

Учредители журнала:
Управление делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
В.В. Бенберин

**Заместители главного
редактора -**
Е.К. Сарсебеков

Ответственный секретарь –
А.К. Тургамбаева

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

С 2005 г. входит в перечень
журналов, рекомендованных
Комитетом по контролю в
сфере образования и науки
МОН РК

Адрес редакции:
г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: 53-95-43
e-mail: tak1973@mail.ru

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

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции.
Редакция оставляет за собой
право в отказе публикации
материалов в случае
несоблюдения правил
оформления.

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журнал

**сәуір - маусым
2 (49) 2013
апрель - июнь**

ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления делами Президента
Республики Казахстан**

Ежеквартальный научно-практический журнал

*Журнал издается с 2002 г.
Выходит 4 раза в год*

Редакционный совет:

А.А. Аканов – д.м.н., профессор
Р.А. Бакенова – д.м.н.
А.К. Байгенжин – д.м.н., профессор
Н.Д. Батпенев – д.м.н., профессор
Р.Р. Бектаева - д.м.н., профессор
А.Г. Дерновой – д.м.н.
В.Ю. Дудник – д.м.н.
О.Т. Жузжанов – д.м.н., профессор
А.С. Жусупова – д.м.н., профессор
С.Е. Ибраев – д.м.н., профессор
Р.Ж. Карабаева – д.м.н.
С.З. Каирбекова – д.м.н., профессор
Kenneth Alibek – Ph.D., профессор (США)
М.К. Кульжанов – д.м.н., профессор
А.Х. Мустафин – д.м.н., профессор
Е.М. Раманкулов – д.м.н., профессор
Н.А. Стороженко (Россия) – д.м.н., профессор
И.Н. Ступаков (Россия) – д.м.н., профессор
Т.З. Сейсембеков – д.м.н., профессор
С.И. Токпанов – д.м.н., профессор
Р.К. Тулебаев – д.м.н., профессор
В. Х. Хавинсон - профессор, член-корр. РАМН
Т.Ш. Шарманов – д.м.н., профессор
А. Шарман – д.м.н., профессор
М.З. Шайдаров – д.м.н.



УДК: 614.2

Ш.А. АЮПОВА, З.А. КАСЕНОВА, Г.Н. АБДУГАЛИЕВА

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами
Президента РК, г. Алматы

ВНЕДРЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ JCI ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУ

В статье представлены предварительные результаты внедрения стандартов JCI в работу объединения врачебных комплексов (ОВК) поликлиники ЦКБ, предназначенном для оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту. Приведены основные требования по внедрению международных стандартов, подробно описан процесс их выполнения и заключение о позитивных переменах. Внедрение стандартов, можно считать ключевым в деле обеспечения качества услуг, в том числе - безопасности пациента.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, внедрение, стандарты JCI, эффективность.

Аккредитация JCI является «золотым стандартом» для медицинских организаций, стремящихся улучшить качество медицинских услуг и конечную результативность лечения для пациентов. Наличие аккредитации JCI также расценивается, как залог доверия медицинских туристов – пациентов, выезжающих за пределы своей страны в поисках высококачественных медицинских услуг [1].

По определениям Международной Объединенной Комиссии и Института Медицины США, *качество медицинских услуг* – это уход, лечение и услуги, сосредоточенные на пациенте, практикуемые каждым работником; уровень безопасности, эффективности и своевременности которых определяет вероятность получения желаемого результата, и соответствуют современным профессиональным достижениям медицины [2,3]. Каждый пациент уникален, имеет собственные потребности, ценности и убеждения. Медицинские организации стремятся установить доверительное и открытое общение с пациентами, понять и защитить их культурные, психосоциальные и духовные ценности.

Предшествующая практика больницы показала, что, несмотря на сложившиеся традиции уважительного и гуманного отношения к пациентам, имели место случаи их недовольства и жалоб при получении медицинских услуг.

В объединении врачебных комплексов (ОВК) поликлиники ЦКБ, предназначенном для оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту, в соответствии с планом внедрения аккредитации JCI, в первом полугодии текущего года стали внедряться стандарты ведения пациентов, при этом акцент был сделан на уважение и соблюдение их прав.

Для выполнения этой задачи нами была осуществлена подготовительная работа: проведены обучающие семинары с сотрудниками объединения – врачами и средним медперсоналом по соблюдению стандартных процедур в соответствии с требованиями JCI; разработаны анкеты для мониторинга и оценки удовлетворения пациентов внедренными технологиями. Кроме того, созданы условия для их выполнения.

В течение 5 месяцев мы осуществили оказание услуг по запланированной программе всем обратившимся 177 пациентам из числа прикрепленного контингента. При этом были учтены:

1. *Право на тактичное и уважительное отношение к личным ценностям и убеждениям*, которое всегда являлось основополагающим элементом всех взаимоотношений между сотрудниками больницы, пациентом .

В рамках выполняемой нами программы новшеством было то, что при обращении к пациентам полностью были исключены (имевшие место ранее и вызывавшие недовольства) формулировки «Ата», «Апа», «Мамочка», «Мамаша», «Дорогуша», «больной», и обращение к пациентам было строго по имени и отчеству.

2. *Право на учет языковых ценностей.* Языковой барьер служит причиной путаницы и непонимания между медицинским персоналом и пациентом\семьей и, нередко, является преградой к получению качественного медицинского обслуживания. Неточное понимание – причина некорректного лечения. Нашими сотрудниками осуществлялись беседы с пациентами по желанию пациентов на государственном языке (57%), на языке межнационального общения (43%). Необходимости общения на иностранном языке за анализируемый период не было.

3. *Право на учет религиозных и культурных ценностей.* Нами запланирована и ведется подготовительная работа по открытию комнаты для чтения намаза, комнат молитв.

4. *Право на физическую защиту.* Наша поликлиника несет ответственность за защиту пациентов от физического насилия посетителями, другими пациентами и персоналом. Эта ответственность наиболее важна по отношению к пожилым и другим лицам, не способным защитить себя или попросить о помощи. С целью обеспечения физической защиты пациентов организованы: круглосуточная работа службы внутренней безопасности, установлены камеры наблюдений и др. Нами усилен контроль за сопровождением пациентов медперсоналом (личная ответственность) на лечебно-диагностические процедуры, т.к. в больнице имелись случаи нарушения доставки и возвращения в отделение больного. В результате, благодаря слаженной работе, за 5-ти месячный срок в 100% случаев была обеспечена физическая безопасность пациентов.

5. *Право на конфиденциальность и приватность информации.*

Очень важно соблюдать конфиденциальность информации о пациенте и право на неприкосновенность частной жизни. В нашей поликлинике в процессе оказания медицинской помощи сотрудниками строго соблюдалась конфиденциальность информации, и не было зафиксировано ни одного случая ее разглашения. Защита частной жизни осуществлялась:

- Минимизацией информации о пациентах внешним источникам. Информация о состоянии здоровья предоставлялась лично пациенту (83%), другим лицам - только с его разрешения (17%). В отношении пациентов, по состоянию здоровья не способных принять осознанное решение - супругу(ге), при его (ее) отсутствии- близким родственникам.

- Ограничением вторжения в частную жизнь пациента в пределах выполнения своих должностных обязанностей: мед.персонал входил в кабинет, где находится пациент, только после предварительного стука; при проведении медицинских услуг дверь была постоянно закрыта.

- Обеспечением сохранности медицинской документаций (амбулаторная карточка выдавалась строго самому пациенту (95%), а также родственникам (5%), с согласия больного).

6. *Право на получение качественного лечения.* В соответствии со стандартами JCI, пациенты и их семьи участвуют в процессе оказания медицинских услуг путем принятия решений о тактике лечения, задавая вопросы, и даже отказываясь от диагностических процедур и лечения. Правила и процедуры описывают право пациента обратиться за вторым профессиональным мнением в другие организации без страха негативных последствий вне и внутри организации. Все сотрудники были обучены правилам и процедурам и своей роли в поддержке прав пациента и семьи на участие в лечебном

процессе. Оно достигается соблюдением протоколов диагностики и лечения, медико-экономических протоколов, предоставлением квалифицированных профильных специалистов; возможностью выбора метода обследования, лечения и др. За 5-ти месячный срок обратились за дополнительной консультативной помощью 23 человека (13%) и все пожелания пациентов были удовлетворены.

7. Право на информацию: о диагнозе, лечении, стоимости, альтернативах, последствиях, осложнениях, информированные согласия.

Для участия в лечебном процессе пациентам и их семьям нами предоставлялась основная информация о состоянии здоровья. Пациентам разъясняли, какие решения должны быть приняты в ходе лечения и как можно участвовать в принятии решений. При этом нами учитывались следующие детали:

- полную информацию о состоянии пациента в доступной для понимания форме может давать только лечащий врач или заведующий отделением;
- лечащий врач информирует пациента и/или его законного представителя о состоянии, плане и результатах лечебно-диагностических мероприятий, альтернативной лечебной тактике, предполагаемых осложнениях;
- в случае отказа от дальнейшего лечения врач информирует его о правах и ответственности.

В соответствии с требованиями международных стандартов стандартами JCI, особое внимание было обращено на подписание пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Мы внедрили лист информированного согласия на проведение манипуляции, в/м, в/в, п/к инъекции, в/в инфузии и т.д., полностью информировали 100% пациентов и получили 100% результат.

9. Право на выражение жалоб и разрешение конфликтов.

В соответствии со стандартами, пациенты имеют право высказать жалобы, которые должны быть рассмотрены и, по возможности, решены. Кроме того, при решении вопросов лечения возникают спорные и конфликтные ситуации для организации, пациента и его семьи или других лиц, принимающих решения. Право на выражение жалоб в ОВК осуществляется: через ящики обращений, официально через канцелярию, устные обращения граждан через телефон доверия, в больнице разработаны анкеты, в которых можно выразить свое недовольство качеством предоставляемых медицинских услуг.

Для объективного суждения о результативности проведенных мероприятий, нами проведено исходное анкетирование у 35% человек до начала внедрения стандартов JCI и заключительное анкетирование после внедрения стандартов. Результаты исходного анкетирования пациентов были учтены при составлении материала для обучающих семинаров с сотрудниками по внедрению стандартов. Полученные данные свидетельствовали о том, что 15% пациентов, регулярно получавших медицинские услуги в ОВК, ощутили позитивные перемены в качестве обслуживания и ни одного из пациентов не было замечаний.

Анализ полученного материала свидетельствует о позитивных переменах при внедрении стандартов JCI в амбулаторно-поликлиническую службу при обслуживании прикрепленного контингента. Их внедрение несомненно, можно считать ключевым в деле обеспечения безопасности пациента. Осознанное участие пациента в излечении, его понимание того, что, как и зачем с ним делают, становится необходимым в интересах его благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (JCI) для больниц. 4-е издание.-2011. – 209 с.

2 www.memorial.com.tr/ru/corporate/accreditation
edvoyage.info/encyclopedia/858.html blog-medicina.ru/blog/medicina/298.php

3 Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition
©2010 by Joint Commission International, ISBN: 978-1-59940-434-9 (США).

Материал поступил 20.04.13.

Түйін

Ш.А. АЮПОВА, З.А. ҚАСЕНОВА, Г.Н. АБДУҒАЛИЕВА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ТІРКЕЛГЕН ҚҰРАМҒА АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ КЕЗІНДЕ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ JCI СТАНДАРТТАРЫН ЕНГІЗУ

Мақалада тіркелген құрамға медициналық көмек көрсетуге арналған ОКА емханасы дәрігерлер кешенінің бірлестігі (ДКБ) жұмысына JCI стандарттарын енгізу нәтижелері келтірілген, бұл ретте олардың құқықтарын құрметтеуге және сақтауға ден қойылды. Халықаралық стандартты енгізу жөнінде негізгі талаптар келтіріліп, олардың орындалу үдерісі және оң өзгерістер туралы қорытынды толықтай сипатталған. Стандарттарды енгізу қызмет көрсету сапасын қамтамасыз етуде, соның ішінде емделушінің қауіпсіздігі ісінде негізгі жол болып саналатындығы сөзсіз.

Түйін сөздер: амбулаториялық-емханалық көмек, JCI стандарттарын енгізу, тиімділік.

Summary

SH.A. AUUROVA, Z.A. KASENOVA, G.N. ABDUGALIYEVA

Central Clinical hospital of medical center of President's Affairs administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

IMPLEMENTATION OF JCI STANDARDS FOR PROVISION OF OUTPATIENT CARE TO ATTACHED CONTINGENT

This case presents the results of implementation of jci standards in the joint medical systems (jms) of the polyclinic of central clinical hospital intended to provide medical care to the attached contingent, the focus was on the respect and protection of their rights. The basic requirements for the implementation of international standards, described the process of their implementation and conclusion about positive changes. implementation of standards, of course, can be important in ensuring the quality of services, including patient safety.

Keywords: outpatient care, implementation, jci standards, efficiency.

УДК 614.11:615.26-005.61(574)

к.м.н. Н.Е. БЕЙСЕН

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

НОВАЯ ПОЛИТИКА В ЦЕНТРАЛИЗОВАННОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОГО ОБЪЕМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Приведен анализ новой системы централизованного закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения, описаны новые подходы к совершенствованию процесса закупа и дана экономическая целесообразность и фактическая эффективность новой политики единой дистрибуции.

Ключевые слова: централизованное лекарственное обеспечение, медицинская помощь, гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

В Послании Президента Республики Казахстан-Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» особое внимание уделяется социальным вопросам. Президент отметил, что в сфере «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» жизненно важно было кардинально изменить положение людей, улучшить условия жизни. Лидер нации также отметил, что «создан медицинский кластер во всех регионах страны, создаются необходимые условия для получения качественных медицинских услуг, ускоренными темпами развивается транспортная медицина, обеспечивающая медицинскими услугами самые отдаленные районы нашей страны, национальная скрининговая система позволяет выявлять и предотвращать заболевания на ранних стадиях, введено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение».

В рамках отмеченного, предлагалось уделить внимание текущему состоянию фармацевтической отрасли в республике, проконтролировать результаты успешного внедрения государственных программ, в том числе «Саламатты Казахстан» и «Форсированное инновационное индустриальное развитие» (ГП ФИИР). В этом плане следует отметить бурное развитие отечественной фармацевтической промышленности. В этой связи необходимо особо отметить роль системы Единой дистрибуции как для развития фармацевтической отрасли, так и для улучшения социальных условий жизни граждан в осуществлении программы «Саламатты Казахстан».

В свете поставленных задач основными направлениями в политике «СК - Фармации» является дальнейшее развитие системы централизованного закупа качественных лекарственных средств, (ЛС), изделий медицинского назначения (ИМН) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) и т.д.

Основная деятельность «СК-Фармации» в качестве Единого дистрибьютора регламентируется Правилами организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических, иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с постановлением Правительства РК № 1729 от 30 октября 2009 года.

Список Единого дистрибьютора, включающий наименования медицинских препаратов, закупаемых компанией, регулируется приказами Министерства здравоохранения «Об утверждении списка ЛС и ИМН в рамках ГОВМП, подлежащих закупу у Единого дистрибьютора», а также «Об утверждении предельных цен на ЛС и ИМН, закупаемые в рамках ГОВМП». Список формируется на основании собранных от региональных управлений и организаций здравоохранения (около 1668 государственных и частных юридических лиц) заявок, т.е. регионы сами определяют потребность, как по наименованиям ЛС, так и по их объемам.

Единый дистрибьютор производит закуп ЛС и ИМН в рамках госпитального лекарственного обеспечения. Кроме того, «СК - Фармация» производит закуп порядка 25 наименований вакцин в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, ежегодно формируемого Комитетом государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения РК согласно рекомендациям ВОЗ. В список Единого дистрибьютора входят также препараты для лечения таких социально значимых болезней, как сахарный диабет, гепатит С, заболевания крови, ВИЧ/СПИД, онкологические заболевания и т.д.

Для обеспечения лекарственной безопасности в стране Единым дистрибьютором формируется трехмесячный стратегический запас жизненно важных лекарственных средств.

Анализ показал положительную динамику фактических результатов деятельности Единого дистрибьютора с момента перехода на централизованный закуп ЛС и ИМН. Так, объем реализации Единого дистрибьютора вырос с 1,1 млрд. тенге в 2009 году до 73 млрд. тенге в 2012 году, что составляет 73 % от суммы ГОБМП на лекарственное обеспечение. В 2012 году организованы бесперебойные поставки ЛС и ИМН в объеме 507 млн. единиц по 2 200 договорам поставки с медицинскими организациями. При этом прогнозируется дальнейшее увеличение объема ЛС, закупаемых в рамках ГОБМП, что связано с:

- централизацией закупа и усилением роли Единого дистрибьютора в закупках ЛС и ИМН.

- заинтересованностью ключевых участников рынка (медицинские организации и компании) в работе с Единым дистрибьютором.

- включением к числу заказчиков других государственных органов и ведомств, таких как Министерство по чрезвычайным ситуациям, Министерство внутренних дел, Министерство обороны, и др.

Одним из основных показателей деятельности Единого дистрибьютора является экономия денежных средств. В 2010 году она составила 4,5 млрд. тенге по сравнению с ценами 2009 года. При закупе ЛС и ИМН на 2011 год экономия составила порядка 3,8 млрд. тенге. В 2012 году сумма экономии была 9,7 млрд. тенге (12 % от выделенной суммы). Несмотря на снижение цен до уровня цен фактического закупа 2012 года, в 2013 году по состоянию на 01.06.2013 года средняя цена закупа за единицу ЛС снизилась на 4,05 % и была достигнута экономия в размере 3,6 млрд. тенге. За весь период деятельности Единого дистрибьютора с 2009 по 2012 гг. общая экономия финансовых средств составила порядка 18,7 млрд. тенге.

В настоящее время «СК-Фармация» активно расширяет сотрудничество с ведущими мировыми производителями ЛС, работая над увеличением доли закупа безаналоговых качественных препаратов напрямую у ведущих иностранных производителей, что позволит не только значительно экономить бюджетные средства, но и увеличить гарантию бесперебойности доставки ЛС и ИМН в медицинские организации. Для производителей интерес подписания заключения прямых договоров заключается в том, что они заключаются сроком на 3 года. В 2011 году заключено 5 прямых договоров на поставку 6 наименований на общую сумму 4,094 млрд. тенге. При этом экономия составила 2,23 млрд. тенге. В 2012 году заключено 11 прямых договоров на поставку 20 препаратов, на общую сумму 6,55 млрд. тенге с экономией 254 млн. тенге. В 2013 году планируется закуп около 400 препаратов по такому же принципу на сумму более 15 млрд. тенге. При этом особое внимание уделяется закупаемым в рамках прямых договоров вакцинам, а также препаратам, приобретаемым для больных с социально значимыми заболеваниями.

Как было отмечено выше, ГП ФИИР позволила сделать большой шаг в области модернизации отечественной фарминдустрии. К 2015 году фармацевтический сектор страны планируется полностью перевести на стандарты GMP.

В рамках данной программы одним из стратегических направлений деятельности «СК-Фармация» является содействие развитию отечественной фармацевтической индустрии. Целью является увеличение ежегодной положительной динамики роста доли казахстанского содержания в общем объеме закупа ЛС, ИМН и медицинской техники и создание условий для достижения 50%-ной доли казахстанского содержания (в натуральном выражении) в общем объеме закупа к 2015 году. Данная задача осуществляется путем предоставления преференций при проведении тендеров и заключения долгосрочных контрактов с отечественными товаропроизводителями. В настоящее время на внутреннем рынке идет устойчивая тенденция замещения импортных препаратов отечественного производства, а при конкурсных отборах поставщиков предпочтение отдается именно казахстанским предприятиям (при условии

соблюдения ими всех требований по качеству предлагаемой продукции). Таким образом, на текущий момент доля отечественных производителей в закупках ЛС и ИМН в натуральном выражении уже увеличилось с 10 % на момент введения единой системы дистрибуции в 2009 году до 69 % в 2013 году на сумму 9,3 млрд. тенге по 168 наименованиям.

Одним из направлений деятельности «СК-Фармации» является снижение стоимости и улучшение системы планирования логистики. В этом направлении целью является развитие фармацевтической логистической инфраструктуры на аутсорсинговой основе в соответствии со стандартами GDP. Создание и развитие логистической инфраструктуры будет способствовать оптимизации перемещения грузов и снизит риск порчи продукции посредством соблюдения условий хранения. Кроме того, решение о создании логистической инфраструктуры в соответствии со стандартами GDP позволит решить вопрос необходимости внедрения и автоматизированной системы управления для повышения эффективности рабочих процессов, что позволит гарантировать качество медицинских препаратов на различных этапах от поставщика к потребителю.

Таким образом, организация системы централизованного закупа ЛС и ИМН для населения в рамках ГОБМП показала высокую социальную эффективность и экономическую целесообразность в политике лекарственного обеспечения населения.

Материал поступил 16.05.13.

Түйін

М.Ғ.К.Н.Е. БЕЙСЕН

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі, Астана қ.

КЕПІЛДІ ТЕГІН КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ШЕҢБЕРІНДЕ ХАЛЫҚТЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ ОРТАЛЫҚ ТАҢДЫРЫЛҒАН ЖАҢА САЯСАТ

Дәрі-дәрмек пен медициналық құрап-жабдықтарды орталық- тандырылып сатып алудың жаңа сараптамасы келтірілген, осы процессті жетілдірудегі бірыңғай дистрибуцияның жаңа саясатының бағыттары сипатталған және оның экономикалық негізділігі мен фактілік тиімділігі көрсетілген.

Түйінді сөздер: орталықтандырылған дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, медициналық көмек, тегін медициналық көмектің кепілді көлемі.

Summary

PhD N.E. BEISEN

The Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana city

NEW POLICY AT THE CENTRAL PHARMACOLOGICAL SUPPORT OF POPULATION WITHIN A WARRANT AND FREE MEDICAL TREATMENT

There was introduced the analysis of a new system which includes purchases of medications and health care products, new approaches to improving the process and procurements. Economic expediency, factual effectiveness of a unitary distributing and new policy were characterized.

Keywords: centralized supply of drugs, medical care, guaranteed volume of free medical care.

УДК 614.29

Д. К. КУСУМЖАНОВА, Б. Д. КАРИБАЕВА
Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТОВ JCI ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В статье приведены данные внедрения в практику больницы листа оценки назначения аспирина пациентам с острыми формами ИБС в течение 24 часов после поступления в стационар согласно международным стандартам качества и безопасности больничных услуг JCI. Мониторинг качества оказания медицинской помощи пациентам с острыми формами ИБС по разработанным листкам оценки позволил повысить эффективность проводимых мероприятий в кратчайшие сроки от возникновения критической ситуации.

Ключевые слова: острые формы ишемической болезни сердца, аспирин, лист контроля, международные стандарты JCI.

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), они продолжают оставаться главной причиной смертности в мире, унося ежегодно более 17 млн. жизней. Основная доля случаев приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС), особенно на ее острые формы, которые требуют дорогостоящего лечения [1].

За последние 10 лет в Республике Казахстан смертность от ИБС снизилась более чем в 2 раза. Однако данный показатель все еще остается на высоком уровне, а ИБС является одной из основных причин потери трудоспособности, инвалидности и смерти [2].

В связи с этим приобретает большое значение повышение качества оказываемой медицинской помощи пациентам с острыми формами ИБС. При этом ведущая роль в лечении принадлежит препаратам, ингибирующим функцию тромбоцитов [3]. В последнее время в комплексной терапии ИБС широко применяется ацетилсалициловая кислота (аспирин). Европейским обществом кардиологов при неотложных клинических состояниях показано использование нагрузочной дозы аспирина в диапазоне 160–325 мг с последующим переходом на поддерживающую дозу 75–100 мг/сутки. При этом более эффективным в таких ситуациях является обычный аспирин, а таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, следует разжевать [4].

По данным более 50 исследований у 100 тыс. больных, применение аспирина с целью вторичной профилактики привело к снижению сердечно-сосудистой смертности примерно на 15% и частоты несмертельных сосудистых осложнений на 30% [5].

Цель работы – разработать и внедрить лист оценки назначения аспирина пациентам с острыми формами ИБС в течение 24 часов после поступления в стационар согласно международным стандартам качества и безопасности больничных услуг JCI.

