЕРЛІЛІГІ ТҮРЛІ ДӘРЕЖЕДЕГІ ГОРМОНҒА ТӨЗІМДІ ЖӘНЕ ГОРМОНҒА СЕЗІМТАЛ ҚУЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ОБЫРЫНА ЦИТОСТАТИКТЕРДІҢ ӘСЕРІ	74
Ж.Д.ЖУМАГАЗИН, Е.К.САРСЕБЕКОВ, Ж.К.КОЗЫБАЕВА ВЛИЯНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ НА ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫЙ И ГОРМОНОЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ	74
ZH.D.Zhumagazin, E.K.Sarsebekov, J.K.Kozybayeva INFLUENCE OF CYSTOSTATICS ON HORMONORESISTENIUM AND HORMONOCUGTENCY CANCER OF PROSTATE IRON WITH DIFFERENT MALIGNANT DEGREE	74

И.И.Штефанов, Г.Н.Кулмамбетова, М.К.Иманбекова, Н.Д.Бакиров, О.Л.Пироженко, Е.Б.Губская, В.И.Котов, А.А.Жакипова, Э.П.Мироедова, А.К.Макишев	
АСҚАЗАННЫҢ ДИФФУЗДЫ ОБЫРЫ КЕЗІНДЕГІ E-CADHERIN ЭКСПРЕССИЯСЫНЫҢ МАҢЫЗЫ	82
И.И.Штефанов, Г.Н.Кулмамбетова, М.К.Иманбекова, Н.Д.Бакиров, О.Л.Пироженко, Е.Б.Губская, В.И.Котов, А.А.Жакипова, Э.П.Мироедова, А.К.Макишев	
ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ E-CADHERIN ПРИ ДИФФУЗНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА	82
I.I.Shtefanov, G.N.Kulmambetov, M.K.Imanbekova, N.D.Bakirov, O.L.Pirozhenko, E.V.Gubskaya, V.I.Kotov, A.A.Zhakupova, E.P.Miroedova, A.K.Makishev	
THE VALUE OF THE EXPRESSION E-CADHERIN IN DIFFUSE STOMACH CANCER.....	82
М.Е.Тулeутаев, Б.Б.Тайлаков, Д.К.Кенбаева	
АНАЛЫҚ БЕЗДЕРДІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ПОЛИХИМИЯТЕРАПИЯСЫ МЕН ИММУНДЫ ЖҮЙЕНІҢ ГУМОРАЛДЫ БУЫНЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ	90
М.Е.ТУЛЕУТАЕВ, Б.Б.ТАЙЛАКОВ, Д.К.КЕНБАЕВА	
ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ И ДИНАМИКА ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ	90
М.Е.Tuleutaev, B.B.Taylakov, D.K.Kenbaeva	
POLYCHEMOTHERAPY OF OVARIAN CANCER AND HUMORAL IMMUNITY DINAMICS.....	90
М.Е.Тулeутаев, Б.Б.Тайлаков, Д.К.Кенбаева	
ИММУНДЫ ЖҮЙЕНІҢ ИНТЕРЛЕЙКИНДІ РЕГУЛЯЦИЯСЫНА АНАЛЫҚ БЕЗДЕР ІСІГІ ПОЛИХИМИЯТЕРАПИЯСЫНЫҢ ӘСЕРІ.....	94
М.Е.Тулeутаев, Б.Б.Тайлаков, Д.К.Кенбаева	
ВЛИЯНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ НА ИНТЕРЛЕЙКИНОВУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ	94
М.Е.Tuleutaev, B.B.Taylakov, D.K.Kenbaeva	
EFFECT OF CHEMOTHERAPY FOR OVARIAN CANCER INTERLEUKIN REGULATION OF THE IMMUNE SYSTEM.....	94

**МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ
SUBMISSION GUIDELINES**



типография
ДӘМЕ

Отпечатано в ТОО «ДӘМЕ»
г.Астана, ул. Бигельдинова,10
Тел/факс.: 8 (7172) 42-54-67
toodame@gmail.com