Материалы и методы. В соответствии с алгоритмом лечения острого коронарного синдрома (ОКС) без стойкого подъема сегмента ST и с подъемом ST, утвержденного протоколом Экспертного Совета МЗ РК №8 от 17.04.2011г. [6], всем пациентам, не имеющим противопоказаний, необходимо назначение нагрузочной дозы аспирина в течение первых 24 часов после развития ОКС. Однако мониторинг за выполнением данной лечебной процедуры не проводился. В связи с вышеперечисленным и согласно международным стандартам качества и безопасности больничных услуг JCI, внедряемым в больнице, специалистами отдела внутреннего аудита был разработан и внедрен лист оценки назначения аспирина пациентам с острыми формами ИБС.

Лист оценки содержал следующую информацию, необходимую для мониторинга: пол, возраст, антропометрические данные пациента, клинический диагноз, исход

заболевания, места назначения и приема аспирина в первые 24 часа (скорая медицинская помощь (СМП), отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), отделение стационара), доза назначенного антикоагулянта (75, 100, 150, 300, 600мг), а также время приема аспирина (в первые 15 минут, в первые 60 минут, через 3 часа, от 3 до 24 часов).

Была проведена экспертиза 23 медицинских карт пациентов 1 и 2 кардиологических отделений, которая включала оценку соблюдения алгоритма назначения аспирина на этапах СМП, приемного отделения, ОРИТ и кардиологического центра в первые 24 часа после поступления. При этом пациенты старше 60 лет составили 78,3%, мужчин было вдвое больше (65,2%), чем женщин (34,8%). Удельный вес пациентов с инфарктом миокарда (ОИМ) составил 34,8% (8), с нестабильной стенокардией среднего и высокого риска неблагоприятного исхода – 47,8% (11), с ОКС – 17,4% (4). На каждого пациента заполнялся лист оценки назначения аспирина.

Результаты и обсуждение. Экспертиза показала, что на разных этапах оказания медицинской помощи всем 23 пациентам был назначен аспирин в первые 24 часа после поступления в стационар.

Так, 7 (87,5%) пациентам с ОИМ и всем 4 (100%) пациентам с ОКС аспирин был назначен на этапе СМП и ОРИТ в дозе 100-300 мг в первые 15 минут, в одном случае (12,5%) – в течение первых 3 часов.

Пациентам с нестабильной стенокардией среднего и высокого риска неблагоприятного исхода аспирин назначался на этапе СМП, ОРИТ и в отделении в дозе 75-300 мг через 3 часа и более, но не позднее 24 часов.

Во всех случаях угрожающих жизни осложнений у исследуемой группы пациентов не развилось, что косвенно может указывать на эффективность мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе назначение аспирина в первые 24 часа.

Заключение. Таким образом, внедрение листка оценки позволило осуществлять мониторинг выполнения алгоритма лечения ОКС, повысить должностную и профессиональную ответственности врачей на всех этапах оказания качественных медицинских услуг пациентам с острыми формами ИБС, что несомненно привело к снижению риска развития грозных осложнений у пациентов данной категории. Кроме того, мониторинг качества оказания медицинской помощи пациентам с острыми формами ИБС по разработанным листкам оценки позволил больнице соответствовать требованиям международных стандартов и принципам доказательной медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бармагамбетова А.Т. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей стран СНГ//Вестник КазНМУ.- 2013.- №1.- С.71-72.
- 2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана.- 2012.
- 3 Лагута П.С., Панченко Е.П. Применение аспирина у кардиологических больных // Справочник поликлинического врача.- 2007.- №15.- С. 36-37.
- 4 Сагындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения //Consilium medicum. – 2010. – Т. 27, №3. - С. 94-95.
- 5 Бубнова М.Г. Аспирин в профилактике атеротромбоза и коронарной болезни сердца // Российский кардиологический журнал».- 2010.- № 4 (84). - С. 115-12.
- 6 Протокол Экспертного Совета МЗ РК от 17 апреля 2011 года №8 «Алгоритм лечения острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST и с подъемом ST».

Материал поступил 16.04.13.

Түйін

Д.К. ҚҰСЫМЖАНОВА, Б.Ж. КӘРІБАЕВА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ЖИА-НЫҢ ЖІТІ ТҮРІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ КЕЗІНДЕ JCI СТАНДАРТТАРЫН ҚОЛДАНУ

Мақалада халықаралық стандарт сапасына және JCI аурухана қызметтерінің қауіпсіздігіне сәйкес стационарға түскеннен кейін 24 сағат ішінде ЖИА-ның жіті түрімен ауыратын емделушілерге аспирин тағайындаудың бағалау парағын аурухана тәжірибесіне енгізу деректері келтірілген. Өзірленген бағалау парақтары бойынша ЖИА-ның жіті түрімен ауыратын емделушілерге медициналық көмек көрсету сапасына мониторингі қысқа мерзім ішінде ұшығу жағдайларының пайда болуынан жүргізілген іс-шаралардың тиімділігін арттыруға мүмкіндік берді

Түйін сөздер: жүректің ишемия ауруының жіті түрлері, аспирин, бақылау парағы, JCI халықаралық стандарттары.

Summary

D.K. KUSUMZHANOVA, B.D. KARIBAYEVA

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

JCI STANDARDS CARE DELIVERY FOR PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC HEART DISEASE

The article shows the data of implementation into hospital practice the evaluation sheet of aspirin use for patients with severe forms of ischemic heart disease within 24 hours after admission to the hospital according to the international standards of quality and safety of hospital services by JCI. Monitoring the quality of care for patients with severe forms of ischemic heart disease by developed sheets of evaluation has allowed the hospital comply with the requirements of international standards and the principles of evidence-based medicine.

Key words: acute forms of ischemic heart disease, aspirin, sheet control, international standards of JCI.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



УДК: 616-035

Д.Б. АМАНГАЛИЕВ, Д.М. КАЛТАЕВА, Ж.М. ТУЛЕУОВ, М.С. МАЛДЫБАЕВ

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, г. Алматы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОПОТОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРГИДРАТАЦИЕЙ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В исследовании представлены результаты собственных наблюдений за 27 больными с застойной рефрактерной сердечной недостаточностью, которым был проведен низкопоточный диализ в сочетании с ультрафильтрацией (92 процедуры).

Результаты исследований показали, что предпринятая комбинация является весьма эффективной, так как позволяет в короткие сроки значительно уменьшить проявления гипергидратации и скорректировать азотемию, существенно не изменяя электролитный состав

плазмы, что выгодно отличает ее от изолированной ультрафильтрации.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, отеки, резистентность к диуретикам, низкопоточный диализ, ультрафильтрация.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это синдром различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к снижению насосной функции сердца (нарушению сокращения и, в меньшей степени, расслабления), хронической гиперактивации нейрогормональных систем. Застойная сердечная недостаточность (ЗСН) является широко распространенным патологическим состоянием и встречается в 1-3% от общей популяции. С возрастом риск развития ЗСН постепенно возрастает и среди лиц в возрасте старше 75 лет её распространенность может достигать 10% [1]. Вне зависимости от причины, приведшей к сердечной недостаточности (порока клапанов, гипертонической болезни, атеросклероза коронарных сосудов с кардиосклерозом, легочного сердца), в связи с нарушениями общего кровообращения часто наблюдаются изменения и в почках. Отсюда и обозначение этой патологии почек как «застойная» или «сердечная» почка. Закономерное снижение сердечного выброса приводит к уменьшению эффективного артериального кровотока в органах, в том числе и в почках. Снижение перфузионного давления почек сопровождается уменьшением клубочковой фильтрации, что является начальным фактором задержки натрия и воды. Клинические симптомы застойной почки - это падение диуреза до олигурии, изменения со стороны мочи и обменные нарушения (снижение натриуреза, хлоридуреза, гиперазотемия) [2]. В случаях, когда ХСН осложняется в результате истощения сократительной способности миокарда и резервных возможностей истинной рефрактерностью к медикаментозной терапии, гипергидратация приводит к генерализованным отекам, анасарке, скоплению воды в серозных полостях и развитию отека легких [3,4]. В таких случаях по литературным сведениям методом выбора является изолированная ультрафильтрация (ИУФ) или «сухой диализ» [5,6].

Нами предлагается в качестве альтернативы ИУФ применять в лечении рефрактерной ХСН низкопоточный диализ в сочетании с ультрафильтрацией (УФ). Преимуществами данного метода перед ИУФ являются: предупреждение гипокалиемии и гипонатриемии, профилактика артериальной гипотонии, вызванной удалением чрезмерного объема воды, повышение осмолярности крови в ходе процедуры для облегчения транспорта, воды из межклеточного в сосудистый сектор, коррекция кислотно-основного состояния крови.

Материал и методы исследования. Нами использовался низкопоточный диализ в сочетании с ультрафильтрацией у 27 больных с застойной рефрактерной СН. Основанием для включения в комплексное лечение этих больных низкопоточного диализа с ультрафильтрацией являлась рефрактерность к традиционной консервативной терапии, включающей ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), диуретики, сердечные гликозиды.

Всего проведено 92 процедуры, от 2 до 5 каждому больному с интервалом в 1-3 дня. Максимальное общее количество удаленного ультрафильтрата составило 21 литр. Использовались аппараты «искусственная почка» фирмы «Fresenius» 4008В и фирмы Bbraun Dialog+, капиллярные низкопоточные диализаторы «Fresenius» F6 и полисульфоновые диализаторы Bbraun. В качестве сосудистого доступа в основном использовали катетер в подключичной вене и одну из кубитальных вен или катетеризацию одной из центральных вен 2-х просветным катетером. В ходе диализа проводилось профилирование натрия и ультрафильтрации по одному из стандартных видов профиля, что позволяло поддерживать уровень натрия и осмолярности в крови и, тем самым, предупредить развитие дизэквилибриум-синдрома. Для коррекции гипокалиемии применялись концентраты с добавлением калия хлорида - до 4,5 ммоль/л. Объем ультрафильтрации за один сеанс зависел от общего состояния больного,

выраженности гипергидратации и составлял от 4,5 л до 7 л. Проводился обязательный кардиомониторинг.

Возраст больных составил в среднем 57±5,6 лет. Перед проведением процедуры все больные находились в тяжелом состоянии. Отмечались акроцианоз, отеки нижних конечностей, поясничной области, одышка в покое. Частота дыхательных движений в среднем составляла 24,0±2,0 в 1 мин. Наблюдалось расширение влево границ сердца. Частота сердечных сокращений, в среднем, составляла 90±2,0 в 1 мин., среднегемодинамическое артериальное давление (АД) - 91,0±3,4 мм.рт.ст. Размеры печени были увеличены, печень выступала из-под края реберной дуги в среднем на 7,5±1,4 см., наблюдались асцит и гидроторакс.

Результаты и обсуждение. После проведения курса низкопоточного диализа с УФ состояние больных существенно улучшалось. Уменьшились признаки гипергидратации: масса тела больных снизилась в среднем на 18±4,3 кг, существенно уменьшились периферические отеки, одышка, исчезли проявления гидроторакса, асцита. Размеры печени сократились до 4,7±0,6 см ниже края реберной дуги. Отмечено значительное увеличение диуреза, несмотря на то, что у большинства больных дозы мочегонных препаратов были уменьшены. Отмечена также положительная динамика лабораторных данных. Так, после проведенного курса снизился уровень креатинина плазмы, мочевины, несколько снизился также уровень билирубина плазмы. Практически не изменился уровень электролитов плазмы, отмечена тенденция к росту уровня общего белка плазмы и гематокрита. Частота сердечных сокращений непосредственно после сеанса несколько увеличивалась, а после курса УФ уменьшилась. Достоверного изменения среднегемодинамического АД и показателей сократительной способности миокарда не отмечено (табл.1).

Таблица 1 - Динамика клинико-лабораторных данных у больных хронической сердечной недостаточностью, получивших курс ультрафильтрации $p < 0,05$

Показатель	До УФ	После УФ
Размеры печени, см (ниже реберной дуги)	7,5±1,4	4,7±0,6
ЧДД в 1 мин.	24,0±2,0	18,0±0,5
Диурез в мл/сут	350±60	1830±120
Потеря веса (кг)	-	11±3,5
Гематокрит, %	30±3	37±2
Общий белок, г/л	61±3	68±2
Билирубин, мкмоль/л	24,6±1,2	20,2±1,5
Мочевина, ммоль/л	10,2±2,1	7,3±1,8
Креатинин, ммоль/л	140±34	81±19
Концентрация K ⁺ плазмы, ммоль/л	3,3±0,1	3,5±0,2
Концентрация Na ⁺ плазмы, ммоль/л	130±3	137±2

Во время проведения процедуры наблюдались следующие осложнения: у одного больного отмечался коллапс, у 3 больных наблюдались тянущие боли в мышцах, которые были купированы уменьшением скорости кровотока и повышением концентрации натрия в диализате.

Заключение. Таким образом, результаты наших исследований показали, что УФ в сочетании с низкопоточным диализом является эффективным средством лечения застойной сердечной недостаточности, рефрактерной к медикаментозной терапии. Включение данного метода в комплексное лечение этой категории больных целесообразно, так как позволяет в короткие сроки значительно уменьшить проявления гипергидратации и скоррегировать азотемию, существенно не изменяя электролитный состав плазмы, что выгодно отличает ее от изолированной ультрафильтрации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гиляревский СР. Новые терапевтические стратегии при застойной сердечной недостаточности // Кардиология.- 1997.- Т.37. - №10. - С. 88-99.
- 2 Мареев В.Ю. Изменение стратегии лечения хронической сердечной недостаточности // Кардиология.- 1998.-Т.38. - №12. - С.4-11.
- 3 Кухарчук В.В. Экстракорпоральные методы в кардиологии//Тезисы докладов 1 конф. московского общества гемафереза. Москва. - 1994. -С.67-71.
- 4 Джон Т. Даугирдас // Руководство по диализу, пер. с англ. под ред. А.Ю. Денисова-Третье издание. - 2003. - С. 225-228.
- 5 Резник Е.В. с соавт. Хроническая болезнь почек у больных с хронической сердечной недостаточностью (обзор литературы) // Нефрология и диализ.- 2010.- №1. - Т. 12. - С. 13-24.
- 6 Заболотских И.Б. Диагностика и коррекция расстройств системы гемостаза//Руководство для врачей.- М.: Практическая медицина, 2008. - 333 с.

Материал поступил 06.04.13.

Түйін

Д.Б. АМАНҒАЛИЕВ, Д.М. ҚАЛТАЕВА, Ж.М. ТӨЛЕУОВ, М.С. МАЛДЫБАЕВ
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық
клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ДИУРЕТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯҒА ГИПЕРГИДРАЦИЯСЫ БАР РЕЗИСТЕНТТІ НАУҚАСТАРДАҒЫ ҮЗДІКСІЗДІГІ ТӨМЕН ГЕМОДИАЛИЗДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Зерттеуде ультрасүзумен үйлескен үздіксіздігі төмен диализ жүргізілген ұйыған рефрактерлі жүрек кемістігі бар 27 науқасқа өзіндік бақылау нәтижелері келтірілген (92 емшара). Зерттеу нәтижелері қолданған комбинация айтарлықтай тиімді болып табылатындығын көрсетті, себебі қысқа мерзім ішінде гипергидрацияның байқалуын едәуір төмендетуге және плазманың электролитті құрамын өзгертпей-ақ, азотемияны салыстыруға мүмкіндік береді, бұл оны окшауланған ультрасүзуден ажыратады.

Түйін сөздер: созылмалы жүрек кемістігі, ісіктер, диуретиктерге резистенттілік, үздіксіздігі төмен диализ, ультрасүзу.

Summary

D.B. AMANGALIEV, D.M. KALTAYEVA, J.M. TULEUOV, M.S. MALDYBAEV
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of
Kazakhstan, Almaty city

EFFICIENCY OF LOW-FLOW HEMODIALYSIS IN PATIENTS WITH OVERHYDRATION, RESISTANT TO DIURETIC THERAPY

The result of this case is own observations in 27 patients with refractory congestive heart failure, which was held in a low-flow dialysis coupled with ultrafiltration (92 procedures). The results showed that the undertaken combination is very effective, as it allows quickly reduce the appearance of overhydration and normalize azotemia, without changing the electrolyte composition of the plasma, which distinguishes it from the isolated ultrafiltration.

Keywords: chronic heart failure, swelling, resistance to diuretics, low-flow dialysis, ultrafiltration.

УДК: 616-089.8

А. Б. АМАНГАЛИЕВ, С.С. ЖАКЕНОВА, Г.Е. АМАНГАЛИЕВА
Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

В работе представлен опыт хирургической коррекции при перфорации перегородки носа с использованием дуплета из материала «Серджисел» и аутокани – аутооттрансплантата из хряща трагуса ушной раковины. Показана эффективность метода при небольшом дефекте (не более 3-х см.) с восстановлением функции носа.

Ключевые слова: перфорация перегородки носа, аутопластика, материала «Серджисел», эффективность.

Введение. Перфорацию перегородки носа (ППН) можно считать не такой частой патологией, которая встречается среди ринологических заболеваний. Однако при ее возникновении может существенно ухудшиться самочувствие, внешний вид и качество жизни человека (рис.1).

Одной из частых причин возникновения ППН можно считать ятрогенную, которая возникает после операции на носовой перегородке и встречается в 65% случаях. Далее следуют различные травмы носа, к которым относятся длительная назальная интубация, коагуляция зоны Киссельбаха и влияние химических веществ на полость носа.



Рисунок 1 - Перфорация перегородки носа

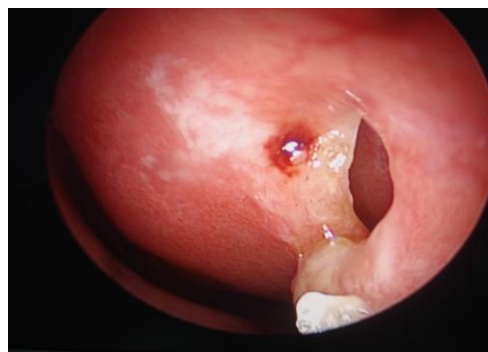


Рисунок 2 - Дефект ПН при эндориноскопии

Симптоматика при ППН разнообразна может не причиняя особого вреда больному, может быть обнаружена при обычной риноскопии при профилактическом осмотре (Рис.2), а может значительно повлиять на состояние здоровья больного. Самыми частыми жалобами, предъявляемыми больными, являются сухость в носу и образование корок, которые затрудняют носовое дыхание. Также могут встречаться носовые кровотечения, свист при дыхании. При больших перфорациях возникает косметический дефект в виде западения спинки носа. Все эти жалобы могут привести к психоневрогенным расстройствам.

Закрытие перфорации является сложным и трудоемким процессом, который не всегда дает положительный результат, в связи с чем хирурги редко уделяют этой проблеме пристальное внимание.

Целью нашей работы стало оценить эффективность применения гемостатического материала «Surgicel» при пластике перфорации носовой перегородки аутоотканями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 7 больных, у которых перфорация носовой перегородки находилась в переднем отделе. Возраст пациентов варьировал от 16 до 41 лет, разница по полу была недостоверной.

Поставленная цель достигалась тем, что под эндотрахеальным наркозом и инфильтрационной анестезией производился забор хрящевого ауто трансплантата из трагуса ушной раковины (рис.3), соответствующий размеру перфорации. Затем производилась отслойка мукоперихондрия перегородки носа с обеих сторон, выполняемой при типичной септопластике для полного обзора перфорационного отверстия и остова носовой перегородки.

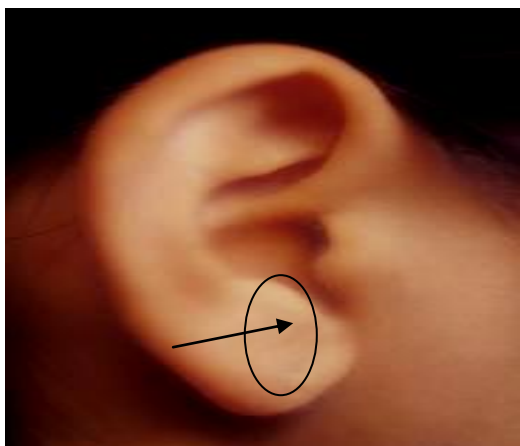


Рисунок 3 - Ауто трансплантат из трагуса ушной раковины

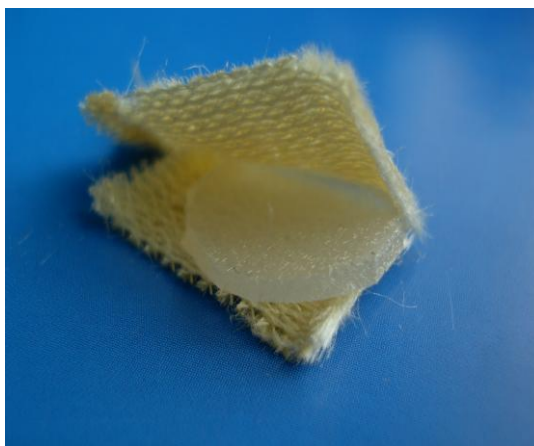


Рисунок 4 - Дуплет из материала «Серджисел» и хрящевого ауто трансплантата

Хрящевой ауто трансплантат укладывался между двумя поверхностями «Surgicel» (рис.4). В этом дуплете данная конструкция помещалась в область дефекта так, чтобы края материала «Surgicel» ложились на 2-3мм глубже субперихондриально по всей окружности перфорации. Далее формировали несколько лоскутов из мукоперихондрия перегородки носа и транспозиционным путем закрывали дефект, сопоставляя их края с подшиванием к материалу «Surgicel». Операция заканчивалась установкой силиконовых сплинтов, фиксированных П-образным сквозным швом, длительностью до 3-4 недель (рис.5).

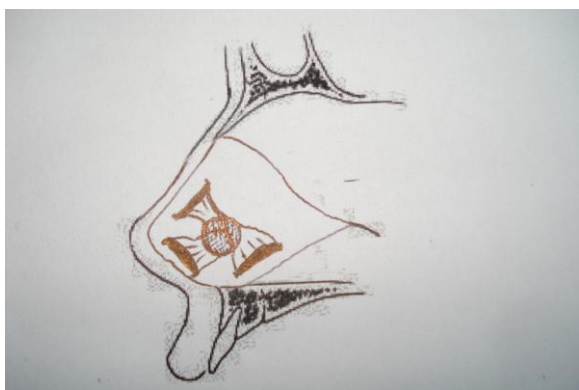


Рисунок 5 - План выполнения операции

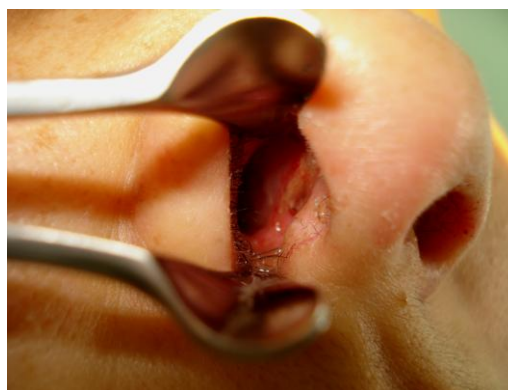


Рисунок 6 - Полное закрытие ППН

Всего нами прооперировано 7 пациентов, послеоперационный период у которых протекал гладко.

Наблюдение за пациентами в течение полугода показало полное заживление у 4 (57,1%), закрытие перфорации (частично или на половину) - у 2 (28,6%) пациентов. У одного пациента перфорация не закрылась, что объясняется тотальным размером перфорации до 3,0 см.

Заключение. Таким образом, опыт проведенных нами операций по устранению перфорации перегородки носа с использованием аутокани пациента позволяет считать их эффективными при небольшом дефекте (не более 3см), так как устраняется дефект перегородки носа с восстановлением его функции. Метод считается альтернативным и может быть использован хирургами для улучшения результатов оперативного лечения.

Түйін

А.Б. АМАНҒАЛИЕВ, С.С. ЖӘКЕНОВА, Г.Е. АМАНҒАЛИЕВА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

МҰРЫН ДАЛДАСЫН ТЕСУДІҢ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ПЛАСТИКАСЫ

Жұмыста «Серджисел» материалынан алынған дуплетті және құлақ қалқасы трагусының шеміршегінен алынған аутогін - аутотрансплантатты пайдалана отырып, мұрын далдасын тесу кезіндегі хирургиялық түзету тәжірибесі келтірілген. Мұрын функциясын қалпына келтіре отырып, аздаған кемістігі бар (3 см-дан аспайтын) әдістің тиімділігі көрсетілген.

Түйін сөздер: мұрын далдасын тесу, «Серджисел» материалынан аутопластика, тиімділік.

Summary

A.B. AMANGALIUEV, S.S. ZHAKENOVA, G.E. AMANGALIUEVA

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

ENDOSCOPIC PLASTIC PERFORATIONS NASAL SEPTUM

This case presents the experience of surgical correction of nasal septum perforation using a doublet of material "Surgicel" and autogenous tissue- autograft of tragusa ear. The efficiency of the method with a small defect (less than 3 cm), with the restoration of function of the nose.

Keywords: perforation of the nasal septum, autoplasty, material «Surgicel», effectiveness.

УДК 617.547

В. В. БАЛКОВОЙ

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИСКЭКТОМИИ ПРИ ГРЫЖАХ ПОЗВОНОЧНИКА

Представлены результаты микроскопической микродискэктомии в лечении грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне у 101 больного. В группе оперированных пациентов болевой корешковый синдром регрессировал у 97 (96,0%) больных. Повторные операции по поводу рецидива болевого синдрома произведены у 4 пациентов, что составило 4,0% случаев. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6 дней. Применение микродискэктомии позволяет уменьшить размеры кожного разреза, травматизацию паравертебральных мягких тканей и нервных структур, позволяет сократить сроки стационарного лечения.

Ключевые слова: микроскопическая микродискэктомия, грыжа межпозвонковых дисков, корешковый синдром.

Введение. Среди современных технологий удаления грыж поясничных дисков наибольшее распространение в клинической практике получили минимально-инвазивные методы, такие, как микродискэктомия, эндоскопическая нуклеотомия, лазерная нуклеотомия и хемонуклеолиз. По данным ряда авторов, лучшие результаты оперативных вмешательств получены у больных, которым проводилась микродискэктомия. Повторные операции при использовании микрохирургического метода составляют всего около 4% случаев, тогда как при эндоскопической и лазерной нуклеотомии этот показатель варьирует от 14% до 18%, а при хемонуклеолизе достигает 17% [1,2,3].

Цель исследования - анализ результатов оперативного лечения больных с грыжами поясничных дисков на основе собственного опыта применения микрохирургической технологии.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении ЦКБ микродискэктомия на поясничном уровне с использованием заднего доступа была произведена 101 пациенту, из них женщин оперировано 43 (42,6%), мужчин – 58 (57,4%). Возраст оперированных больных варьировал от 26 лет до 90 лет. По уровню оперативного вмешательства распределение было следующим: L3-L4 - 6 (5,9%); L4-L5 - 28; L5-L6 - 3; L5-S1 - 49; два смежных уровня - 15 пациентов. Основным показанием к хирургическому лечению данным методом при поступлении больных в стационар было наличие в клинической картине резистентного к консервативному лечению компрессионного корешкового синдрома при отсутствии признаков нестабильности. Для уточнения формы и локализации грыжи межпозвонкового диска использовали современные методы лучевой диагностики: позитивная миелография, МРТ- или КТ- исследование.

Микродискэктомию производили с помощью операционного микроскопа и набора специальных микрохирургических инструментов под эпидуральной анестезией (ЭПДА) в положении больного лежа на животе. Для минимально-инвазивного доступа к междужковому промежутку использовали ранорасширитель Каспара.

Хирургическую тактику определяли в зависимости от локализации и формы грыжевого выпячивания. При выполнении дискэктомии использовали разработанную нами микрохирургическую технику декомпрессии нервно-сосудистых образований позвоночного канала. Кроме этого, в половине случаев удаляли не только грыжевые секвестры, но и всю дегенеративно-измененную часть пульпозного ядра. Для образования в последующем фиброзного блока максимально сохраняли кортикальные пластинки тел смежных позвонков.

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения изучали по принятым критериям [4]: 1) наличие и характер болевого синдрома (корешковый, миосклеротомный), 2) нарушение движений в оперированном отделе позвоночника, 3) наличие неврологических расстройств, 4) сроки восстановления трудоспособности после операции, 5) возможность выполнения прежней работы на производстве и в быту, либо необходимость ее облегчения, 6) данные лучевых методов диагностики.

Оценивая ближайшие результаты лечения на момент выписки пациента из стационара, учитывали наличие и характер болевого синдрома, а также неврологические расстройства. При изучении отдаленных результатов использовались все перечисленные показатели.

Одновременно проводили сравнительный анализ результатов с контрольной группой больных, оперированных различными модификациями традиционной декомпрессивной ламинэктомии, такими как гемиламинэктомия, частичная гемиламинэктомия и интерламинэктомия.

Результаты и обсуждение. При оценке ближайших результатов оперативного лечения признаки нестабильности позвоночного двигательного сегмента в послеоперационном периоде отмечены только у одного пациента с грыжей диска L5-S1.

Корешковая боль полностью купирована у 74 % пациентов, значительное уменьшение интенсивности корешковой боли отмечено у 23%, динамика в отношении корешковой боли отсутствовала у 3%. Полный регресс двигательных и чувствительных нарушений отмечался у 33% пациентов, неполное восстановление - у 53%, отсутствие неврологической динамики - у 14 %. К работе через три месяца после операции приступили 82,1 % работоспособных пациентов.

Применение минимально-инвазивной технологии позволило проводить раннюю активизацию больных. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6 дней.

Повторные операции по поводу рецидива болевого синдрома произведены у 4 пациентов, что составило 4,0% случаев.

Сравнительный анализ показал статистически достоверное преимущество микрохирургического метода ($P < 0,001$), так как он позволяет уменьшить размеры кожного разреза, травматизацию паравerteбральных мягких тканей и нервных структур, а также сократить сроки стационарного лечения.

Заключение. Таким образом, результаты, полученные при использовании микродискэктомии у больных с грыжами межпозвоночных дисков на поясничном уровне, доказывают ее высокую эффективность и целесообразность широкого применения с целью улучшения результатов оперативного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мусалатов Х.А., Аганесов А.Г. Хирургическая реабилитация корешкового синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.- М.: Медицина.- 2009.- 144 с.

2 Холодов С.А. Микрохирургия дискогенных заболеваний поясничного отдела позвоночника: современное состояние проблемы//Вопр. нейрохир. -2003. -№ 2. -С. 31-35.

3 Janousek M, Ferrari S, Schmid UD, Bischoff HA, Balsiger M, Theiler R. Optimized assessment of the outcome in patients with radicular back pain of the lumbar spine. The modified NASS questionnaire.//Schmerz.- 2011.- Sep;25(5):552-7. doi: 10.1007/s00482-011-1099-z. German.

4 Хелимский А.М. Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза.- Хабаровск: РИОТИП, 2000. - 256 с.

Материал поступил 13.04.13.

Түйін

В.В. БАЛКОВОЙ

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ОМЫРТҚА ЖОТАСЫНЫҢ ЖАРЫҒЫНДА МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ДИСКЭКТОМИЯ ӘДІСІН ҚОЛДАНУ

101 наукастың бел бөлігіндегі омыртқааралық дискілер жарығын емдеуде микроскопиялық микродискэктомия нәтижелері келтірілген. Операция жасалған емделушілердің 97-де (96,0%) түбіршектік ауырсыну синдромы басылды. 4 емделушіде ауырсыну синдромы қайталанғандықтан операция қайта жасалды, бұл 4,0% жағдайды құрады. Стационарлық емдеудің орташа ұзақтығы 6 күнді құрады. Микродискэктомия теріні кесу көлемін, паравerteбральді жұмсақ тіндерді және нерв құрылымдарын жарақаттауды азайтуға, стационарлық емдеу мерзімін қысқартуға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: микроскопиялық микродискэктомия, омыртқааралық дискілер жарығы, түбіршектік синдром.

Summary

V.V. BALKOVA

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

METHOD OF MICROSCOPIC DISCECTOMY FOR HERNIATED SPINAL

The results of the microscopic microdiscectomy in the treatment of spinal discs herniation in 101 patients. In the group of patients operated on radicular pain syndrome regressed in 97 (96.0%) patients. Repeated surgery of were done for 4 patients, accounting for 4.0% of cases. The average duration of hospitalization was 6 days. Microdiscectomy is reduce the size of the skin incision, paravertebral soft tissue trauma and nerve structures, reduces the time of hospital treatment.

Keywords: microscopic microdiscectomy, herniation of intervertebral discs, radicular syndrome.

УДК: 616.65-006-08:616.693

к.м.н. Ж.К. БАКЫТ¹, к.м.н. Е.Р. ЖИЕНБАЕВ, к.м.н. У.Ж. БАЛПУКОВ,
Р.Т. ШЕРХАНОВ, Б.А.НУРИДИН, Е.А. БИЛЯЛОВ

Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики ¹
Казахстан, Медицинский университет Астана

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВОЗРАСТНОМ ГИПОГОНАДИЗМЕ

В исследовании приняли участие 34 мужчины с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и андрогенным дефицитом. Пациенты получали Небидо® совместно с Омником и Проскаром в течение 6 месяцев. При контрольном обследовании через 6 месяцев у пациентов отмечена нормализация значений расчётного свободного тестостерона, улучшение половой функции и мочеиспускания.

Ключевые слова: андрогенный дефицит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, гипогонадизм, комбинированная терапия.

Введение: Возрастной гипогонадизм (ВГ) – это клинические и биохимические расстройства, возникающие у мужчин в зрелом возрасте и характеризующиеся недостаточностью андрогенов в сыворотке крови, сопровождающиеся снижением чувствительности организма к андрогенам, что может существенно привести к значительному ухудшению качества жизни, неблагоприятно сказаться на функциях многих систем организма [1,2,3,4,5].

Снижению андрогенов способствуют, приобретённые в течение жизни, соматические заболевания [6,7,8,9,10]. Основную группу заболеваний, оказывающих влияние на синтез тестостерона, составляют метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа, гипертиреоз, алкоголизм [11,12,13,14].

Мужчины от 46 до 55 лет выделены в «Группу риска». Так как, именно в этом возрастном диапазоне наблюдались интенсивное нарастание и пик изменений в мочеполовой системе:

- выраженные симптомы нарушения нижних мочевых путей,
- увеличение объёма предстательной железы на 16,8%,
- повышение концентрации глобулина, связывающей половой гормон (ГСПГ) на фоне нормального уровня общего тестостерона в сыворотке крови и низких значений расчётного свободного тестостерона [15,16,17].

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 34

мужчины с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и андрогенным дефицитом. Критериями включения в исследование были: пациенты, ранее получившие полный курс, 4 инъекции, пролонгированного тестостерона ундеканоат, с торговым названием Небидо® и отсутствием признаков рака предстательной железы.

Возраст пациентов составил от 56 до 73 лет, в среднем $61,9 \pm 5,3$ лет. У всех пациентов диагностировались доброкачественная гиперплазия предстательной железы и выраженные симптомы нарушения функций нижних мочевых путей. На момент исследования никто из них в оперативном лечении не нуждался.

До начала исследования провели обследование, включающие клинические и биохимические анализы крови; ГСПГ, общий тестостерон, лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ) гормоны, пролактин, определение уровня простато-специфического антигена (ПСА). Выполнили трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы.

Пациенты получали Небидо® совместно с Омником и Проскаром в течение 6 месяцев. Контрольные осмотры проводились через 6 месяцев от начала исследования. Анализировались данные общего и расчётного свободного тестостерона, ГСПГ, ФСГ, ЛГ, пролактина и ПСА.

Данные ТРУЗИ предстательной железы. Исходные размеры предстательной железы от 30 см^3 до $65,2 \text{ см}^3$. Средний объём предстательной железы в начале лечения составил $47,9 \pm 4,25 \text{ см}^3$. У всех пациентов диагностировались увеличение центральной части железы за счёт аденоматозных узлов, диффузных кальцинатов и отсутствие остаточной мочи.

Результаты ТРУЗИ предстательной железы и гормональных исследований до и через 6 месяцев после начала терапии представлены в таблицах 1 и 2.

Несмотря на наличие клинических симптомов андрогенного дефицита исходный уровень общего тестостерона у всех пациентов находился в пределах допустимой нормы.

Лабораторная диагностика андрогенного дефицита основывалась на низком уровне расчётного свободного тестостерона, что наглядно демонстрируется в таблице 1.

Таблица 1 - Результаты гормональных исследований до и через 6 месяцев после начала комбинированной препаратами Небидо, Омник и Проскар

Наименование группы Возраст	Число пациентов	Период терапии	Общий тестостерон	Расчётный свободный тестостерон	ГСПГ	ФСГ	ЛГ	Пролактин
			nmol/L	ng/ml	nmol/L	mME/ml	mME/ml	mME/ml
I группа 58-73 лет	20	до лечения	$13,5 \pm 0,6$	$1,2 \pm 0,3$	$45,1 \pm 1,3$	$5,9 \pm 1,5$	$3,2 \pm 1,3$	$275,9 \pm 1,4$
		через 6 месяцев	$18,5 \pm 1$	$2,6 \pm 0,2$	$38,6 \pm 1,3$	$10,1 \pm 1,1$	$4,4 \pm 1,5$	$212,8 \pm 1,2$
II группа 56–59 лет	6	до лечения	$11,7 \pm 2,2$	$1,5 \pm 1,9$	$27,58 \pm 2,8$	$3,4 \pm 0,9$	$2,9 \pm 1,1$	$219,6 \pm 1,6$
		через 6 месяцев	$22,3 \pm 2,1$	$5,3 \pm 1,1$	$32,9 \pm 3,1$	$6,0 \pm 0,8$	$1,3 \pm 1,2$	$221,9 \pm 1,9$

III группа 60-73 лет	8	до лечения	16,1± 0,3	1,3±0,1	55,5±1,6	3,5±1,5	2,4±1,2	326,3±2,1
		через 6 месяцев	21,3± 0,8	3,6±0,3	42,3±2,3	4,4±1,1	3,8±1,3	319,3±3,1

Таблица 2 - Средний объём предстательной железы до и через 6 месяцев после начала терапии препаратами Небидо, в комбинации с Омник и Проскар

№ груп-пы	Возраст	Общее число пациентов	Объём железы до лечения см ³	Объём железы через 6 месяцев лечения см ³	Уменьшение объёма железы через 6 месяцев терапии	Увеличение объёма железы через 6 месяцев терапии
1	58 - 73	20	42,1 ± 3,6	32,6 ± 2,6	20,9%	
2	56 – 59	6	61,0 ± 0,6	32,9 ± 2	45,7%	
3	60 - 73	8	33,1 ± 2,1	39,0 ± 3,4		14,7%
			P ≤ 0,05			

Результаты и обсуждение. При контрольном обследовании через 6 месяцев у пациентов отмечена нормализация значений расчётного свободного тестостерона, улучшение половой функции и мочеиспускания. В то же время контрольное ТРУЗИ предстательной железы показало неоднозначные результаты. Объём предстательной железы уменьшился у 26 (76,5%) мужчин, у 8 (23,5%) пациентов наоборот – увеличился.

По результатам изменений объёмов предстательной железы пациенты условно были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 20 (58,8%) мужчин в возрасте 58 – 73 лет. Объём предстательной железы уменьшился на 20,9%. Вторая группа образовалась из 6 (17,6%) мужчин 56–59 лет, пришедших на лечение из «Группы риска» со снижением величины предстательной железы на 47,5%. Пациенты 1-ой и 2-ой групп на повторный курс ЗГТ обратились через 8 – 12 месяцев после окончания 1 курса, 4 инъекции Небидо. Третью группу составили 8 (23,5%) пациентов, у которых предстательная железа увеличилась на 14,7%; на повторное лечение андрогенного дефицита обратились через 1,5–2 года.

Обращает на себя внимание то, что при однородности возрастного состава наилучшая эффективность терапии отметилась во второй группе, уменьшение объёма предстательной железы на 47,5%, где исходные размеры железы были самыми большими: 61,0 ± 0,6 см³. Это как раз те пациенты, которые в предыдущем исследовании были в составе «Группы риска» со средним объёмом предстательной железы на то время 27,16±4,1см³. Возможно, на результат лечения в этой группе оказал самый короткий стаж андрогенного дефицита и недолговременный перерыв между курсами ЗГТ.

В исследовании участвовали 2 пациента с сахарным диабетом 2 типа. У одного, в возрасте 65 лет с исходным расчётным свободным тестостероном 0,9 нг/мл, объём предстательной железы уменьшился на 5,9% с 32,0 см³ до 30,1 см³. У второго пациента с исходным расчётным свободным тестостероном 0,6 нг/мл, размер предстательной железы наоборот увеличился на 25% с 24,0 см³ до 32,2 см³. Перерыв между курсами заместительной андрогенотерапии в первом случае составил 8 месяцев, во втором – 2 года.

В исследовании самыми старшими по возрасту были 2 пациента 73 лет, показавшие абсолютно разный результат. Так, у одного объём предстательной железы уменьшился вдвое с 47,4 см³ до 20,3см³. Данные расчётного свободного тестостерона с исходных 0,8 нг/мл поднялись до 2,8 нг/мл. У другого мужчины железа на 4,8% стала больше и

увеличилась с 37,5 см³ до 39,3см³. В процессе лечения значения расчётного свободного тестостерона не достигли желаемого результата и повысились с 0,1 нг/мл до 1,1 нг/мл, к тому же перерыв между приёмами андрогенов во втором случае составил чуть больше 2-х лет.

Заключение. Несмотря на неоднозначные итоги заместительной гормонотерапии возрастного гипогонадизма с доброкачественной гиперплазией предстательной железы тестостерон ундеcanoатом в комбинации с Омником и Проскаром, данный метод терапии можно считать эффективным и целесообразным.

На результат терапии возрастного гипогонадизма с ДГПЖ влияет стаж андрогенного дефицита и длительность перерыва между курсами ЗГТ. Об этом свидетельствуют результаты во второй группе, получившие первый курс ЗГТ в более молодом возрасте (Группа риска) и, обратившиеся не позднее 1 года после повторного снижения значений расчётного свободного тестостерона. Удлинение паузы между курсами ЗГТ не приведёт к положительным результатам.

Данное предположение требует дальнейшего изучения, так как неизвестно, сможет ли экзогенное введение тестостерона, в комбинации с ингибиторами 5- α -редуктазы и α -1-адреноблокаторами реабилитировать развившийся гормональный дисбаланс и изменения в предстательной железе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э., Дарагма Г.И. Функция нижних мочевых путей у больных с неудовлетворительными результатами оперативного лечения ДГПЖ. Материалы пленума РОУ. СПб., 2008. - С. 142, 3.
- 2 Урология. Национальное руководство. Под ред. Н.А.Лопаткина М. : ГЭОТАР – Медиа, 2009.
- 3 Аляев Ю.Г., Григорян В.А. Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. М.: Литера, 2006. - С. 10-16.
- 4 Урология. Клинические рекомендации. Под ред. Н.А. Лопаткина. М. : ГЭОТАР – Медиа, - 2007. - С.112-113.
- 5 Морозов А.А., Крстич М., Морозов А.П., Яновой А.Г. XII съезд Российского общества урологов. Материалы. Москва. 2012. С. : 99 – 100.
- 6 А.А. Камалов, Д.А. Охоботов, Б.Е. Осмоловский. Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильная дисфункция. XII съезд Российского общества урологов. Материалы. Москва. 2012. С. : 30 – 31.
- 7 М.К. Алчинбаев, А.М. Мохаммад, Т.Э. Хусаинов, К.Т. Надыров. Современные подходы в диагностике и лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Клиническое руководство. Алматы. 2011. С. – 69 - 80.
- 8 Б.У Шалекенов, А.Г. Асубаев, Б.К. Досхожаев и другие. Приверженность лечению у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы при терапии препаратом Дальфаз СР 10 мг. Международный профессиональный журнал. Репринт 2012. Медицина. 2012. С : 1 – 5.
- 9 Clarke JC. Clarke H Jr. Combination 5-alpha-reductase inhibitors and alpha-blockers for treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. [Review] [11 refs]. Source Current Urology Reports. 9 (4) : 291 - 4, 2008 Jul.
- 10 Oelke M., Alivizatos G. et al. Bening prostatic hyperplasia // Guidelines of EAU, 2009. - С. 26-28.
- 11 Takahashi S, Yamaguchi K. Sakura Clinical Study Group. Treatment of benign prostatic hyperplasia and aging : Impacts of alpha - 1 blockers on sexual function. J Mens Health. 2011 ; 8 : S. 25 – 8.
- 12 Васильев Ю.В., Светлова Л.Н. Коррекция андрогенодефицита при хирургическом лечении аденомы предстательной железы на догоспитальном этапе. Материалы VI

Российского конгресса «Мужское здоровье» с международным участием. М., 2010 ; 296 – 7.

13 Борисов В.В., Калинин С.Ю., Шилов Е.А. и другие. Возрастной андрогенный дефицит : реальность и перспективы. Врач. 2007 ; 2 : 3 – 7.

14 Калинин С.Ю., Тюзиков И.А. Практическая андрология. М. : Практическая медицина, 2009. С. 225 – 32.

15 Тюзиков И.А. Новые патогенетические подходы к диагностике заболеваний предстательной железы у мужчин с ожирением, андрогенным дефицитом и диабетической нейропатией. // Андрология и генитальная хирургия. 2011 ; 4 : 34 – 9.

16 Kalinchenko S, Vishnevsky EL, Koval AN, et al. Beneficial effects of testosterone administration on symptoms of the lower urinary tract in men with late-onset hypogonadism: a pilot study. // Aging Male 2008 ; 11 : 57 – 61.

17 Калинин С.Ю., Тюзиков И.А., Греков Е.А., Ворслов Л.О., Фомин А.М., Тишова Ю.А. Комбинированная терапия андрогенами и ингибиторами 5- α -редуктазы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы у пациентов с возрастным гипогонадизмом: целесообразность, эффективность и безопасность. Consilium Medicum. Урология. 2012 ; 7 : 14, С. 10 – 18.

Материал поступил 02.04.13.

Түйін

М.Ғ.К. Ж.К. БАҚЫТ¹, М.Ғ.К. Е.Р. ЖИЕНБАЕВ, М.Ғ.К. У.Ж. БАЛПЫҚОВ, Р.Т. ШЕРХАНОВ, Б.А. НУРИДИН, Е.А. БИЛЯЛОВ
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Ауруханасы¹
«Астана медицина университеті» АҚ

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ГИПОГОНАДИЗМ КЕЗІНДЕГІ ҚУЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРСІЗ ГИПЕРПАЗИЯСЫНЫҢ КОМБИНИРЛЕНГЕН ТЕРАПИЯСЫ

Зерттеуге қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясымен және андроген жетіспеушілігімен 34 ер адам қатысты. Науқастар Небидо®, Омник және Проскар дәрілерді 6 ай бойы қабылдаған. 6 айдан кейін қорытынды бақылаулар еркін-тестостерон деңгейі қалыпты көрсеткіштерге жеткені, жыныс функциясының және зәр шығару жақсарғаны байқалған.

Түйін сөздер: андрогенді тапшылық, қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы, гипогонадизм, комбинирленген терапиясы.

Summary

PhD G.K. BACIT¹, PhD E.R. GIENBAEV, PhD U.G. BALPUCOV, R.T. SCTRHANOV, B.A. NURIDIN, E.A. BILJALOV
Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan¹, Astana Medical University

COMBINATION THERAPY OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA WITH AGE HYPOGONADISM

34 patient with benign prostate hyperplasia and with androgenic deficit was included in this study. During 6 month patients takes treatment with Nebido®, Omnic and Proscar. At follow-up at 6 month was found normal levels of free testosterone and improvement of sexual function and micturition.

Keywords: androgen deficiency, of benign prostatic hyperplasia, hypogonadism, combination therapy

УДК 616.34:616-008.87

Ю.С. ДОВГАНИЧ, к.м.н. П.О. КОЛЕСНИК, к.м.н. С.В. САРСЕНОВА,
С.Г. МЕДВЕДЬ

Ужгородский национальный университет, Институт последипломного образования
и доуниверситетской подготовки, г.Ужгород.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПАТОГЕННЫМИ ШТАММАМИ H. PYLORI БОЛЬНЫХ С ДИСПЕПСИЕЙ

В статье представлены результаты изучения частоты поражения патогенными штаммами *Helicobacter pylori* пациентов, имеющих диспептические жалобы. Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте выявления патогенных штаммов *Helicobacter pylori* у больных с диспепсией, как в группе нелеченных, так и в отдаленный период после эрадикации.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, патогенный штамм, диспепсия.

Тема диспепсии является чрезвычайно актуальной, ведь диспептические расстройства относятся к числу наиболее частых гастроэнтерологических жалоб. В странах Западной Европы они встречаются примерно у 30-40% населения и является причиной 4-5% всех обращений к врачам общей практики. В некоторых странах Азии частота синдрома диспепсии в популяции достигает 61%. Наличие диспепсических симптомов значительно снижает качество жизни таких больных [1]. Мета-анализ работ по частоте выявления *Helicobacter pylori* (НР) у больных с функциональной диспепсией свидетельствует о том, что, по данным большинства авторов, инфекция НР у таких пациентов выявляется достоверно чаще (у 60-65%), чем в общей популяции. Согласно современным представлениям, одним из показаний к эрадикационной терапии является диспепсия, ассоциированная с НР. В настоящее время, для лечения НР-инфекции, применяется тройная или квадротерапия без последующего долечивания ингибиторами протонной помпы [2,3]. К преимуществам эрадикационной терапии НР относят предотвращение образования пептических язв, развития атрофического гастрита и рака желудка, а также частое исчезновение диспептической симптоматики [4]. Успешная эрадикация НР не является гарантией стерильности слизистой желудка в отдаленный период после лечения. Со временем нередко наблюдаются рецидивы и реинфицирование НР. По результатам опубликованных исследований, через 3 года после успешной эрадикации, НР обнаруживался у 32% пациентов, а рецидивы язвенной болезни (ЯБ), за это время, наблюдаются у 30 % больных [5]. В другом исследовании украинских авторов, через 5 лет после эрадикационной терапии, реинфицирование НР было выявлено у 82-85% больных, а через 7 лет - у 90,9%, причем в 71,4 % инфекция спровоцировала рецидив ЯБ. Согласно результатам исследования, проведенного в Украине (Т. В. Бондаренко, 2005), из 137 человек почти половина (45 %) больных, пролеченных от НР, оказываются в отдаленный период после эрадикации НР-позитивными, несмотря на то, что эффективность первичной эрадикационной терапии составила 89% [6]. Полное устранение диспептических жалоб, после проведения эрадикационной терапии НР, отмечалось только у 20-40% пациентов с ФД. Следовательно, вопрос о целесообразности эрадикационной терапии при диспепсии является дискуссионным. Ряд авторов (L.E. Mazzoleni, Бразилия, 2011; J.Koskenpato, Финляндия, 2001; R.F. Harvey, Великобритания, 2010), которые проводили исследования с большим количеством людей, доказывают целесообразность эрадикационной терапии НР, в связи с очевидным регрессом симптоматики. Другие исследователи (H.R. Koelz, Швеция, 2003; P. Moayyedi, Великобритания, 2001; J.P. Gisbert, Испания, 2002; P. Moayyedi, Великобритания, 2000; L. Laine, США, 2001), на основе масштабных исследований, наоборот доказывают нецелесообразность эрадикационной терапии, в

связи с незначительной разницей в регрессе симптоматики диспепсии, при сравнении пациентов группы, прошедшей эрадикационную терапию с группой контроля. Несмотря на то, что элиминация НР, в большинстве случаев, приводит к постепенной редукции явлений воспаления и нормализации процессов обновления эпителиоцитов, у значительной части пациентов сохраняется эксхеликобактерный гастрит, морфологической основой которого служит мононуклеарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки. Его длительная персистенция создает условия для прогрессирования структурных изменений в постэрадикационном периоде, даже при отсутствии инфекционного фактора [7,8]. Следовательно, возникает вопрос о целесообразности проведения эрадикационной терапии НР у больных с диспепсией. Эрадикационная терапия НР при диспепсии показана, согласно Маастрихтскому консенсусу гастроэнтерологов- 4 (2011) , поскольку эрадикация НР вызывает длительное облегчение симптомов диспепсии у 1 из 12 пациентов, инфицированных НР (1, А), и приносит дополнительную клиническую и экономическую пользу профилактики рака желудка (1, А) [9]. Отмечено, что при решении вопроса целесообразности эрадикации НР, необходимо учитывать патогенность штаммов НР. Также нужно учитывать патогенность штаммов НР, потому что по данным различных исследований, 60-90% больных раком желудка, поражены патогенными штаммами НР [12;13]. На сегодня считается, что не все штаммы НР имеют одинаковую вирулентность. Известно, что наиболее вирулентные - VacA положительный и CagA положительный типы. Именно эти штаммы стимулируют синтез эпителием желудка провоспалительных медиаторов - цитокинов с последующей инфильтрацией слизистой оболочки воспалительными клетками и высвобождением реактивных метаболитов кислорода [10,11]. Вызывает интерес изучение частоты поражения населения патогенными штаммами НР и отдаленные последствия эрадикационной терапии. Цель работы: Исследование частоты выявления патогенных штаммов НР среди больных с диспепсией и постэрадикационного синдрома после успешной эрадикации.

Материалы и методы: Нами было обследовано 75 человек, которые находились на диспансерном учете в амбулатории семейной медицины в городе Ужгороде. Среди них: 41 женщина и 34 мужчины; возраст пациентов -12 до 72 лет, средний возраст составил 42. Среди обследованных 27 пациентов прошли эрадикационную терапию в прошлом. Кроме выяснения жалоб и анамнеза заболевания, общеклинического обследования, всем больным определялся суммарный уровень антител IgG к НР с помощью тест-системы иммуноферментного анализа (ImmunoComb II, Израиль). Кроме того, для изучения частоты поражения патогенными штаммами НР, исследовался уровень антител к VacA, CagA - штаммам в сыворотке венозной крови методом иммуноферментного анализа (Вектор-Бест, Россия). Контроль эффективности эрадикации НР проводился через 4 недели после применения тройной схемы эрадикационной терапии с помощью исследования фекального антигена НР (тест-система Farmasco, Испания) С целью серологического мониторинга анти-НР иммуноглобулинов, через полгода и более после эрадикации нами повторно определялись титры общих IgG к НР.

Результаты исследований и их обсуждение. Частота инфицирования патогенными штаммами НР среди тематических пациентов составила 60% (рис.1).

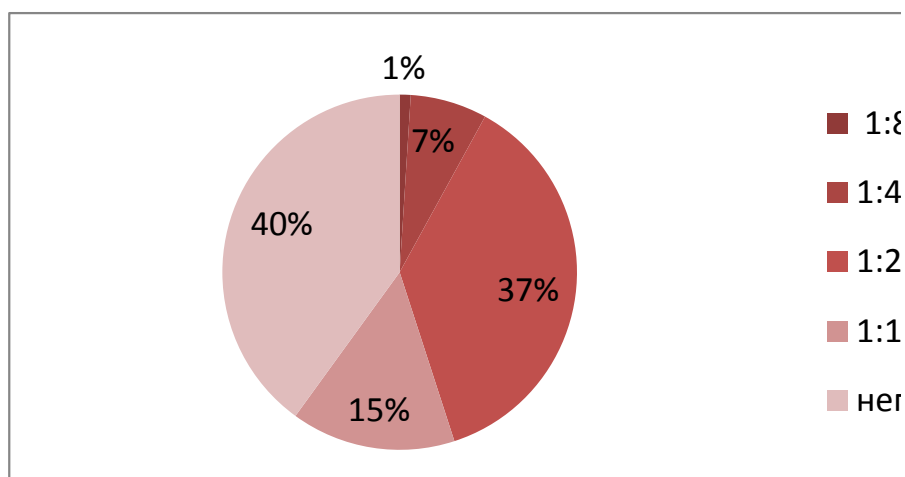


Рисунок 1 - Частота выявления IgG к пат.штамам НР у тематических пациентов

Не выявлено достоверных различий в частоте поражения патогенными штаммами у женщин (56 %) и мужчин (44%). Наибольшая частота инфицирования патогенными штаммами НР была определена у пациентов средней возрастной группы. Отсутствие инфицирования патогенными штаммами НР в 1,5 раза чаще наблюдался в группе пациентов с диспепсией, по сравнению с группой с эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ, а средний уровень титров IgG к Нр (1:40 ЕД/мл) в 2 раза чаще встречался в группе пациентов с ЯБ желудка и ДПК (рис. 2).

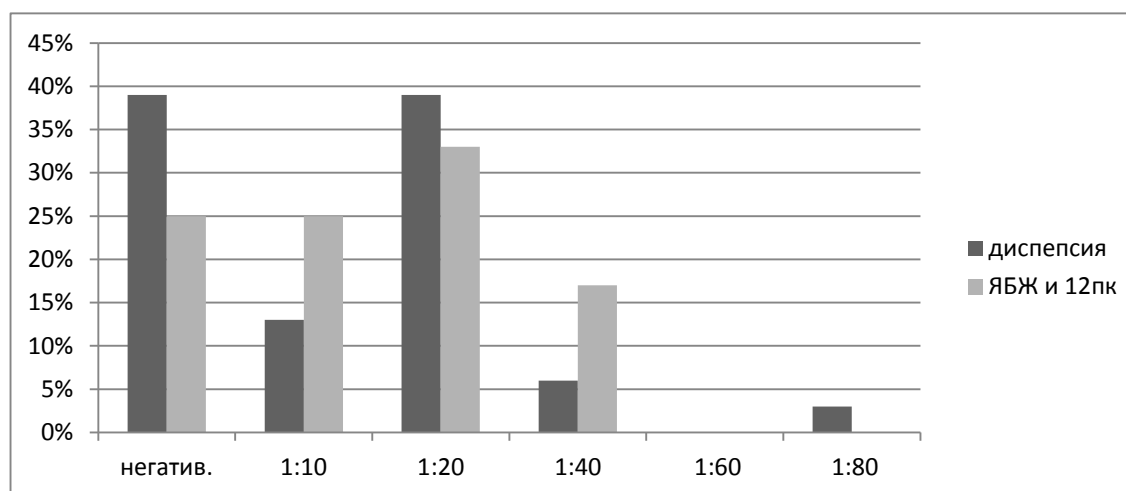


Рисунок 2 - Сравнительная характеристика частоты выявления Ig G к пат.штаммам НР у пациентов с диспепсией и ЯБЖ и 12ПК

Обнаружен высокий уровень корреляции между показателем уровней титров патогенных штаммов (VasA, SagA) и титром общих IgG к НР (рис. 3). В отдаленный период после успешно проведенной эрадикационной терапии, 50% пациентов отмечали повторное появление диспептических жалоб, а симптоматика ГЭРБ наблюдалась у 30 % успешно пролеченных пациентов.

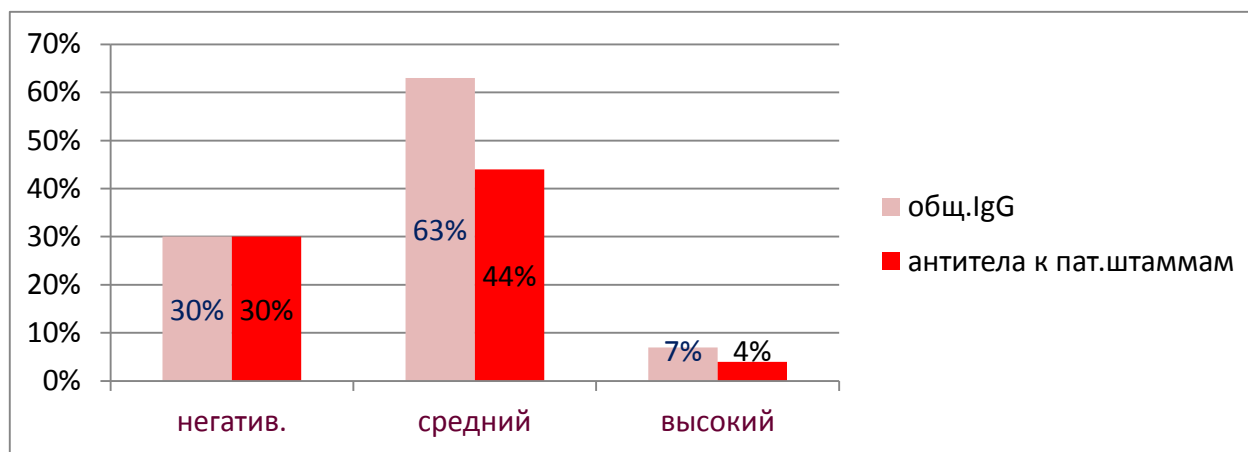


Рисунок 3 - Сопоставление уровня титров общих анти-Нр IgG и антител к патогенным штаммам Нр

Выводы. В связи с высокой частотой эрозивно-язвенных процессов гастродуоденальной зоны у пациентов, инфицированных патогенными штаммами Нр (60%), считаем целесообразным обязательное обследование пациентов на *VacA* и *CagA* – инфицированность, с последующим проведением у них эрадикационной терапии. Успешная эрадикация Нр не всегда устраняет клинические проявления диспепсии. Среди обследованных пациентов в отдаленный период после успешно проведенной эрадикационной терапии, 50% пациентов повторно предъявляли диспептические жалобы, а симптоматика ГЭРБ наблюдалась у 30 % пролеченных больных, что требует разработки комплекса дополнительных лечебных мероприятий в отдаленный постэрадикационный период.

Перспективы дальнейших исследований. В перспективе планируется увеличение числа исследуемых с оценкой инфицирования и реинфицирования их *VacA* и *CagA*-штаммами Нр. Представляет интерес изучение патогенеза эксгеликобактерных состояний у этих больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ивашкин, В. Т. Избранные лекции по гастроэнтерологии / под ред. В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина. М.: «МЕДпресс», 2001. С. 34–52.
- 2 J. P. Gisbert, X. Calvet, A. O'Connor, F. Mégraud, and C. A. O'Morain, "Sequential therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a critical review,"// *Journal of Clinical Gastroenterology*-2010.- vol. 44.- no. 5.-pp. 313–325.
- 3 P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain et al., "Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report," // *Gut*.- 2007.- vol. 56.- no. 6.- pp. 772–781
- 4 Konturek P.C., Genta M.R., Swaz H.N. Role of *Helicobacter pylori* gastritis atrophy, intestinal metaplasia and gastric neoplasia // *Microsc. Res. Tech.* — 2005. — Vol. 48, № 5. — P. 123-145
- 5 Di Mario F., Dal Bo N., Saladin S. et al. The appearance of GERD in patients with duodenal ulcer after eradication of Нр infection: a 4 year prospective study // *Digestive Disease Week*. — New Orleans, 1998. Abstracts. P. A959
- 6 Бондаренко Т.В. Оптимізація лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки // *Гастроентерологія*. – Дніпропетровськ, 2004. – Вип. 35. – С.425–432

7 Лівзан М.А., Кононов А.В., Мозговий С.І. Постерадикаційний період хронічного гастриту, асоційованого з інфекцією *Helicobacter pylori* // *Consilium medicum*. - 2008. - № 8. - С. 15-20.

8 Y.-Y. Zhang, H. H.-X. Xia, Z.-h. Zhuang, J. Zhong. True' Re-infection of *Helicobacter pylori* after Successful Eradication// *Disclosures Aliment Pharmacol Ther.*- 2009.- v.29.-№2.-145-160.

9 Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV. Florence Consensus Report *Gut* 2012; 61: 646–64.

10 K.Dzierzanowska-Fangrat et al. IgG subclass response to *Helicobacter pylori* and CagA antigens in children.// *Clin Exp Immunol.*- 2003.-V.134.-№3.-P 442–446.

11 В.Д. Пасечников. Основные принципы проведения эрадикационной терапии при *Helicobacter pylori*-ассоциированных гастродуоденальных заболеваниях // *Consilium medicum*. - 2002. – Т. 4.- № 6. - С. 274-280

12 Gomez Rodriguez BJ, Rojas Feria M, Garcia Montes MJ, et al. Incidence and factors influencing on *Helicobacter pylori* infection recurrence. // *Rev Esp Enferm Dig.*- 2004.-v. 96.- № 3.-p.620

13 Leal-Herrera Y. et al., High rates of recurrence and of transient reinfections of *Helicobacter pylori* in a population with high prevalence of infection// *Am J Gastroenterol.*- 2003.- Nov; 98(11):2395-p402.

Материал поступил 28.04.13.

Түйін

Ю.Є. ДОВГАНИЧ, м.ғ.к. П.О. КОЛЕСНИК, м.ғ.к. С.В. СӘРСЕНОВА, С.Г. МЕДВЕДЬ
Ужгород ұлттық университеті, Дипломдық білімнен кейінгі және университет алдығы дайындық институты, Ужгород қ. Украина

ДИСПЕПСИЯ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ H.PYLORI ПАТОГЕНДІ ШТАММЕН ЗАҚЫМДАНУ ЖИЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Диспепсиялық шағымдары бар науқастарда *Helicobacter pylori* патогенді штаммен зақымдану жиілігін зерттеу нәтижелері келтірілген. Зерттеу нәтижелері диспепсия бар науқастарда емделмеген топтарда және эрадикациядан кейінгі мерзімде де *Helicobacter pylori* патогенді штаммен зақымдану жиілігі анықталғанын көрсетті.

Түйін сөздер: *Helicobacter pylori*, патогенді штам, диспепсия.

Summary

YU.E. DOVGANYCH, PhD P.O. KOLESNYK, PhD S.V. SARSENOVA, S.G. MEDVED
Uzhhorod National University, Institute of Postgraduate Education and Pre-University Training,
Uzhhorod, Ukraine

STUDY ON FREQUENCY OF LESION BY PATHOGENIC STRAINS OF H.PYLORI IN CASES OF PATIENTS WITH DYSPEPSIA, AND REMOTE EFFECTS OF ERADICATION THERAPY

The article presents the results of the survey made over 75 patients with dyspeptic complaints. Analyzing the frequency of detection of pathogenic strains of Hp in said patients, it was found that frequency is 60%. Incidence of dyspepsia in period post- eradication is 50%, and the frequency of post - eradication GERD is 30%. Comparing total anti-helicobacteric IgG titers and titers to pathogenic strains of Hp, we found high correlations (i.e. level of first can predict the level of the second).

Key words: *H. pylori*, pathogenic strains, dyspepsia.

УДК 616-035.1

С.Т. ЕРЖАНОВ

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, г. Алматы

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАБОТЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЛАБОРАТОРИИ

В работе проведена сравнительная оценка проведения ангиографического исследования сосудов сердца у 60 пациентов под УЗИ- контролем и без нее. Показано, что ультразвуковая навигация обеспечивает более высокий процент успешных пункций, снижение частоты осложнений и неудачных попыток, а также уменьшение количества времени, затрачиваемого на процедуру.

Ключевые слова: ангиография, сосуды сердца, УЗИ-контроль, навигация, эффективность.

Введение. На сегодняшний день процедура пункции сосудов является стандартной и осуществляется в большинстве своем вслепую, методом пальпации [1, с.23; 2, с.32]. При этом возникает немалый риск осложнений и ошибок, вероятность появления которых не зависит от опыта врача - например, при нестандартных размерах (ожирении) и аномальном или близком расположении вен и артерий у пациента, коллабировании в условиях гиповолемии (особенно при проведении экстренных процедур) и других факторов [3, с.18].

Проведение пункций сосудов под контролем УЗИ помогает уменьшить число осложнений во время операции - повысить безопасность пациента, улучшить клинический исход и увеличить скорость процедуры, а значит сократить время нахождения пациента в стационаре и повысить его доверие к врачу и медицинской организации [4].

Ультразвуковое исследование (сонография) является одним из наиболее информативных методов неинвазивной диагностики в медицине [5,6]. Благодаря тому, что органы и ткани имеют различную проницаемость для ультразвуковых волн, от одних структур волна отражается, другими поглощается, через третьи - проходит практически свободно. Этот принцип эхолокации и был положен в основу УЗИ-сканнеров [3, с.21].

В отличие от других методов лучевой диагностики (флюорографии, рентгениследования, компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса), сонография в тех дозах, которые применяются в УЗИ - безвредна для человека [3, с.25].

Использование ультразвука при доступе к центральным венам было впервые описано в 1990-х [1, с.42]. С тех пор эффективность этой методики была оценена при множестве исследований: Milling с соавторами (1994) и Hilty с соавторами (1997) показали, что использование УЗ-контроля повысило процент успешных манипуляций; уменьшило число попыток при выполнении катетеризации и снизило частоту осложнений. Что особенно важно, установлено, что пульсация на бедре, определяемая во время проведения сердечно-легочной реанимации, часто являлась пульсацией вены, а не артерии. Эта находка подвергла сомнению общепринятые мнения о венозной анатомии при выполнении непрямого массажа сердца и технику направления иглы в медиальном направлении от точки определяемой пульсации во время сердечно-легочной реанимации [2, с.19]. В 2001 году Министерство здравоохранения США опубликовало рекомендации об обязательном использовании УЗИ для контроля при установке центральных венозных катетеров [3, с.22].

В Республике Казахстан использование УЗИ навигации в работе эндоваскулярных хирургов носит единичный характер, что по отношению к количеству процедур, выполняемых в ангиографических лабораториях «слепым» методом, минимально.

Практическая значимость и цель. Учитывая, что наибольшее количество осложнений при проведении ангиографических процедур в мировой статистике связано с пункцией, в данном исследовании мы поставили цель – оценить эффективность УЗИ навигации в работе рентгенэндоваскулярной лаборатории в нашей больнице.

Материально-техническое обеспечение: рентгенооперационная, УЗИ аппарат Aloka prosound α5 SV.

Материалы и методы: за период с января 2013 года по 1 мая 2013 в рентгенлаборатории проведено наблюдение 60 пациентов, которым проводилось ангиографическое исследование сосудов сердца. Мужчин 42 (70%), женщин 18 (30%). Пациенты были разделены на 2 группы, исследование проводилось в плановом порядке. В 1 группе пациентов (30 человек) пункция осуществлялась «слепым» методом, во второй группе, сходной по возрасту, фону и клиническому состоянию (30 человек), исследование проводилось под контролем УЗИ навигации.

Согласно литературным данным [1, с.18; 2, с. 33; 3, с.28], среднее время проведения коронарографии без осложнений составляет 15 минут.

Наши исследования показали, что у 40% пациентов 1 группы время диагностической процедуры удлинилось в связи со сложностью пункции, в среднем, до 35 минут. У 26,7% пациентов 1 группы верифицирована постпункционная гематома до средней трети бедра, в связи с прокалыванием задней стенки бедренной артерии. При этом пациенты испытывали дискомфорт в паховой области при ходьбе. У 3,3% из наблюдавшихся в 1 группе развился паховый лимфаденит, в связи с повреждением лимфоузла Пирогова, что удлинит их лечение в стационаре на 2 дня.

Во второй группе пациентов среднее время коронарографии составило около 12 минут, что, по сравнению с результатами проведения процедуры в 1 группе больных, в 3 раза меньше. При этом лишь у 3,3% (1человек) пациентов диагностирована постпункционная гематома, связанная со смещением давящей повязки, что существенно реже, чем при проведении процедуры без УЗ-контроля.

Таким образом, ультразвуковая навигация обеспечивает более высокий процент успешных пункций, снижение частоты осложнений и неудачных попыток, а также уменьшение количества времени, затрачиваемого на процедуру. Кроме очевидной клинической результативности, новая технология проведения коронарографии под контролем УЗИ, имеет экономический эффект: позволяет избежать возникновения часто встречающихся постпункционных осложнений (гематом, ложных аневризм, пневмоторакса), их лечения и удлинения сроков пребывания больных в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Пункция вен под контролем УЗИ. Приемы сканирования периферических вен. Источник: <http://medicalplanet.su/diagnostica/59.html> MedicalPlanet.

2 Техника УЗИ при сосудистом доступе. Методы катетеризации под узи контролем. Источник: <http://medicalplanet.su/diagnostica/57.html> MedicalPlanet

3 Ультразвуковой контроль манипуляций. УЗИ контроль сосудистого доступа. Источник: <http://medicalplanet.su/diagnostica/55.html> MedicalPlanet

4 О.Дж.Ма, Дж.Р.Матиэр. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине. БИНОМ.- 2007.- 390 с.

5 Jeffrey M. Rothshild. Ультрасонографический контроль катетеризации центральных вен. Новости анестезиологии и реаниматологии.-2007.-N1.-С.49.

6 Биневиц В.М. Пункции и катетеризации в практической медицине// Практическое пособие. - 2003. – 112 с.

Материал поступил 17.04.13.

Түйін

С.Т. ЕРЖАНОВ

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ ЗЕРТХАНА ЖҰМЫСЫНДА УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУДІ ҚОЛДАНУ

Еңбекте УДЗ-мен және УДЗ-сыз 60 емделушіге жүрек тамырларының ангиографиялық зерттеулерін жүргізудің салыстырмалы бағасы келтірілген. Ультрадыбыстық навигация пункциялардың айтарлықтай жоғары пайызымен қамтамасыз ететіндігі, асқыну жиілігінің және сәтсіз әрекеттердің төмендейтіндігі, сондай-ақ емшараға жұмсалатын уақыт мөлшерінің азайғандығы көрсетілді.

Түйін сөздер: ангиография, жүрек тамырлары, УДЗ-бақылау, навигация, тиімділік.

Summary

S.T. ERZHANOV

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

ULTRASOUND RESEARCHES IN THE ENDOVASCULAR LABORATORY

The comparative evaluation of angiographic researches of the heart vessels in 60 patients under ultrasound control and without it. Ultrasonic navigation provides a higher percentage of successful puncture, reducing the frequency of failures and complications, as well as reduction of the time required for the procedure.

Keywords: angiography, cardiac vessels, ultrasound control, navigation, efficiency.

УДК 616.132.147.3-089

к.м.н. К.Р.КАРИБАЕВ, Д.И.МАХАНОВ, А. Н. ЖОТАБАЕВ

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛАССАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Проведен анализ изменений показателей нарушений в системе гемостаза, в зависимости от времени возникновения ранней постинфарктной стенокардии (РПИС) у больных с ОИМ. Изучались основные показатели различных звеньев гемостаза у 68 больных с РПИС в возрасте от 39 до 60 лет в сравнении с практически здоровыми людьми. У всех больных РПИС отмечались выраженные нарушения в различных звеньях системы гемостаза. Нарушения в системе тромбоцитарного гемостаза нормализовались в течение двух недель.

Ключевые слова: ранняя постинфарктная стенокардия, тромбоцитарный гемостаз, фибринолитическая активность плазмы, внутрисосудистое свертывание крови.

Введение. Ранняя постинфарктная стенокардия, как один из вариантов нестабильной стенокардии, выделена относительно недавно [1,2]. Это вызвано тем, что у больных с ангинозными приступами в ранние сроки после перенесенного инфаркта миокарда очень высокий риск осложнений в ближайшие дни и неблагоприятен отдаленный прогноз [3,4]. В патогенезе данного осложнения играют роль различные механизмы, но одними из ведущих являются нарушения в системе гемостаза [5,6]. Изменения тромбоцитарного, сосудистого, коагуляционного звеньев гемостаза у

больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) довольно хорошо изучены различными авторами [7]. Публикаций, посвященных исследованию нарушений системы гемостаза у больных с ранней постинфарктной стенокардией, в зависимости от сроков ее появления, довольно мало.

Цель работы - провести анализ изменений показателей в системе тромбоцитарного гемостаза в зависимости от времени возникновения ранней постинфарктной стенокардии у больных с ОИМ.

Материал и методы. Изучались основные показатели различных звеньев тромбоцитарного гемостаза у 68 больных с ранней постинфарктной стенокардией (РПИС) в возрасте от 39 до 60 лет, которые были включены в 1 группу (общую). Диагноз ОИМ верифицировался общепринятыми методами.

В зависимости от времени возникновения приступов стенокардии исследуемые были разделены на две группы: 2-я группа- 38 пациентов были отнесены к III С классу, высокого риска по классификации E.Braunwald (1998); 3-я группа - 30 больных - ко II С классу, промежуточного риска. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимого возраста.

Все больные получали стандартное лечение, включающее использование нитратов, антикоагулянтов, антиагрегантов, препаратов улучшающих метаболизм миокарда и по показаниям - бета-адреноблокаторов, блокаторов ангиотензин-превращающего фермента.

Исследования крови проводились при поступлении, повторные анализы проводились на 5-й и 15-й дни после госпитализации. Для определения показателей сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза использовались гемолизат-агрегационный тест (ГАТ), время ристомидин-индуцированной агрегации тромбоцитов (РИА) и фактор Виллебранда (ФВ) по методике З.С.Баркагана (1986). Индекс дезагрегации тромбоцитов (ИДТ) и суммарный индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ) рассчитывались по методике Захарьина-Кинах (1979). Плазменно-коагуляционное звено гемостаза оценивали по активированному частичному протромбиновому времени (АПТВ) и протромбиновому времени (ПВ) по В.П. Балуда и соавт. (1980), а также ранним продуктам деградации фибрина (РПДФ) (З.С. Баркаган и соавт, 1988), количественному методу определения растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) с помощью фенантролинового теста по В.А.Елыкомовой и А.П.Момот (1987).

Активность антитромбина III (АТIII) определяли по Abilgaard и соавт. (1979). Фибринолитическая активность плазмы рассчитывалась согласно XII-а-зависимому эуглобулиновому тесту по Г.Ф. Еремину и А.Г. Архипову (1982).

Результаты и обсуждение. У больных РПИС в сравнении с контрольной группой выявлены выраженные нарушения в различных звеньях гемостаза. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели гемостаза у больных с ранней постинфарктной стенокардией различного класса

Показатели	Контрольная группа	РПИС Общая (1 группа)	РПИС Класс IIIС (2 группа)	РПИС Класс IIС (3 группа)	Разница между группами	
					1-3	2-3
ГАТ, с	15,2±0,9	9,0±0,8***	8,7±0,74***	9,5±1,0**		
РИА, с	14,4±0,8	8,4±0,8***	8,1±0,68***	8,9±0,9**		
ФВ, %	77,2±4,8	150,9±13,5***	158,2±12,7***	139,9±12,4**		
СИАТ, %	56,7±3,3	82,5±7,5**	84±7,37**	80,2±9,1*		
ИДТ, %	17,5±1,0	9,7±0,9***	8,1±0,62***	12,0±1,3**		0,05
АПТВ, с	37,2±2,3	27,0±2,4**	24,2±2,09**	31,3±3,3		
ПВ, с	16,3±1,0	10,2±0,9***	9,7±0,84***	10,9±1,2**		

РПДФ, мкг/мл	1,41±0,08	6,3±0,56***	7,9±0,77***	3,9±0,43***	0,01	0,01
РФМК, мкг/мл	37,2±2,3	111,0±9,9***	141,2±12,8***	65,7±6,2**	0,01	0,001
Фибрино-ген, г/л	2,78±0,16	4,29±0,23***	4,48±0,39**	4,01±0,47*		
Фибрино-лиз, мин	4,5±0,3	10,7±1,0***	10,7±1,22**	10,7±1,4**		
АТШ, %	96,7±6,0	48,8±4,4***	45,1±4,02***	54,3±5,2***		
Примечания: * - сравнение с контрольной группой: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001. разница между показателями 1 и 2 групп статистически недостоверны.						

Как видно из таблицы 1 статистически достоверны изменения показателей, указывающих на резко повышенную агрегацию тромбоцитов: уровень СИАТ выше, чем у здоровых в 1,5 раза, время РИА и ГАТ ниже в 1,8 раза. Фактор Виллебранда, маркер повреждения сосудистой стенки коронарных артерий, более чем в 2 раза выше у больных ИБС в сравнении с контрольной группой. Уровень АПТВ достоверно ниже в группе РПИС, что отражает состояние гиперкоагуляции у больных ИБС.

На резкое повышение внутрисосудистого свертывания или тромбинемии, у больных с ранней постинфарктной стенокардией указывают 4 кратное превышение абсолютных величин РПДФ и РФМК, в сравнении со здоровыми лицами.

Значительные нарушения выявлены в системе противосвертывающей и фибринолитической активности плазмы у больных ИБС. Так, в группе РПИС резко снижена активность первичного физиологического антикоагулянта АТ Ш, в сравнении со здоровыми лицами. Снижение фибринолитической активности плазмы доказывается достоверным увеличением времени эуглобулинового фибринолиза у больных ИБС.

При сравнении исходных показателей системы гемостаза у больных с различными классами ранней постинфарктной стенокардией, выявлено статистически достоверное повышение внутрисосудистого свертывания у больных Ш С класса и увеличение индекса дезагрегации тромбоцитов.

Результаты динамического наблюдения за изменениями показателей гемостаза у больных ранней постинфарктной стенокардией ШС класса представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика показателей тромбоцитарного гемостаза у больных РПИС ШС класса

Показатели	Контроль- ная группа	Исходная (1)	5-е сутки (2)	15-е сутки (3)	1-2	1-3	2-3
ГАТ, с	15,2±0,9	8,7±0,7***	10,9±1,2**	14,1±1,3		0,0 5	
РИА, с	14,4±0,8	8,1±0,7***	10,6±1,1**	13,9±1,4		0,0 5	
ФВ, %	77,2±4,8	158,2±13,0***	120,8±10,8** *	100,2±9,2**	0,0 5	0,0 5	
СИАТ, %	56,7±3,3	84±7,4**	76,7±7,1**	69,4±7,5			
ИДТ, %	17,5±1,0	8,1±0,6***	11,6±1,4***	15,1±1,5	0,0 5	0,0 1	
АПТВ, с	37,2±2,3	24,2±2,1**	30,4±2,8	35,9±3,6		0,0 5	
ПВ, с	16,3±1,0	9,7±0,8***	11,3±1,3***	15,2±1,6		0,0 5	
РПДФ, мкг/мл	1,41±0,08	7,9±0,8***	5,52±0,57***	3,48±0,36** *	0,0 5	0,0 1	0,05
РФМК, мкг/мл	37,2±2,3	141,2±12,4***	110,4±10,2**	68,8±6,8***	0,0	0,0	0,05

мкг/мл			*		5	1	
Фибрино-ген, г/л	2,78±0,16	4,48±0,4**	4,22±0,39***	4,00±0,45**			
Фибрино-лиз, мин	4,5±0,3	10,7±1,2**	8,7±1,0***	6,4±0,8*		0,05	
АТШ, %	96,7±6,0	45,1±4,02***	57,3±5,4***	72,7±6,6**		0,05	
Примечание *- сравнение с контрольной группой: * - p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001							

Из таблицы 2 видно, что, несмотря на проводимое лечение, выраженные нарушения в системе гемостаза у больных РПИС сохранялись в течение пяти дней. Показатели всех звеньев гемостаза достоверно отличались от данных контрольной группы. В сравнении с исходными данными, спустя 5 дней, достоверно снизились агрегация тромбоцитов и уровень фактора Виллебранда, внутрисосудистое свертывание крови. Изменения показателей других звеньев системы гемостаза недостоверны.

Динамическое наблюдение в течение 15 дней после поступления в стационар, выявило некоторые изменения гемостазиологических показателей. В сравнении с исходными данными, достоверно улучшилось состояние сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Такие показатели, как ГАТ, РИА, СИАТ, ИДТ не отличались от данных контрольной группы, кроме фактора Виллебранда. В то же время, у больных РПИС сохранялось состояние повышенного внутрисосудистого свертывания крови и сниженная фибринолитическая активность плазмы.

Динамика показателей системы гемостаза у больных РПИС ПС класса представлена в таблице 3.

Таблица 3 - Динамика показателей гемостаза у больных РПИС ПС класса

Показатели	Контрольная группа	Исходная (1)	5-е сутки (2)	15-е сутки (3)	1-2	1-3	2-3
ГАТ, с	15,2±0,9	9,5±1,0**	11,3±1,4*	16,1±1,9		0,05	0,05
РИА, с	14,4±0,8	8,9±0,9**	11,9±1,5	14,7±1,7		0,05	
ФВ, %	77,2±4,8	139,9±12,4**	121,5±15,0**	97,2±11,3		0,05	
СИАТ, %	56,7±3,3	80,2±9,1*	72,4±9,2	65,5±7,7			
ИДТ, %	17,5±1,0	12±1,3**	14,8±1,9	17,3±1,7		0,01	
АПТВ, с	37,2±2,3	31,3±3,3	33,7±4,3	39,4±4,6		0,05	
ПВ, с	16,3±1,0	10,9±1,2**	12,2±1,6	16,0±1,9		0,05	
РПДФ, мкг/мл	1,41±0,08	3,90±0,43***	2,77±0,36***	1,69±0,20	0,05	0,01	0,05
РФМК, мкг/мл	37,2±2,3	65,7±6,2**	53,2±6,9*	42,1±4,9		0,05	
Фибрино-ген, г/л	2,78±0,16	4,01±0,5*	3,93±0,51*	3,24±0,37			
Фибрино-лиз, мин	4,5±0,3	10,7±1,4**	8,4±0,8***	6,8±0,8**		0,05	
АТШ, %	96,7±6,0	54,3±5,2***	67,7±7,4***	79,4±8,0		0,05	
Примечание *- сравнение с контрольной группой: * - p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001.							

Как видно из таблицы 3, спустя пять дней, после поступления в стационар, у больных ИБС оставалась повышенной внутрисосудистое свертывание крови и сниженная фибринолитическая активность плазмы. В сравнении с исходными данными, за данный промежуток времени, достоверно снизился лишь показатель РПДФ. Через 2 недели, показатели основных звеньев системы гемостаза у больных ИБС, в сравнении с исходными данными, претерпели достоверные изменения и практически

нормализовались. В отличие от контрольной группы, оставалась статистически достоверно сниженной лишь фибринолитическая активность плазмы.

Выводы:

1. У всех больных ранней постинфарктной стенокардией имеются выраженные нарушения в различных звеньях системы гемостаза.
2. У больных с ранней постинфарктной стенокардией в течение двух недель нормализуются нарушения в системе тромбоцитарного гемостаза.
3. У больных нестабильной стенокардией III класса, в сравнении с группой III С класса, происходит более быстрая нормализация нарушений различных звеньев системы гемостаза.
4. У больных III С класса, высокого риска остаются выраженные нарушения в системе внутрисосудистого свертывания крови и сниженная фибринолитическая активность плазмы в течение двух недель.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед.- 2001.- С. 296.
- 2 Бокарев И.Н., Козлова Т.В. Принципы рациональной терапии оральными антикоагулянтами//Тромбоз, гемостаз и реология.- 2000.- №4(4).- С. 16-22.
- 3 Лечение оральными антикоагулянтами. Проект рекомендаций: Материалы VII Национальной конференции «Новое в изучении патогенеза, диагностике, профилактике и лечении патологии гемостаза»//Тромбы, кровоточивость и болезни сосудов. 2002.- № 1, Приложение 1.- С. 5-21.
- 4 Методические рекомендации. Лечение оральными антикоагулянтами/Под ред. проф. Лазебника Л.Б. и проф. Бокарева И.Н. М.- 2003.- 144с.
- 5 Тараненко И.А., Момот А.П. Лабораторный контроль за терапией антикоагулянтами непрямого действия при исследовании капиллярной крови//Современные методы диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы.- Новосибирск.- 2001.- С. 164.
- 6 Anand S.S., Yusuf S. Oral anticoagulant therapy in patients with coronary artery disease: a meta-analysis//JAMA. 1999. Vol. 282. P. 2058-2067.
- 7 Altman R., Rouvier J., Gurfinkel E., et al. Comparison of high-dose with low-dose aspirin in patients with mechanical heart valve replacement treated with oral anticoagulant//Circulation. 1996; 94: 2113-2116.

Материал поступил 11.05.13.

Түйін

М.Ғ.К. Қ.Р. КӘРІБАЕВ, Д.Ү. МАХАНОВ, Ә.Н. ЖОТАБАЕВ
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ӘРТҮРЛІ КЛАСТАҒЫ ТҰРАҚСЫЗ СТЕНОКАРДИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДА
ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛУЫ

МЖИ-мен ауыратын науқастарда ерте инфарктан кейінгі стенокардияның пайда болу уақытына байланысты гемостаз жүйесіндегі бұзылыс көрсеткіштерінің өзгерістеріне талдау жасалды. Дені сау адамдармен салыстырғанда 39-60 жас аралығындағы ЕИКС бар 68 науқастың әртүрлі топтың негізгі көрсеткіштері зерделенді. Барлық ЕИКС бар науқастарда гемостаз жүйесінің барлық топтарында айқын бұзылыстар байқалды. Тромбоцитарлы гемостаз жүйесіндегі бұзылыстар екі апта ішінде қалпына келтірілді.

Түйін сөздер: ерте инфарктан кейінгі стенокардия, тромбоцитарлы гемостаз, плазманың фибринолитикалық белсенділігі, қанның тамырішілік ұюы.

Summary

PhD K.R.KARIBAEV, D.I.MAHANOV, A.N. ZHOTABAYEV

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

HEMOSTATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT CLASSES OF UNSTABLE ANGINA

The analysis of changes in the values of violations in the hemostatic system, depending on the time of occurrence of early post-infarction angina (RPIS) in patients with AMI. We studied the basic parameters of various components of hemostasis in 68 patients with RPIS aged 39 to 60 years, compared to healthy people. All patients were observed RPIS marked disturbances in the various links of the hemostatic system. Abnormalities in platelet hemostatic system normalized within two weeks.

Key words: early post-infarction angina, platelet hemostasis, fibrinolytic activity of plasma intravascular coagulation.

УДК 616.12-008: 616.132.3: 616.379-008.64-057.65(477.87-23.0)

А.А. КУЦИН, д.м.н. Н.В. РИШКО, А.В. РИШКО, к.м.н. С.В. САРСЕНОВА,
А.В. КИРЗО, Д.А. САДЕНОВА

Ужгородский национальный университет, Украина

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНЫХ РЕГИОНОВ
ЗАКАРПАТЬЯ

В статье представлены клинические, лабораторные, гемодинамические и ангиографические данные больных с ишемической болезнью сердца, которые проживают в горных регионах Закарпатья. Установлено, что среди жителей горных регионов имеются существенные различия в течении ИБС. Эти различия зависят от сопутствующей патологии, возраста и пола, а также от степени поражения коронарного русла. Определены группы наибольшего риска поражения коронарных артерий у больных ИБС, проживающих в горах.

Ключевые слова: состояние коронарного русла, особенности течения ишемической болезни сердца у жителей горных регионов Закарпатья.

Введение. Данные, касающиеся распространенности факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) в горных регионах, и информация касательно влияния высотных условий на уровень заболеваемости на ИБС являются спорными и неоднозначными; в то же время, снижение показателей смертности у горных жителей доказано во многих исследованиях и не вызывает сомнений. Исследователи из США сделали вывод, что высота может увеличивать риск атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1]. Противоположные данные даёт индийское исследование [2]: уровень общего холестерина (ОХС) снижается, а уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) повышается с увеличением высоты. Исследование в Центральной Азии [3] говорит, что уровни липидов сыворотки не отличаются у равнинных и горных жителей. В то же время, анализ данных среди тибетцев демонстрирует более низкие уровни ОХС и более низкую частоту ИБС с увеличением высоты [4]. Испанские ученые сообщили, что уровни ХС ЛПВП линейно и существенно увеличиваются с высотой [5]. Данные венесуэльского исследования [6] : мужчины и женщины, которые жили в горах,

имели существенно более низкие уровни ОХС и ХС ЛПНП, чем жители низменных районов. Исследование на Ближнем Востоке продемонстрировало, что популяции, которые проживают выше, имеют большую распространенность артериальной гипертензии (АГ), ИБС, сахарного диабета (СД) и курения, чем популяции на равнинных территориях [7]. Другое исследование показало, что уровни ОХС, ХС ЛПНП, гематокрита, артериального давления (АД) и частота ожирения более высокие среди горных жителей [8]. Согласно данным литературы, жители гор имеют склонность к острому коронарному синдрому (ОКС). ОКС у них развивается в более молодом возрасте и они имеют более неблагоприятный профиль сердечно-сосудистого риска. Только одно исследование в Саудовской Аравии определяет горные условия, как защитный фактор относительно возникновения ОКС [9], тогда как согласно результатам 3 исследований, проведенных в Йемене, высокогорье рассматривается как фактор риска относительно ОКС [10]. В преобладающем большинстве исследований относительно смертности от ССЗ вообще и от ИБС в частности отмечается положительное влияние горных условий на снижение этих показателей. Изучив статистику причин смерти в разных штатах США за 4 года, исследователи подтвердили, что проживание в горных условиях продлевает жизнь и уменьшает риск смерти от ИБС [11]. Гипоксия, способ питания и уровень физической активности, которые наблюдаются среди горцев, считаются факторами, имеющими благоприятное влияние на профиль сердечно-сосудистого риска [12]. У людей, проживающих на высокогорье, недостаток кислорода вызывает активацию генов, отвечающих за рост новых сосудов [13]. Уровень смертности от ИБС среди мужчин и женщин и уровень смертности от инсультов среди мужчин имеют тенденцию к снижению с увеличением высоты согласно данным швейцарского национального когортного исследования [14, с.35]. Как было уже отмечено другими учеными, защитный эффект высоты был более явным среди мужчин, как относительно риска смерти от ИБС [15,16], так и относительно инсультов. Возможно, условия до и на протяжении короткого периода после рождения имеют пожизненное и независимое влияние на сердечно-сосудистую смертность [17]. Если сравнить “переселенцев вверх” с коренными горцами, то полезный эффект высоты для переселенцев будет слабее. Относительно “переселенцев вниз” можно сказать, что они имеют более низкий уровень смертности, чем коренное население равнинных территорий. Таким образом, наблюдается «времязависимый» эффект: чем дольше группа людей проживает в условиях высоты, тем ниже уровень смертности в этих группах [14, с. 17].

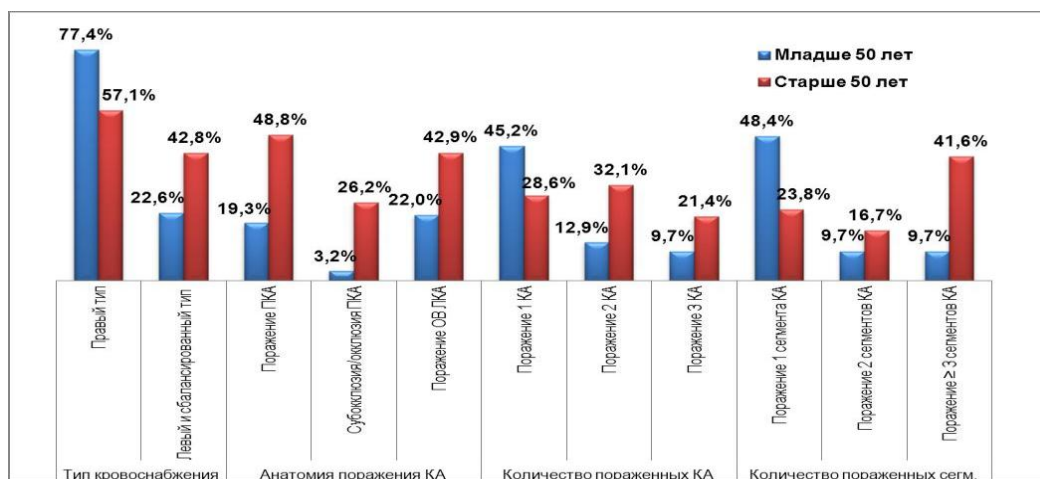
Целью работы являлось определение клинических, ангиографических, эхокардиографических (ЭхоКГ), электрокардиографических (ЭКГ) и лабораторных особенностей у жителей горных регионов Закарпатья, страдающих ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 115 больных с ИБС, жителей горных населённых пунктов Закарпатья, которые лечились в Закарпатском областном клиническом кардиологическом диспансере (ЗОККД, г. Ужгород, далее “клиника”) с сентября 2008 по июнь 2012 года и которым была выполнена коронароангиография (КАГ). Оценивали следующие показатели: пол, возраст, наличие стенокардии (появилась до инфаркта миокарда (ИМ), после ИМ или была изолированной без ИМ) и ее длительность; наличие ОКС на момент поступления в стационар; инфаркт в анамнезе, время, прошедшее с момента ИМ до поступления в клинику, присутствие в анамнезе и длительность АГ и фибрилляции предсердий (ФП); стадия сердечной недостаточности (СН); присутствие сопутствующих некардиологических заболеваний СД, нарушения мозгового кровообращения (НМК), ожирения и др.); курение; отягощенная наследственность; предыдущее лечение до поступления в клинику (или его отсутствие). Кроме того, оценивали ЭхоКГ показатели: фракцию выброса (ФВ), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), толщину задней стенки левого желудочка (ЗС ЛЖ), диаметр левого предсердия (ЛП), отношение Е/А; данные коронароангиографии (КАГ): тип кровоснабжения сердца, состояние кинетики стенок ЛЖ, наличие аневризм,

количество и степень поражения коронарных артерий (КА); результаты тестов с дозированной физической нагрузкой (ТДФН) или холтеровского мониторирования ЭКГ; наличие инфарктных или ишемических изменений на ЭКГ; анализировали ЭКГ-интервалы (RR, QT, QTc), показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы, а также уровень биомаркеров некроза (креатинфосфокиназы (КФК) и фракции МВ (КФК МВ)).

Результаты и обсуждение. В общей группе больных получили такие средние значения: возраст на момент поступления в стационар – $55,92 \pm 0,88$ г., возраст на момент ИМ – $54,48 \pm 0,2$ г., средняя длительность стенокардитических проявлений $2,88 \pm 0,34$ г., длительность АГ – $7,12 \pm 0,45$ г. Соотношение мужчины/женщины составляло 82,6%/17,4%, острый коронарный синдром (ОКС) встречался у 11,3%, а ФП – у 7,8%. При сравнении данных мужчин (первая группа – 1 гр.) и женщин (вторая группа – 2 гр.) были выявлены достоверные отличия в частоте возникновения и в структуре нестабильной стенокардии (НС): она наблюдалась у 25 % женщин (у 5 % была впервые возникшая стенокардия, у 10 % – прогрессирующая и ещё у 10 % – ранняя послеинфарктная), тогда как среди мужчин НС встречалась вдвое реже – у 11,6 % (за счет малого числа прогрессирующей (1,1%) и ранней постинфарктной стенокардии (3,1%); частота стенокардии de novo (7,4%) была сопоставимой; $p=0,047$). При анализе лечения до поступления в стационар оказалось, что женщины значительно чаще принимали блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА II – 20% против 3,2%; $p=0,051$), в то время, как мужчины почти вдвое чаще принимали статины (45,3% и 25% соответственно; $p=0,044$). Гипо- или акинез хотя бы одной из стенок ЛЖ наблюдался у 30% женщин и у 51% мужчин ($p=0,04$), причём среди мужчин значительно чаще встречался гипокинез верхушки (15,8% в сравнение с 5% среди женщин; $p=0,026$) и нижней стенки ЛЖ (11,6%; среди женщин не встречался вообще; $p<0,01$). Говоря о состоянии коронарных артерий, важно подчеркнуть, что у половины больных 2 гр. не было признаков стеноза (у 45 % женщин при КАГ были обнаружены интактные КА, ещё у 5 % наблюдались гемодинамически незначимые стенозы), тогда как среди мужчин эта часть составляла только 15,8% (7,4 % интактных и 8,4 % гемодинамически незначимых стенозов; $p=0,048$). Гемодинамически значимое поражение КА наблюдали у 84,2% больных 1 гр.: у 35,8% была поражена 1 КА (у женщин – 20%; $p=0,023$), у 28,4% – 2 сосуда (во 2 гр. – 20%), ещё у 20% – 3 сосуда (во 2 гр. – 10%; $p=0,023$). Значимый атеросклеротический процесс в передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) был выявлен у 61% мужчин и только у 25% женщин ($p=0,018$), причём у мужчин вдвое чаще встречались стенозы (38 % против 20 %; $p=0,018$) и в 4,5 раза чаще субокклюзия и окклюзия этой артерии (23% и 5% соответственно; $p<0,01$). Мужчины в 1,5 раза чаще подвергались стентированию в сравнении с женщинами (30,5% и 20%, $p=0,052$). При сравнении показателей ЭхоКГ соотношение Е/А у пациентов 2 гр. было значимо меньшим ($0,75 \pm 0,05$ и $0,91 \pm 0,04$ у больных 1 гр.; $p=0,03$). У женщин с ОКС значения общей КФК ($2,52 \pm 0,18$ мккат/л) и КФК МВ ($0,07 \pm 0,01$ мккат/л) были существенно ниже этих же показателей среди мужчин (общий КФК – $5,38 \pm 0,5$ мккат/л ($p=0,05$); КФК МВ – $0,39 \pm 0,04$ мккат/л, $p=0,048$). Достоверные отличия при сравнении пациентов младше 50 лет (3 гр.) и старше 50 лет (4 гр.) были обнаружены по следующим показателям. У больных 3 гр. длительность АГ была почти в 1,5 раза дольше, чем в 4 гр. ($7,66 \pm 0,54$ г. и $5,36 \pm 0,83$ г. соответственно, $p=0,048$). При сравнении данных ЭхоКГ у больных старше 50 лет наблюдались гипертрофия МЖП ($1,19 \pm 0,02$ см против $1,1 \pm 0,03$ см у больных младше 50 лет; $p=0,011$) и ЗС ЛЖ ($1,12 \pm 0,01$ против $1,04 \pm 0,03$; $p=0,034$), дилатация ЛП ($4,12 \pm 0,05$ см против $3,92 \pm 0,06$ см в гр. 3; $p<0,01$) и диастолическая дисфункция ЛЖ (Е/А – $0,84 \pm 0,04$, в группе сравнения – $0,99 \pm 0,06$; $p=0,05$). У больных 3 гр. отмечали более высокие показатели гемоглобина (Hb) и гематокрита (Ht) – $154,9 \pm 2,39$ г/л и $52,2 \pm 0,01$ % в сравнении с больными 4 гр. (Hb – $144,7 \pm 2,14$ г/л ($p<0,01$), а Ht – $48,4 \pm 0,01$ % соответственно; $p<0,01$) и более низкие показатели СОЭ ($9,2 \pm 1,5$ мм/ч в сравнении с

14,8±1,25 мм/ч у больных старше 50 лет; $p<0,01$). Больные с крупноочаговым ИМ (5 гр.) по сравнению с пациентами с мелкоочаговым ИМ (6 гр.) до поступления в клинику в полтора раз чаще принимали β -адреноблокаторы (β -АБ – 71,1% против 51,3%; $p=0,06$), почти вдвое чаще лечились статинами (55,3 и 32,4% соответственно; $p=0,048$) и в 2,5 раза чаще использовали клопидогрель (44,7% в сравнении с 18,9%; $p=0,016$); в то же время частота использования антагонистов кальция была выше среди обследованных с не-Q-ИМ – 16,2% против 2,6% в 5 гр. ($p=0,047$). Достоверные отличия по данным КАГ отображены на рис.



$p<0,05$

Примечание - КА – коронарные артерии, ПКА – правая коронарная артерия, СВ ПКА – огибающая ветвь левой коронарной артерии

Рисунок - Достоверные отличия при сравнении данных у больных разных возрастных групп

Если среди больных с Q-ИМ преобладал правый тип кровоснабжения (у 73,7% в сравнении с 48,6%; $p<0,01$), то у пациентов с не-Q-ИМ в 3,5 раза чаще встречался левый и сбалансированный типы (51,3% и 26,3% в 5 гр.; $p<0,01$). Гипокинез стенок ЛЖ среди больных 5 гр. встречался вдвое чаще – 84,2% против 40,5% у пациентов 6 гр. ($p<0,01$), причём гипокинез передне-перегородочных сегментов наблюдался у 26,3 и 5,4% ($p=0,03$), гипокинез нижней стенки – у 23,7 и 5,4% ($p=0,025$), гипокинез задне-базальных сегментов – у 39,5 и 18,9% соответственно ($p=0,042$). Более четверти больных с Q-ИМ имели аневризму ЛЖ (26,3%, из них у 21,1% была аневризма верхушки), в группе с мелкоочаговым инфарктом таких было всего 2,7% ($p<0,01$). Поражение ПМЖА в 1,5 раза чаще наблюдалось при Q-ИМ (65,8% против 45,9%; $p=0,048$), причём если частота стенозов была сопоставима, то субокклюзия и окклюзия этой артерии почти в 4 раза чаще наблюдалась именно у больных 5 гр. (31,6% и 8,1% соответственно; $p<0,01$); подобное соотношение наблюдалось и относительно поражения правой коронарной артерии (ПКА): субокклюзия и окклюзия встречалась у 47,4% пациентов с крупноочаговым и у 13,5% больных с мелкоочаговым ИМ ($p<0,01$). Обследованные из 6 гр. имели существенно лучшие ЭхоКГ показатели: ФВ – 55,5±0,87 % против 46,6±1,5% в 5 гр. ($p<0,01$), толщина МЖП – 1,20±0,03 и 1,12±0,03 см ($p=0,05$); толщина ЗС ЛЖ – 1,13±0,03 и 1,01±0,02 см соответственно ($p<0,01$); в то же время диаметр ЛП и показатели диастолической функции в этих группах статистически не отличались. У больных 6 гр. был выявлен достоверно меньший уровень сахара в крови – 4,47±0,18 против 5,5±0,52 ммоль/л ($p=0,051$). Достоверные отличия, выявленные при сравнении данных у больных, у которых стенокардия появилась после ИМ (7 группа), и у пациентов с наличием стенокардии до ИМ (8 группа) отображены в табл. 1.

Таблица 1- Клинические, ангиографические и лабораторные особенности у пациентов с развитием стабильной стенокардии в постинфарктный период (группа 7) и наличием стабильной стенокардии до ИМ (группа 8)

Критерий	Стенокардия появилась после ИМ (7 группа)	Стенокардия появилась до ИМ (8 группа)	P
Средний возраст, г.	53,3±1,34	59,5±1,47	<0,01
Длительность стенокардии, г.	1,5±0,35	5,48±0,98	<0,01
Отягощенный анамнез	11,1%	19,2%	0,051
ПКА: частота поражения	44,4%	65,4%	0,047
ПКА: частота окклюзий	15,6%	34,6%	0,045
ОВ ЛКА: частота поражения	40%	57,7%	0,049
Гипокинез задне-базальных сегментов	20%	46,2%	0,021
Поражение 1 сегмента КА	15,4%	35,6%	0,041
Поражение ≥ 4 сегментов КА	27%	11,1%	0,041
Лабораторные данные:			
Hb, г/л	151,1±2,21	142,4±3,4	0,038
Ht, %	51,2±0,6	47,6±0,8	<0,01
СОЭ, мм/ч	11,3±1,23	17,9±2,55	0,025
ПИ, %	90,4±1,36	96,1±1,64	0,019
МНС	1,12±0,03	1,04±0,03	0,05

Примечание. ИМ – инфаркт миокарда, КА – коронарная артерия, ПКА – правая коронарная артерия, ОВ ЛКА – огибающая ветвь левой коронарной артерии, Hb – гемоглобин, Ht – гематокрит, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, ПИ – протромбиновый индекс, МНС – международное нормализованное соотношение.

Пациентам с нестабильной стенокардией (9 гр.) вдвое чаще выполнялось стентирование, чем пациентам со стабильной стенокардией (10 гр.) – 56,3% против 29,2% (p=0,07). У обследованных из 9 гр. наблюдалась дилатация ЛП – 4,1±0,04 см, тогда как в сравнимой группе размеры ЛП были сохранены – 3,86±0,1см (p=0,037). 26% обследованных со стабильной и 56,3% с нестабильной стенокардией не лечились до момента госпитализации (p=0,038). Сравнение показателей больных со стабильной стенокардией без ИМ (12 гр.) и пациентов со стабильной стенокардией и ИМ в анамнезе (11 гр.) дало такие результаты (см. табл. 2).

Таблица 2 - Достоверные отличия клинических, лабораторных и ангиографических данных у больных со стабильной стенокардией без ИМ (группа 12) и у больных со стабильной стенокардией на фоне перенесенного ИМ (группа 11).

Критерий	Стенокардия + ИМ в анамнезе (11 группа)	Стабильная стенокардия без ИМ (12 группа)	p
Частота СН II А стадии	84,5%	59%	<0,01
Частота СД	11,3%	2,6%	0,051
Уровень сахара в крови, ммоль/л	5,07	4,33	0,039
ПКА: частота поражения	52,1%	18%	<0,01
окклюзия+субокклюзия/стеноз	29,6/22,5 %	0/18 %	<0,01
поражение 1 сегм./ 2 и более сегм.	36,6/ 15,5%	15,4/2,6 %	<0,01
ОВ ЛКА: частота поражения	46,5%	18%	0,023
окклюзия+субокклюзия/стеноз	17/29,5 %	7,7/10,3 %	0,023
поражение 1 сегм./ 2 и более сегм.	38/8,5 %	10,3/7,7 %	0,019
Поражение 1 КА/ 2 КА/ 3 КА	29,6/ 35,2/ 21,1 %	43,6/ 12,8/ 10,3	<0,01

Гемодинамически незначимое поражение	2,8%	18,0 %	0,015
Поражение 2 сегментов КА	18,3%	10,3%	<0,01
Поражение ≥ 3 сегментов КА	39,5%	18,0%	<0,01
Гипокинез (общая частота):	62,0%	20,5%	<0,01
Передне-перегородочные сегм.	16,9%	7,7%	0,052
Верхушечные сегменты	18,3%	7,7%	0,037
Задне-базальные сегменты	29,6%	7,7%	<0,01
Нижние сегменты	14,1%	0%	<0,01
Примечание: ИМ – инфаркт миокарда, СН – сердечная недостаточность, СД – сахарный диабет, КА – коронарная артерия, ПКА – правая коронарная артерия, ОВ ЛКА – огибающая ветвь левой коронарной артерии, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -АБ – β -адреноблокаторы, АСК – ацетилсалициловая кислота.			

Больные без АГ (13 гр.) были существенно младше пациентов с АГ (14 гр.) – $50,5 \pm 2,34$ и $57,2 \pm 0,89$ г. соответственно ($p=0,011$). Среди больных с гипертензией было 4,5 раза больше женщин – 20,4% против 4,5% среди обследованных без АГ ($p=0,013$). Ожидаемой оказалась и разница в показателях ЭхоКГ: у больных с АГ наблюдалась гипертрофия стенок ЛЖ и дилатация ЛП: толщина МЖП – $1,18 \pm 0,02$ см ($1,09 \pm 0,03$ см у больных без АГ; $p=0,020$), толщина ЗС ЛЖ – $1,1 \pm 0,02$ см против $1,04 \pm 0,03$ см ($p=0,06$), диаметр ЛП – $4,11 \pm 0,04$ см (в сравниваемой группе – $3,89 \pm 0,12$ см; $p=0,047$). У 9,7% больных 14 гр. был выявлен СД, в то время как в противоположной группе СД не встречался ($p<0,01$). Следствием более высокой частоты СД среди больных с АГ стал и более высокий уровень сахара в крови – $4,9 \pm 0,24$ ммоль/л против $4,2 \pm 0,17$ ммоль/л ($p=0,02$) в группе без АГ. Частота возникновения ОКС среди обследованных из 13 гр. составляла 9,1% (все случаи за счёт впервые возникшей стенокардии), что в 2 раза реже, чем в группе 14 – 17,2% (6,5% впервые возникшая, 3,2% прогрессирующая, 5,4% ранняя послеинфарктная стенокардия и 2,2% острый ИМ; $p=0,016$). Больные с АГ существенно чаще до госпитализации принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ – 39,8%) и БРАП (7,5%) в сравнении с группой пациентов без гипертензии (4,6% ($p<0,01$) и 0% ($p<0,01$) соответственно), хотя частота приёма других групп препаратов была сравнима. Среди пациентов с ФП (15 гр.) в 1,5 раза чаще наблюдался правый тип кровоснабжения, чем у больных с отсутствием ФП (16 гр.) – 90% и 60% ($p<0,01$) соответственно. Сравнивая данные больных без СД (гр. 17) и с СД (гр. 18) обнаружили, что у диабетиков длительность симптомы стенокардии возникли существенно раньше – $6,33 \pm 1,88$ г. и $2,62 \pm 0,33$ г. назад ($p=0,05$) соответственно. Треть больных без диабета (33%) не лечились до поступления в клинику, среди диабетиков 100% больных лечились амбулаторно до момента госпитализации ($p<0,01$). У 15% пациентов 17 гр. наблюдался гипокинез верхушечных сегментов, тогда как гипокинеза верхушечных сегментов не наблюдалось у больных 18 группы ($p<0,01$). У 16% больных без СД обнаружили интактные КА, еще 9% имели гемодинамически незначимые стенозы; среди обследованных с диабетом гемодинамически значимое поражение КА имелось у всех больных ($p<0,01$), причём 1 сосуд был поражён у 11%, 2 сосуда – у 66%, 3 сосуда – у 22%; в 17 гр. значимое поражение сосудов встречалось у $\frac{3}{4}$ больных: у 34% – однососудистое поражение ($p<0,01$), у 26% – двухсосудистое ($p<0,01$), у 15% – трехсосудистое ($p>0,05$). Что касается количества пораженных сегментов, то среди больных 18 гр. преобладали 4-сегментное (33%) и 5-сегментное поражение (33%) против 6% и 3% соответственно в 17 гр. ($p<0,01$); среди пациентов без СД чаще всего встречалось 1-сегментное и 3-сегментное поражения (31 и 23% против 11 и 0% соответственно среди диабетиков; $p<0,01$).

Выводы:

1. Обнаружены следующие гендерные особенности у жителей горных регионов. Гемодинамически значимые стенозы встречались только у половины женщин и у 85%

мужчин. У мужчин вдвое чаще наблюдалось поражение 1 и 3 КА, а частота поражения ПМЖА у мужчин в 2,5 раза превышала этот показатель среди женщин, причём окклюзия и субокклюзия ПМЖА встречалась в 4,5 раза чаще; показатели КФК и КФК МВ были значительно выше среди мужчин. У женщин вдвое чаще встречалась нестабильная стенокардия, а доля женщин среди больных с АГ была почти в 5 раз больше, чем среди больных без АГ.

2. Среди обследованных пациентов ОКС вдвое чаще встречался у больных с АГ. Правый тип коронарного кровоснабжения преобладал у больных с Q-ИМ, а у пациентов с не-Q-ИМ в 3,5 раза чаще встречались левый и сбалансированный типы кровоснабжения. Частота поражения ПКА и ПМЖА была в 1,5 раза выше среди больных с крупноочаговым ИМ, причём частота окклюзии и субокклюзии этих артерий среди пациентов с Q-ИМ была в 4 раза выше; в то же время частота поражения основного ствола ЛКА и ОВ ЛКА была сопоставимой.

3. У всех больных с СД обнаружено стенозирующее поражение КА, в то время как у четверти пациентов без СД (25%) обнаружено гемодинамически незначимое поражение КА. Среди больных с СД преобладало многососудистое и многосегментное поражение КА, тогда как среди больных без СД встречалось преимущественно однососудистое и односегментное поражение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Temte JL. Elevation of serum cholesterol at high altitude and its relationship to hematocrit. *Wilderness Environ Med.* 1996;7:216–224.

2 Sharma S. Clinical, biochemical, electrocardiographic and noninvasive hemodynamic assessment of cardiovascular status in natives at high to extreme altitudes (3000m-5500m) of the Himalayan region. *Indian Heart J.* 1990;42:375–379.

3 Fiori G, Faccini F, Pettener D, Rimondi A, Battistini N, Bedgoni G. Relationships between blood pressure, anthropometric characteristic and blood lipid in high and low altitude population from central Asia. *Ann Hum Biol.* 2000;27:19–28.

4 Fujimoto N, Matsubayshi K, Miyahara T, et al. The risk factors for ischemic heart disease in Tibetan highlanders. *Jpn Heart J.* 1989;30:27–34.

5 Dominguez Coello S, Cabrera De Leon A, Bosa Ojeda F, Perez Mendez LI, Diaz Gonzalez L, Aguirre-Jaime AJ. High density lipoprotein cholesterol increases with living altitude. *Int J Epidemiol.* 2000;29:65–70.

6 De Mendoza S, Nucete H, Ineichen E, Salazar E, Zerpa A, Glueck CJ. Lipids and lipoproteins in subjects at 1,000 and 3,500 meter altitudes. *Arch Environ Health.* 1979;34:308–311.

7 al Tahan A, Bucher J, el Khwsky F, et al. Risk factors of stroke at high and low altitude areas in Saudi Arabia. *Arch Med Res.* 1998;29:173–177.

8 Mahfouz AA, al-Erian RA. Hypertension in Asir region, southwestern Saudi Arabia: an epidemiologic study. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 1993;24:284–286.

9 Ashouri K, Ahmed ME, Kardash MO, Sharif AY, Abdalsattar M, al Ghozeim A. Acute myocardial infarction at high altitude: the experience in Asir Region, southern Saudi Arabia. *Ethn Dis.* 1994 Winter;4(1):82-6

10 Mohamed Ali Al-Huthi, Yahia Ahmed Raja'a, Mohammed Al-Noami, Abdul Rashid Abdul Rahman. Prevalence of Coronary Risk Factors, Clinical Presentation, and Complications in Acute Coronary Syndrome Patients Living at High vs Low Altitudes in Yemen. *MedGenMed.* 2006; 8(4): 28.

11 Жизнь в горах защищает сердце от болезней
<http://www.epochtimes.ru/content/view/46115/7/>

12 Baibas N., Trichopoulou A., Voriadis E., Trichopoulos D. Residence in mountainous compared with lowland areas in relation to total and coronary mortality. A study in rural Greece. J Epidemiol Community Health. 2005. - 59:274–278.

13 Alexander JK. Coronary Heart Disease at Altitude. Texas Heart Institute journal. Volume 21, Number 4, 1994 - P. 261-266.

14 Faeh D, Gutzwiller F, Bopp M Lower Mortality From Coronary Heart Disease and Stroke at Higher Altitudes in Switzerland. Int J Epidemiol. 2009. – P. 379-384

15 Fabsitz R. and Feinleib M. Geographic patterns in county mortality rates from cardiovascular diseases. Am J Epidemiol. 1980 Mar;111(3). – P. 315–328

16 Mortimer EA Jr, Monson RR, MacMahon B. Reduction in mortality from coronary heart disease in men residing at high altitude. N Engl J Med. 1977 Mar 17. - 296(11):581-5.

17 Fang J, Madhavan S, Alderman MH. The association between birthplace and mortality from cardiovascular causes among black and white residents of New York City. N Engl J Med. 1996. – P. 335:1545–1551.

Материал поступил 16.05.13.

Түйін

А.А. КУЦИН, д.ғ.м. Н.В. РИШКО, А.В. РИШКО, м.ғ. к. С.В. СӘРСЕНОВА, А.В. КИРЗО,
Д.А. САДЕНОВА

Ужгород қаласының ұлттық университеті, Украина

ЗАКАРПАТЬЕ ТАУЛЫ АЙМАҚТАРЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫНДА ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ КОРОНАРЛЫҚ АРНАНЫҢ ЖАЙ-КҮЙІ

Мақалада Закарпатье таулы аймақтарда тұратын жүректің ишемиялық ауруы бар науқастардың клиникалық, зертханалық, гемодинамикалық және ангиографиялық деректері келтірілген.

Таулы аймақтар тұрғындарының арасында ЖИА ағымында айырықша өзгерістер анықталды. Осы айырмашылықтар патологияға, емделушінің жасы мен жынысына, сонымен бірге коронарлық арнаның патологиясына байланысты. Таулы жерлерде тұратын ИЖА бар науқастарда коронарлық қызылтамыр ошағының топтары анықталды.

Түйін сөздер: коронарлық арнаның жайы, Закарпатье таулы аймақтар тұрғындарында жүректің ишемиялық ауруы ағымының жай-күйі

Summary

O.O. KUTSYN, PhD N.V. RISHKO, A.V. RISHKO, PhD S.V. SARSENOVA, A.B. KIRZO,
D.A. SADENOVA

Uzhhorod National University, Ukraine

CORONARY ARTERIES STATE AND FEATURES OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN HIGHLANDERS OF TRANSCARPATIA

In the scientific review presented data of specialities of clinical course, circulatory dynamics, laboratory and angiography findings in patients with coronary heart disease, which are dwellers of mountain regions of Transcarpathia. There were found differences in kind of clinical course of coronary heart disease among highlanders. Those differences are depend of concomitant disease, age and sex, extent of injury coronary arteries. It were determined most risk groups with injury of coronary arteries in highlanders with coronary heart disease.

Keywords: coronary arteries state, features of ischemic heart disease in highlanders of Transcarpathia.

УДК 616.72-009.7

А.В. МАРТЫНОВА

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами
Президента Республики Казахстан, г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕФОКАМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

В статье описаны результаты применения ксефокама у 30 лиц пожилого возраста с суставным синдромом. Наблюдение показало, что применение ксефокама внутривенно капельно оказывает более выраженный и быстрый обезболивающий и противовоспалительный эффект, чем при лечении классическим НПВП (диклофенак) per os. Ксефокам эффективно купирует острый и хронический болевой суставной синдром у лиц пожилого возраста без выраженных побочных проявлений, что связано с непродолжительными курсами приема препарата и его селективностью.

Ключевые слова: суставной синдром, лица пожилого возраста, обезболивающий и противовоспалительный эффект, побочные проявления, селективность.

Введение. Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают четвертое место по распространенности после болезней систем кровообращения, дыхания и пищеварения [1].

Воспалительно-дегенеративные заболевания (остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра, хондрокальциноз, гипертрофическая остеоартропатия, гемартрозы, спондилоартриты и др.) у лиц пожилого возраста поражают мягкие ткани суставов и кости, проявляются суставным синдромом. Суставной синдром, включающий в себя боль, деформацию, деформацию и ограничение подвижности в суставе, существенно снижает качество жизни и работоспособность больного, затрудняет общение, ограничивает переносимость физической нагрузки.

Распространенность остеоартритов (ОА) в популяции составляет около 10%, причем, если после 45 лет этим заболеванием поражается до 14% населения планеты, то после 60-ти - уже более 95%. Таким образом, заболевание носит определенно возрастной характер, что с учетом всеобщего "постарения" популяции является большой социальной проблемой [2].

Действительно, нарастающая демографическая ситуация в сторону накопления в обществе людей пожилого и старческого возраста оказывает значительное влияние на поиски новых лекарственных препаратов. Особенно эта тенденция отчетливо просматривается в отношении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), так как традиционное применение их в таблетированной форме у данной категории пациентов часто вызывает обострение сопутствующих заболеваний ЖКТ [3].

Рассматриваемый нами препарат ксефокам относится к 3 группе НПВП. Оказывает выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие. Ксефокам (лорноксикам) обладает сложным механизмом действия, в основе которого лежит подавление синтеза простагландинов, обусловленное угнетением активности изоферментов циклооксигеназы. Кроме того, лорноксикам угнетает высвобождение свободных радикалов кислорода из активированных лейкоцитов, не оказывает опиатоподобного действия на ЦНС и, в отличие от наркотических анальгетиков, не угнетает дыхания, не вызывает лекарственной зависимости [4,5].

Цель исследования: оценка эффективности применения ксефокама у лиц пожилого возраста с суставным синдромом.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 30 пациентов, 25 (83,3%) мужчин и 5 (16,7%) женщин, средний возраст которых составил 78±6 лет. Из них 26

(86,7%) пациентов с остеоартрозом, 3 (10,0%) с ревматоидным артритом и 1 (3,3%) с подагрой.

При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на выраженный болевой суставной синдром, клинически наблюдались все признаки воспаления: гиперемия кожных покровов, увеличение сустава в размере и его деформация, резкое ограничение подвижности. В крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиги биохимических показателей выявлялись в большей или меньшей степени. В 100% случаев отмечалась сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и патология ЖКТ (гастриты, холециститы).

Для лечения острой боли и воспаления в суставах пациентам назначали ксефокам в дозе 8 мг внутривенно капельно в течение 5-7 дней. На 3 день лечения 6 пациентам доза ксефокама была увеличена до 16мг в связи с сохранением болевого синдрома.

Эффективность лечения сравнивали ретроспективно с группой пациентов (25 человек), получавших диклофенак по 25-50 мг 3 раза в сутки, и по возрасту, проявлениям основного заболевания и сопутствующей патологии была сопоставима с основной группой пациентов. Результаты лечения оценивались по клиническим проявлениям и субъективным ощущениям пациентов.

Результаты и обсуждение. Сравнение эффективности лечения пациентов пожилого возраста с выраженным болевым суставным синдромом обеих групп показало, что пациенты основной группы, получавшие ксефокам 8-16 мг внутривенно капельно, в 83,3% случаев (25 человек) отмечали положительную динамику (давали оценку «хорошее обезболивание») на 3 день от начала лечения, а к 5 дню – 90,0% (27) больных. Тогда как в контрольной группе положительный эффект был достигнут только к 5 дню у 84,0% (21) больных, а в остальных случаях купирование боли пациенты оценивали как «среднее обезболивание».

Противовоспалительный эффект ксефокама проявился в снижении признаков воспаления суставов и уменьшении вдвое выраженности скованности суставов. Также на фоне терапии отмечена выраженная положительная динамика функциональной активности пациентов.

При этом пациенты основной группы отмечали хорошую переносимость ксефокама и его выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффекты без появления сонливости и характерного для НПВП гастротоксического действия, который наблюдался у 4 (16,0%) пациентов из группы, получавшей диклофенак.

Заключение. Таким образом, наблюдение показало, что применение ксефокама внутривенно капельно оказывает более выраженный и быстрый обезболивающий и противовоспалительный эффекты, чем при лечении классическим НПВП (диклофенак) per os, и может быть с успехом использован для эффективного купирования острых и хронических болевых суставных синдромов у лиц пожилого возраста без выраженных побочных проявлений, что связано с непродолжительными курсами приема препарата и его селективностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА

- 1 Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли.– М.: Медицина.- 2004.- 144 с.
- 2 Цурко В.В., Егоров И.В Особенности лечения суставного синдрома у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией// Фарматека.- 2010.-№11.- С.62-65.
- 3 Верткин А.Л., Тополянский А.В. Алгоритм выбора анальгетика при лечении некоторых болевых синдромов на догоспитальном этапе// Consilium medicum.- 2005.- т.7,№2.- С.122-124.

4 Балабанова Р.М., Асеева Э.М., Каратеев А.Е. и др. Опыт длительного применения лорноксикама (Ксефокама) в комплексной терапии ревматоидного артрита.//Клиническая фармакология и терапия.- 2001.- №10 (1).- С.78-81.

5 Frizziero L., Focherini M.C., Valentini M., Reta M., Rocchi P. Long term study on the efficacy and safety of lornoxicam in rheumatoid arthritis// Minerva Med.- 2002;93(4): 315-20.

Материал поступил 15.04.13.

Түйін

А.В. МАРТЫНОВА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ БУЫН СИНДРОМЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ КСЕФОКАМДЫ ҚОЛДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада буын синдромы бар егде жастағы 30 адамға ксефокамды қолдану нәтижелері сипатталған. Бақылау ксефокамды венаішілік қолдану өзінің әсер ету жағынан классикалық НҚҚП (диклофенак) per os. емдеуге қарағанда аса айқын ауырсынуды жылдам басатын және қабынуға қарсы әсер беретіндігін көрсетті. Ксефокам егде жастағы адамдардағы жіті және созылмалы ауырсыну буын синдромын жанама әсерінсіз тиімді тоқтатады, бұл препаратты қабылдау үздіксіз курстарына және оның іріктеушілігімен байланысты болды.

Түйін сөздер: егде жастағы адамдардағы буын синдромы, ауырсындырмайтын және қабынуға қарсы әсері, жанама көріністері, іріктеушілік.

Summary

A.V. MARTYNOVA

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

KSEFOKAMA FEATURES OF ELDERLY JOINT SYNDROME TREATMENT

This article describes the results of ksefokama in 30 elderly patients with articular syndrome. Observation showed that the use of ksefokama intravenously has a more pronounced and rapid analgesic and anti-inflammatory effects than treatment with classical NSAIDs (diclofenac) per os. Ksefokam is effective in reducing acute and chronic articular pain syndrome in elderly patients without obvious adverse events, which is associated with short courses of the drug and its selectivity.

Keywords: joint syndrome, the elderly, anti-inflammatory analgesic effect, adverse reactions, the selectivity.

УДК618.3-06:575

А.А. НАГИМТАЕВА, А. В. БОРОВИКОВА, Д. Ж. ЖАНАТАЕВА,
Г. Ж. АБИЛЬДИНОВА

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ

В статье отражены результаты исследования по изучению ассоциации полиморфных маркеров нескольких генов-кандидатов: ангиотензиногена (AGT), метилентетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR), генов системы свертывания крови (F5, F2) с развитием преэклампсии.

Отмечено увеличение частоты мутантных аллелей MTHFR 677T, 1298C; AGT 704C, 521T; eNOS3786T, а также генотипов, содержащих эти аллели. Установлено повышение гетерозиготного носительства в генах F5, F2, что может являться фактором риска развития гестоза.

Ключевые слова: преэклампсия, молекулярно-генетические аспекты, ангиотензиноген, метилентетрагидрофолат-редуктазы, генов системы свертывания крови.

Ведение. Преэклампсия (ПЭ) является осложнением беременности с высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью, в реализации которого, участвует множество генетических и средовых факторов [1]. Частота преэклампсии по данным литературы составляет от 7 до 16%. Преэклампсия развивается у 6 - 12% здоровых беременных и у 20 - 40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию [2].

По данным ВОЗ в структуре материнской смертности преэклампсия занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, рождения детей с малой массой тела [3].

По данным последних лет, генетическая компонента, влияющая на развитие преэклампсии, может составлять до 50% всех факторов риска. Особенность многих вариантов генов в том, что они могут долгое время никак себя не проявлять. Впервые наследственную теорию развития преэклампсии опубликовал Chesley в 1968 году.

Генная сеть преэклампсии включает различные гены метаболизма, ответственные за иммунный статус, кодирующие факторы коагуляции и тромбоцитарные рецепторы, участвующие в обмене гомоцистеина, определяющие физиологию сосудистой стенки, межклеточных взаимодействий и другие .

Исходя из современных представлений о патогенезе ПЭ, высока вероятность ассоциации с ПЭ совокупности полиморфизма генов, вовлечённых в сложный процесс регулирования многообразных функций эндотелия. Генетические факторы, связанные с развитием гестоза, достаточно разнообразны [4]. В качестве возможных маркёров рассматриваются гены системы свертывания крови: FV; FII; MTHFR; FG, гены эндотелия сосудов: NOS3, EDNI; гены сосудистой системы: ACE; AGTR1; AGTR2.

Целью данной работы явилось изучение ассоциации полиморфных маркеров нескольких генов-кандидатов: ангиотензиногена (AGT), метилентетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR), генов системы свертывания крови (F5, F2) с развитием преэклампсии

Материалы и методы. Исследование проведено на базе АО «Национальный научный центр материнства и детства. С целью выполнения поставленных в исследовании задач обследовано 137 женщин. Из числа наблюдаемых женщин – 108 беременных женщин с преэклампсией легкой и тяжелой степени и контрольная группа – 29 женщин с неосложненной беременностью. Средний возраст женщин составил – 27 ± 2 лет.

Разработано информированное согласие, включающее тщательный сбор анамнестических данных: ФИО, данные семейного анамнеза, паритета родов, изучалась характеристика менструальной и репродуктивной функции, течение и исход данной и предыдущих беременностей.

Материалом исследования послужила ДНК, выделенная из периферической крови 108 беременных с ПЭ и 29 беременных женщин с неосложненной беременностью.

Забор крови производили в стерильных условиях из периферической крови в количестве 4,0 мл в вакутейнеры с раствором антикоагулянта (0,5М раствор ЭДТА, рН

8,0). Все обследуемые были проинформированы и дали добровольное согласие на участие в проведении популяционно-генетических исследований.

Выделение ДНК из периферической крови обследуемых осуществляли с применением набора Wizard® Genomic DNA Purification kit (Promega) (Inc., Chatsworth, USA) согласно рекомендациям производителя и тестированием на 1% агарозном геле.

Генотипирование проводили путем амплификации ДНК в полимеразной цепной реакции (ПЦР) с применением специфичных олигонуклеотидных праймеров.

ПЦР проводили на амплификаторе «Герцик» в 20 мкл реакционной смеси.

В соответствии с наличием или отсутствием вставки субъекты классифицируются как гомозиготы по мажорному аллелю, гомозиготы по минорному аллелю и гетерозиготы (рисунок).

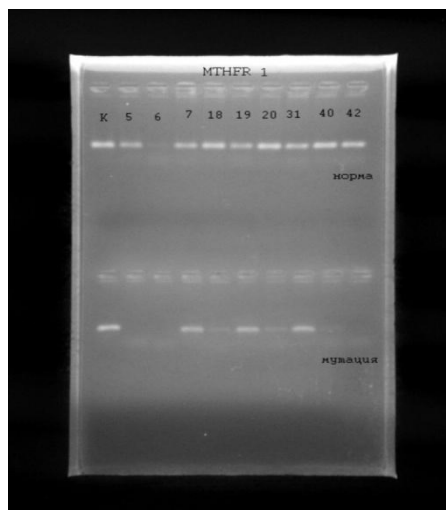


Рисунок - Результаты электрофорезного анализа продуктов амплификации С/Т полиморфизма гена МТНFR С677Т в 3% агарозном геле

дорожка 1 – положительный контроль;

дорожки 2, 5, 7, 9, 10 -генотип СС;

дорожка 4, 6, 8-генотип СТ

Результаты и обсуждение. С целью изучения ассоциаций полиморфных генов-кандидатов МТНFR, F5, F2, AGT и eNOS с развитием преэклампсии определены частоты генотипов и аллелей в основной и контрольной группах.

Метилентетрагидрофолатредуктаза является основным ферментом метаболизма гомоцистеина. Гомоцистеин является продуктом метаболизма метионина. Метионин - один из 8 незаменимых аминокислот организма. В норме гомоцистеин не накапливается. Обладает выраженным токсическим действием на клетку. Циркулируя в крови, гомоцистеин повреждает сосуды, тем самым повышая свертываемость крови и образование микротромбов в сосудах (одна из причин невынашивания беременности). Снижение активности метилентетрагидрофолатредуктазы - одна из важных причин накопления гомоцистеина в крови.

Как представлено в таблице 1,2 в группе преэклампсии отмечается увеличение частоты гетерозиготного носительства (С/Т) по сравнению с контрольной группой. Гомозиготы по мутантному типу (Т/Т) отмечались в группе с преэклампсией. Полиморфный аллель 677Т был выражен в группе репродуктивных потерь. У беременных с ПЭ частота аллеля 677Т - 33,3%, в то время как в контрольной группе их частота составила 8,6%.

Следует отметить, что гомозиготность по аллелю 677Т приводит к значительному повышению уровня гомоцистеина, особенно на фоне низкого содержания фолата в плазме. Генотип ТТ указывает на повышение риска преэклампсии. У гетерозигот это

повышение выражено в меньшей степени [5]. Повышение частоты аллеля 677Т отмечено не только при позднем токсикозе (гестозе), но и при других осложнениях беременности (отслойке плаценты, задержке роста плода, антенатальной смерти плода) [6].

Таблица 1 - Частоты генотипов и аллелей гена MTHFR (677 C>T)

Генотипы, аллели	Преэклампсия		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Генотипы				
С/С	42	39%	24	82,8%
С/Т	60	55%	5	17,2%
Т/Т	6	6%	-	-
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
С	144*	66,7%	53	91,4%
Т	72**	33,3%	5	8,6%
Всего	216	100,0	58	100,0

*p< 0,05

Вторым распространенным полиморфизмом в гене MTHFR является транзигция A1298C, приводящая к замене в белковой цепи глутаминовой кислоты на аланин в регуляторном домене фермента (p.Glu429Ala). Гетерозиготность и гомозиготность по мутации MTHFR A1298C не сопровождается повышением концентрации общего гомоцистеина.

Как видно из таблицы 2 частота генотипов в исследуемых группах для MTHFR A1298C гена распределились следующим образом: в группе женщин с ПЭ частота гетерозигот оказалась - 49%, в контрольной группе частота составила – 6,9 %. Генотип, содержащий мутантный вариант С/С в контрольной группе вообще не встретился, и был частым в группе с ПЭ - 12%.

Аллель 1298С также снижает активность фермента, хотя и не так значительно, как аллель 677Т. Лица, являющиеся компаунд-гетерозиготами по аллелям 677Т и 1298С (генотип 677СТ/1298АС), согласно некоторым исследованиям, имеют снижение активности фермента на 40-50%, как это бывает при гомозиготном носительстве MTHFR-677Т [7]. В нашем исследовании, полиморфный аллель 1298С был редким в контрольной группе - 10,3%, У беременных с ПЭ частота мутантного варианта оказалось выше: С-аллель - 36,6%.

Таблица 2 - Частоты генотипов и аллелей гена MTHFR (1298 A>C)

Генотипы, аллели	Преэклампсия		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Генотипы				
А/А	42	39%	27	93,1%
А/С	53	49%	2	6,9%
С/С	13	12%	-	-
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
А	137*	63,4%	52	89,7%
С	79**	36,6%	6	10,3%
Всего	216	100,0	58	100,0

*p< 0,05

Протромбин в организме характеризует состояние свертывающей системы крови и является одним из важнейших показателей коагулограммы. Протромбин или фактор II свертывания крови – это предшественник тромбина (белка, стимулирующего образование тромба). При наличии мутации G20210A замена гуанина на аденин в

позиции 20210 в гене протромбина обнаруживается повышенное количество химически нормального протромбина, уровень протромбина может быть в полтора-два раза выше, чем в норме и в итоге наблюдается тенденция к повышенному тромбообразованию [8]. У женщин с ПЭ отмечается увеличение доли генотипа в гетерозиготном состоянии гене F2 – 97,2 %, а также генотипа, содержащий аллель 20210 А – 48,6 %. Как известно, мутация протромбина A20210A встречается достоверно реже во всех группах репродуктивных потерь (по сравнению с лейденской мутацией и MTHFR 677T). В нашей работе, генотип A20210A в гене F2 в группе с ПЭ и в контрольной группе вообще не встретился. При беременности, наличие мутации A20210A повышает риск венозного тромбоза в 100-1000 раз (таблица 3).

Наличие патологического А-аллеля (GA, AA- генотип) – повышенный риск тромбофилии (ТФ) и акушерских осложнений. У гетерозиготных носителей этого полиморфизма отмечено повышение уровня протромбина на 50%.

Таблица 3 - Частоты генотипов и аллелей гена F2 (20210 G>A)

Генотипы, аллели	Преэклампсия		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Генотипы				
G/G	3	2,8%	21	72,4%
G/A	105	97,2%	8	27,6%
A/A	-	-	-	-
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
G	111*	51,4%	43	74,2%
A	105*	48,6%	15	25,8%
Всего	216	100,0	58	100,0
*p< 0,05				

Лейденская мутация гена V фактора (FV Leiden) свертывания крови характеризуется заменой остатка гуанина в положении 1691 гена на остаток аденина (G1691A) [36] и локализована на хромосоме 1q23. Мутация FV Leiden наследуется по аутосомно-доминантному принципу. Как известно, носители точковой мутации G1691A (R506Q) в факторе V (Лейденская мутация) обладают повышенным риском развития тромбоза. Известно, что гетерозиготные носители ассоциируется с повышенным риском возникновения акушерской патологии в 4-8 раз. У беременных женщин – носительниц лейденской мутации, повышен риск плацентарного тромбообразования. Именно тромбозы в плаценте являются причиной повышенного риска развития всех вышеперечисленных осложнений. В группе с ПЭ обнаружено увеличение гетерозиготного носительства в гене FV G/A – 58,3 % по сравнению с контрольной группой – 31,2 %. У женщин из группы с ПЭ, также как и у фертильных женщин, гомозиготный вариант мутации G20210A FV нами не выявлен (таблица 4). По данным литературы [9], гомозиготы встречаются редко (примерно 1:1600) и такое носительство увеличивает риск поздних осложнений беременности в 80 раз. Также, отмечено возрастание в группе с ПЭ полиморфного аллеля 20210A в гене FV практически в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Лейденская мутация часто встречается в сочетании с мутацией G20210A FII, что увеличивает риск осложнений беременности в 2-4 раза [10]. Таким образом, мутация, предрасполагающая к развитию артериального тромбоза, может являться фактором риска развития гестоза.

Таблица 4 - Частоты генотипов и аллелей гена F5 (1691 G>A)

Генотипы, аллели	Преэклампсия		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Генотипы				
G/G	45	41,7%	20	69,0%
G/A	63	58,3%	9	31,0%
A/A	-	-	-	-
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
G	153	70,8%	49	84,5%
A	63*	29,2%	9	15,5%
Всего	216	100,0	58	100,0

*p< 0,05

Ангиотензиноген вырабатывается в печени и является предшественником ангиотензина II — важного физиологического регулятора артериального давления и водно-солевого обмена. Ген AGT кодирует аминокислотную последовательность белковой молекулы ангиотензиногена. Варианты полиморфизма гена AGT отличаются одним нуклеотидом. Замена нуклеотида тимина (Т) на цитозин (С) приводит к замене аминокислоты метионина на треонин в позиции 235 пептидной цепи ангиотензиногена. За счет этой замены меняются свойства ангиотензиногена.

Как представлено в таблице 5, частоты генотипов в основной группе для AGT C521T гена распределились следующим образом: частота гомозигот по благоприятному варианту составило – 63,8% (С/С), гомозиготы по мутантному варианту составили - 2,9% (Т/Т), частота гетерозигот оказалась равной - 33,3% (С/Т). Частота обнаружения генотипа С/С в контрольной группе составило - 75,8%, генотипа С/Т – 24,2%. Выявление гомозигот по мутантному варианту свидетельствует о среднем увеличении риска развития преэклампсии [11].

Таблица 5 - Частоты генотипов и аллелей гена AGT (521 С>Т)

Генотипы, аллели	Преэклампсия		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Генотипы				
С/С	69	63,8%	22	75,8%
С/Т	36	33,3%	7	24,2%
Т/Т	3	2,9%	-	-
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
С	174	80,6%	51	87,9%
Т	42	19,4%	7	12,1%
Всего	216	100,0	58	100,0

*p< 0,05

В контрольной группе, частота встречаемости С-аллели гена AGT C521T превалирует над частотой Т-аллели (87,9% и 12,1% соответственно). У беременных с ПЭ частота мутантного варианта оказалось выше: С-аллель – 80,6% и Т-аллель – 19,4%.

Наиболее значимые, с клинической точки зрения, варианты гена AGT 1 обусловлены точечными нуклеотидными полиморфизмами, приводящими к аминокислотным заменам в 174 кодоне гена - Т174М. Находясь в единой группе сцепления с другими полиморфизмами гена, они детерминируют повышенный уровень экспрессии ангиотензиногена, что в свою очередь расценивается как фактор, предрасполагающий к развитию артериальной гипертензии и как следствие преэклампсии.

Замена нуклеотида тимина (Т) на цитозин (С) приводит к замене аминокислоты метионина на треонин в позиции 235 пептидной цепи ангиотензиногена. За счет этой замены меняются свойства ангиотензиногена.

Носительство варианта С гена AGT T704C предопределяет большую склонность к ряду заболеваний, прежде всего к артериальной гипертензии, и прежде всего ассоциированы с развитием ПЭ. Наиболее предрасположены к этим заболеваниям лица с генотипом С/С. Частота обнаружения генотипа Т/Т в контрольной группе составило- 65,5%, генотипа Т/С – 27,6%, а гомозиготы по мутантному варианту встречались в 6,9% случаев.

В контрольной группе, частота встречаемости С-аллели гена AGT C521T превалирует над частотой Т-аллели (79,3% и 20,7% соответственно). У беременных с ПЭ частота мутантного варианта оказалось выше: С-аллель – 47,2% и Т-аллель – 52,8% (таблица 6). Результаты исследования свидетельствуют о среднем увеличении риска развития преэклампсии у пациенток, гомозиготных по варианту (704 Т>С) [12].

Таблица 6 - Частоты генотипов и аллелей гена AGT (704 Т>С)

Генотипы, аллели	Преэклампсия*		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Генотипы				
Т/Т	20	18,2%	19	65,5%
Т/С	62	57,6%	8	27,6%
С/С	26	24,2%	2	6,9%
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
Т	102*	47,2%	46	79,3%
С	114**	52,8%	12	20,7%
Всего	216	100,0	58	100,0

*p< 0,05, **p< 0,001

Основным эндотелиальным фактором релаксации является оксид азота (NO). Он участвует в поддержании тонуса сосудистой стенки, тромбогенезе, стабилизации реологических свойств крови, ликвидации последствий метаболического ацидоза, нейротрансмиссии, реакции иммунной системы, и др. [13, 14]. Эндотелиальная дисфункция является ведущим фактором патогенеза преэклампсии. У женщин с ПЭ отмечается увеличение доли генотипа 786 Т/Т в гене eNOS3, что составило 21,3%. Так, вариантный аллель 786Т гена eNOS3 ассоциирован с преэклампсией, т. к. его носительство увеличивало в 2,5 раза риск этого осложнения беременности (таблица 7). Напротив, аллель С изучаемого полиморфного маркера является «протективным» в отношении преэклампсии. Аллельные варианты этого гена приводят к снижению уровня экспрессии NO-синтазы и, как следствие, снижению устойчивости организма к гипертензивным состояниям со стороны внешней и внутренней среды [15,16].

Таблица 7 - Частоты генотипов и аллелей гена eNOS₃ (786 С>Т)

Генотипы, аллели	Преэклампсия*		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Генотипы				
С/С	3	2,8%	19	65,5%
С/Т	82	75,9%	9	31,0%
Т/Т	23	21,3%	1	3,5%
Всего	108	100,0	29	100,0
Аллели				
С	88**	40,7%	47	81,0%
Т	128**	59,3%	11	19,0%

Всего	216	100,0	58	100,0
**p< 0,001				

Результаты, полученные в ходе нашего исследования, позволяют предположить о высокой вероятности ассоциации полиморфных вариантов генов с ПЭ.

Таким образом, своевременное выявление полиморфизма генов имеет важное значение для разработки дифференцированного подхода к профилактике и назначению терапии, что в значительной мере позволит снизить риск развития осложнений беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Анализ полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы в популяции Северо-западного региона России // Экологическая генетика. – 2004. – Вып. 4. – С. 40 – 43.

2 Макацария А.Д. Антитела к фосфолипидам, генетические формы тромбофилии и гестозы / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе, С.М. Баймурадова и др. // Тез. докл. 36 международного конгресса по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. – М., 2004. – С. 130 – 131.

3 Мозговая Е. В. Исследование генетической предрасположенности к гестозу: полиморфизм генов, участвующих в регуляции функции эндотелия // Журнал акушерства и женских болезней. – том LII – выпуск 2. – 2003. – С. 102 – 111.

4 Калашникова Е.А. Ассоциация наследственных факторов тромбофилии с невынашиванием беременности у женщин в русской популяции / Е.А. Калашникова, С.Н. Кокаровцева // Медицинская генетика. 2005. – Т. 4, № 8. – С.

5 Friso S., Girelli D., Trabetti E. et al. A1298C methylenetetrahydrofolate reductase mutation and coronary artery disease: relationships with C677T polymorphism and homocysteine/folate metabolism. Clin Exp Med 2002. – 2: 7 – 12.

6 Kumar K.S., Govindaiah V., Naushad S.E. et al. Plasma homocysteine levels correlated to interactions between folate status and methylene tetrahydrofolate reductase gene mutation in women with unexplained recurrent pregnancy loss. J Obstet Gynaecol 2003. – 23: 55–58.

7 Малышева О.В. и др. Ассоциация полиморфных аллелей генов ACE и eNOS с развитием гестозов // Мед генетика. – 2003. – №2. – С. 25–31.

8 Benedetto C., Marozio L., Salton L. et al. Factor V Leiden and factor II G20210A in preeclampsia and HELLP syndrome // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2002. – Vol. 81. – N. 12. – P. 1095–1113.

9 Ахмедова Е.М. Гипергомоцистеинемия у беременных с гестозом: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2003. – 20 с. 386 – 390.

10 Faisel F., Rompran E.L., Hiltunen M. et al. Susceptibility to pre-eclampsia in Finnish women is associated with R485K polymorphism in the factor V gene, not with Leiden mutation // Eur J Hum Genet. – 2004. – Vol. 12. – N. 3. – P. 187–191.

11 The angiotensinogen gene M235T polymorphism and development of preeclampsia/eclampsia: a meta-analysis and meta-regression of observational studies. Zafarmand MH, Nijdam ME, Franx A, Grobbee DE, Bots ML. J Hypertens. –2008 Sep. – 26(9). –1726–3.

12 Quantitative assessment of the effect of angiotensinogen gene polymorphisms on the risk of coronary heart disease. Xu MQ, Ye Z, Hu FB, He L. Circulation. 2007– Sep 18. – 116(12). –1356 – 66.

13 Прокопенко В.М. Роль окислительного стресса в патогенезе гестоза / В.М. Прокопенко // Журнал акушерства и женских болезней, 2007. – Том 56. – № 4. – С. 31–36.

14 Салов И.А. Дисфункция эндотелия как один из патогенетических факторов расстройств микроциркуляции при гестозе // Медицинская генетика, 2007. – Т. 4. – № 3. – С. 62–72.

15 Спиридонова М.Г., Трифонова Е.А., Фадюшина СВ. и др. Молекулярно-генетический анализ полиморфных маркеров генов, ответственных за функционирование факторов эндотелиальной системы в связи с осложнённым протеканием беременности // Медицинская генетика, 2007. – Т. 4. – № 3. – С. 8–15.

16 Заварин В.В., Калинин М.Н., Радьков О.В. Роль межгенных взаимодействий вазоактивных генов в формировании предрасположенности к преэклампсии // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 11 (часть 1). – С. 36–38.

Материал поступил 12.04.13.

Түйін

А. А. НАҒЫМТАЕВА, А.В.БОРОВИКОВА, Д. Ж. ЖАНАТАЕВА,

Г. Ж. ӘБІЛДИНОВА

«Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы» АҚ, Астана қ.

ПРЕЭКЛАМПСИЯНЫҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫ – ГЕНЕТИКАЛЫҚ АСПЕКТТЕРІ

Зерттеу мақсаты преэклампсияның дамуымен бірнеше гендер-кандидаттардың: ангиотензиноген (AGT), метилентетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR), қанның ұю жүйесі гендері (F5, F2) полиморфты маркерлерінің іліктесуін анықтау болды. ПТР әдіспен зерттеулер өткізу барысында ПЭ мен әйелдердің тобында MTHFR 677T, 1298C; AGT 704C, 521T; eNOS3786T мутанты аллелдер жиілігінің, сонымен қатар осы аллелдер құрайтын генотиптердің өсуі белгіленді.

Преэклампсия бар тобында F5, F2 гендерде гетерозиготтық тасымалдаушылықтың көбейгені анықталды, ол гестоз дамуын қауып-қатер факторы болып саналады.

Сонымен, преэклампсия мен ассоциацияланған гендердің полиморфизмдерін уақытымен анықтауы жүктіліктің асқыну қауіпін айтарлықтай мөлшерде төмендетеді.

Түйін сөздер: преэклампсияның молекулярлы-генетикалық аспекті, ангиотензиноген, метилентетрагидрофолат-редуктазы, қан ұю жүйесінің гендері.

Summary

A. A. NAGIMTAYEVA, A.V. BOROVIKOVA, D.Z. ZHANATAEVA,

G.J. ABILDINOVA

National Research Center of Maternal and Child Care, Astana

MOLECULAR GENETIC ASPECTS OF PRE-ECLAMPSIA

The aim of the research was to investigate the association of polymorphic markers of several candidate genes: angiotensinogen (AGT), methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR), blood coagulation genes (F5, F2) with the development of pre-eclampsia.

In the course of the investigation by the PCR method in women with PE was an increase in the frequency of the mutant allele MTHFR 677T, 1298S; AGT 704c, 521T; eNOS3786T and genotypes containing these alleles. In the group with PE heterozygous found an increase in the carriage of genes F5, F2, which can be a risk factor for preeclampsia.

Thus, timely detection of polymorphisms of genes associated with PE greatly reduces the risk of pregnancy complications.

Key words: molecular and genetic aspects of pre-eclampsia, angiotensinogen, methylenetetrahydrofolate, genes of blood clotting.

УДК 616.248-073.173-053.2(574)

MD, PhD, professor R.I. ROZENSON

Astana Medical University, National Research Center for Maternal and Child Health

PEAK EXPIRATORY FLOW RATE IN CHILDREN OF ASTANA

We studied 689 children aged 7-15 years to calculate the modern peak expiratory flow parameters. The modern equipment - electronic device PICO-1 was used in this study. We also provided physicians enquiry concerning lung function monitoring in patients with asthma. The results showed that only small part (32,4%) of physicians uses peak expiratory flow parameters in their everyday workout of children with asthma.

Keywords: peak expiratory flow rate in children, allergic disease, the method of peak flow.

The idea of creating a cheap to produce and easy for practical application tool for measuring lung function in patients with bronchial asthma came to London researcher B.M.Wright in the mid-fifties of the last century [1]. Then London, one of the largest cities in the world, was mainly heated by coal, and a lot of industrial enterprises of the city had no means of purification of industrial air pollution. Therefore, the city was filled with smog that it was impossible to see just a few meters away, and the number of deaths from asthma exceeded deaths from heart attack and other cardiovascular diseases [2,3]. As described by B.M.Wright, it was based on observations of previous generations of British doctors who were trying to assess the functional properties of the lungs of examined patients with asthma either by volume through a standardized whistle or blow out the candles on the number located at a certain fixed distance from the subject. Further attempts were used to assess respiratory function with pressure gauges, invented much earlier to standardize the pressure in the tires of cars and bikes. However, most of the patients with asthma did not have the strength to just budge the arrow of the gauge. In this regard, Dr. B.M.Wright not only invented an instrument based on the registration of peak expiratory flow rate in the patients examined, but by registering a patent on this device, organized jointly by Clement Clarke with its industrial production, which began in the mid-70s. Original device was rather cumbersome (Figure 1), in connection with which it has been used a modification, called mini-Wright. With the use of this device a large number of students of this publication's author have done dissertation research in previous decades [4, c.62, 5, c.42, 6]. The rapid spread of the peak flow method for monitoring treatment in children with asthma was due to several factors. First, by virtue of age, children and especially teenagers are unable to adequately assess the severity of their condition, which required the introduction of affordable and low-cost method of objective assessment [7]. Second, at this age there is not enough good compliance, and teenagers often feel shy to use anti-inflammatory drugs in the presence of peers [8,9]. Third and finally, it is the use of this method allows you to quickly assess the negative impact of intercurrent factors such as concurrent acute respiratory disease, recent contact with a cat or use a food allergen, as well as the positive impact, for example, adequate immunotherapy [10,11].

The purpose of this study was to develop a simple, accessible approach for practitioners in Astana for objective assessment of lung function in children with bronchial asthma and other forms of respiratory allergosis.

Material and Methods:

The survey was conducted in 2012-2013, in several schools in Astana, as well as in the National Research Center for Maternal and Child Health. The study involved 689 children aged 7 to 15 years, with height from 110 to 175 cm. Children with allergic diseases of any of the "big atopy" who in the past three weeks had undergone acute respiratory infections, as well as children with any acute, chronic or recurrent respiratory tract disease, heart and blood vessels were excluded from the study. In contrast to earlier studies, which were generally carried out using an apparatus mini-Wright (Clement Clarke Int.) with a standard scale from 60 to 800

liters per minute, in this case, we used electronic pikfloumeters PICO-1 (Ferraris Respiratory Europe Ltd., UK) which allowed us to determine the PEFR precisely up to a single unit, which significantly increased the overall accuracy of the measurements. Comparison of the PICO-1 and mini-Wright (Clement Clarke Int.) results did not allow us to detect a statistically significant difference ($P > 0,1$). All studies were conducted in the morning, from 9 to 11 am, usually on an empty stomach. Studies were carried out in a standing position, with the first training being conducted, and then every child performed three attempts of forced expiration of which the best result was recorded. Children were ranked by age and sex, and were divided by height into ranges of 5 cm each. On the basis of these studies was first formed the final table (1), and then lined up centile schedules in accordance with the Stewart scale. We performed mathematical smoothing to get rid of random fluctuations on the moving average method. Mathematical and statistical processing of the results was carried out using software MS EXCEL 2010 (Microsoft Office-2010, Microsoft, USA), as well as Statistika 6.0 (StatSoft Inc., USA).

Results and discussion:

It is our deep conviction that the use of PEFR in routine clinical practice should involve not only medical specialists, including pediatric pulmonologists and allergists, but also the primary care specialists - pediatricians and general practitioners. However, if the measurement procedure is not particularly difficult, and is available for studying even some docile children over the age of four, the interpretation of the results using centile tables for non specialists represents substantial difficulties. Our own survey of 34 pediatricians during a conference on children's allergy showed that the peak flow method was used by 11 physicians (32.4%) in their work, while all of them were completely lost in the process of interpreting the results. Only three of them had on hand PEFR standard table, however, they were made more than 15 years ago by the author of this paper based on research carried out in the southern regions of Kazakhstan. Follow-up studies of our students have convincingly shown that there is a distinct trend towards continuous improvement in PEFR in terms of time, and the regional differences between northern and southern regions of the country may exceed 10% [4, c.33, 5, c. 58]. In this regard, it was of considerable interest, first, carrying out repeated research to develop standards for PERF with improved equipment, and secondly, the development of simple and affordable ways of interpretation for practitioners [11].

The results of our own research are presented in Table 1. Research has shown that gender differences in the age groups under 13 years did not exceed 6-7%, which from a practical point of view does not affect the assessment of the applicability of the use of indicators. However, own statistical studies have shown that in 93.8% of children with height 110 cm the PEFR were equal 150 liters per minute, and grew by 25 liters per minute with an increase in child's height of every 5 cm. Proceeding from the goal of the study the performance of peak expiratory flow rate in healthy children of Astana to develop standards and to present them in a convenient form for practitioners, we proposed the use of the following formula: $PEFR_{exp.} = 150 + 5x$ (child's height in cm - 110), where $PEFR_{exp.}$ stands for expected PEFR. For instance, height of the child is 140 cm, then $PEFR_{exp.} = 150 + 5x (140 - 110) = 300$ liters per minute.

Thus, we proposed a simple, accessible for practitioners (pediatric pulmonologist, allergist, pediatrician, general practitioner) method of calculating the level of PERF, the use of which can greatly facilitate the interpretation of the results of method and, thus, improve the quality of care for children and adolescent patients with bronchial asthma.

REFERENCES

- 1 Wright B.M., McKerrow C.B. Maximum forced expiratory flow rate as a measure of ventilatory capacity //Br. Med. J.- 1959.- Vol.2.(5159).- P.1041-1047

- 2 Ross Anderson H., Gupta R., Strachan D.P. 50 years of asthma: UK trends from 1955 to 2004 //Thorax.- 2007.- Vol.62.- N.1.- P.85-90
- 3 Chmelik F., Doughty A. Objective measurement of compliance in asthma treatment //Ann. Allergy.- 1994.- Vol.73.- N.6.- P.527-532
- 4 Жаксылыкова Г.А. Респираторные аллергии у детей Северо-Восточного региона Казахстана (эпидемиология, иммунотерапия, вторичная профилактика): автореф. дисс. ... докт. мед. наук.- Алматы, 2005.- 46 с.
- 5 Уразова С.Н. Особенности бронхиальной астмы у детей с эндокринопатиями. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.- Астана, 2010.- 34 с.
- 6 Моренко М.А. Клинико-фармакологическое обоснование целесообразности включения препаратов глицирризиновой кислоты в систему фармакотерапии бронхиальной астмы у детей.- Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.- Астана, 2010.- 44 с.
- 7 Van Royen E.S. Management of pediatric asthma at home and in school //Nurs.Clin.North Am. - 2013.- Vol.48.- N.1. - P. 165-175.
- 8 Marriage D., Hendersson J. Cognitive behaviour therapy for anxiety in children with asthma //Nurs. Child Young People.- 2012.- Vol.24.- N.9.- P. 30-34.
- 9 Guglani L., Haustad S.L., Johnson C.C. et al Effect of depressive symptoms on asthma intervention in urban teens //Ann. Allergy Asthma Immunol.-2012.- Vol.109.- N.4.- P. 237-242.
- 10 Saporta D. Changes in peak flow value during immunotherapy administration //J. of Environ. and Public Health.- 2012.-Vol.32.- P. 1-9.
- 11 So-Lun Lee, Shui-seng S.C., Peiris J.S. Malik et al Is respiratory viral infection really an important trigger of asthma exacerbations in children? // Eur. J. Pediatr.- 2011.- Vol.170.- P. 1317-1324.

Материал поступил 23.04.13.

Резюме

д.м.н., профессор Р.И. РОЗЕНСОН

Медицинский Университет Астана, Национальный Научный Центр Материнства и Детства

ПИКОВАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА У ДЕТЕЙ ГОРОДА АСТАНА

В статье отражены результаты исследования 689 детей в возрасте от 7 до 15 лет, ростом от 110 до 175 см. Из исследования исключались дети, страдающие любыми аллергическими заболеваниями из группы "больших атопий", перенесшие в последние три недели острые респираторные заболевания, а также дети, имеющие любые острые, хронические или рецидивирующие заболевания дыхательного тракта, сердца и сосудов. Проведенный нами опрос 34 врачей-педиатров во время конференции по детской аллергологии показал, что если метод пикфлоуметрии использовали в своей работе 11 врачей (32,4%), то все они совершенно терялись в процессе интерпретации результатов.

Ключевые слова: пиковая скорость выдоха у детей, аллергические заболевания, метод пикфлоуметрии.

Түйін

м.ғ.д., профессор Р.И. РОЗЕНСОН

Астана медициналық университеті, Ана мен бала Ұлттық ғылыми орталығы, Астана қ.

АСТАНА ҚАЛАСЫНДАҒЫ ДЕНІ САУ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕМ ШЫҒАРУЫНЫҢ ЖОҒАРҒЫ ЖЫЛДАМДЫҒЫ

Біздің бақылауымызбен 7-15 жастағы 689 дені сау балаға дем шығаруының жоғарғы жылдамдығы бойынша зерттеу жүргізілген. Көрсетілген зерттеу қазіргі заманға сай электрондық PICO-1 құрал-жабдығы арқылы өткізілді. Ис-шараға қатысқан барлық дәрігерлерге демікпесі бар

науқастардың өкпе функциясын бақылау туралы мәлімет берілген. Қорытынды көрсетілімге сәйкес, дәрігерлердің біркатары ғана (32,4%) демікпесі бар балалар үшін дем шығаруының жоғарғы жылдамдық зерттеуін күнделікті жұмыстарында қолданады.

Кілтті сөздер: балалардың дем шығаруының жоғарғы жылдамдығы, аллергиялық аурулар, пикфлоуметрия әдісі.

УДК616.89-008.441.13-36:577.151

И.Ю. СИРОТКИНА

Степногорская региональная психиатрическая больница, Акмолинская область

УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

В статье уделяется внимание высокой смертности от хронического алкоголизма и связь ферментного спектра сыворотки крови с поражением печени, проведено исследование пациентов страдающих алкоголизмом. Заболеваемость мужчин составляет 16,6%, женщин – 5,9%. Повышение активности трансаминаз выявлено в 36,8% случаев. У больных алкоголизмом мужчин гиперферментемия АлТ, АсТ отмечается в 3 раза чаще, чем у женщин - 44,6% против 14,8%. Наибольший процент повышения наблюдается в возрасте 25-54 лет.

Ключевые слова: трансаминаза, поражение печени, ферментный спектр сыворотки крови.

Введение. Связь между систематическим употреблением алкогольных напитков и заболеванием печени была известна с давних времен. Одним из первых на развитие поражений печени, обусловленных алкоголем, указал в 1543 г. выдающийся фламандский анатом Везалий. Первые работы по изучению ферментных спектров сыворотки крови у больных алкоголизмом появились в начале и середине 70-х годов [1, 2]. Среди многочисленных заболеваний внутренних органов, вызванных алкоголизмом, на первый план выступает поражение печени, в конечной стадии приводящее к развитию цирроза печени. Смертность от хронического алкоголизма (количество смертных исходов на 1 тыс. населения в год) следует за смертностью от заболеваний сердца, онкологических заболеваний и нарушений мозгового кровообращения, т. е. занимает четвертое место среди основных причин смерти. При этом 75% всех смертных исходов, обусловленных хроническим алкоголизмом, связано с развитием алкогольного цирроза печени. В социальном плане большое значение имеет то, что наибольший рост смертности от алкоголизма, и связанных с ним заболеваний наблюдается в молодых группах населения. Вероятно, самым мрачным аспектом проблемы «алкоголь и печень» является установленная еще в прошлом веке строго закономерная взаимозависимость между средним уровнем потребления алкоголя на душу населения и заболеваемостью циррозом печени, т. е. частотой случаев цирроза на 100 000 населения за 1 год. Заболеваемость циррозом резко снижалась в периоды введения «сухого закона» в некоторых странах, а также при вынужденном значительном снижении производства алкогольных напитков (например, в европейских странах во время второй мировой войны) и стремительно нарастала по мере расширения производства и продажи спиртного.

Существует немало сообщений, в которых подчеркивается роль гиперферментемии АлТ и АсТ в адаптационных перестройках внутриклеточного метаболизма при самых различных заболеваниях, предболезненных состояниях, острых интоксикациях и стрессах, в том числе и при алкогольном стрессе.

Целью настоящей статьи явилось оценка активности АлТ, АсТ среди пациентов Степногорской региональной психиатрической больницы, страдающих алкоголизмом.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе ГККП «Степногорская региональная психиатрическая больница» за период 2010-2012 гг. В составе обслуживаемых районов: Шортандинский, Буландинский, Целиноградский, Аршалынский, Ерейментауский, Аккольский, Енбекшильдерский и город Степногорск. Материал исследования – сыворотка крови. Определение активности аминотрансфераз производилось унифицированным методом Райтмана-Френкеля. В рамках данной работы проанализированы данные, хранящиеся в базе ЕИСЗ.

Результаты и обсуждение. Из 5823 больных, пролеченных в СРПБ за 2010-2012 гг., число больных алкоголизмом составило 1314, что составляет 22,6%. Средний возраст больных алкоголизмом составил 41,8 года. Среди них женщин – 345 (26,3%), мужчин – 969 (73,7%). По отношению к общему числу: мужчины страдают алкоголизмом в 16,6% случаев, женщины – в 5,9%.

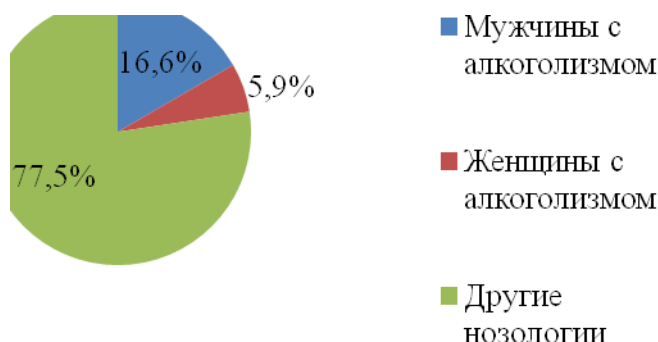


Рисунок 1 - Половая структура алкоголизма

Таблица - Возрастная и половая структура гипертрансаминаземии

возрастные группы	женщины	мужчины	пациенты с гипертрансаминаземией	женщины с гипертрансаминаземией	мужчины с гипертрансаминаземией
1937-1947	12	45	6	1	6
1948-1957	48	108	15	3	12
1958-1967	66	234	114	11	102
1968-1977	102	297	183	18	165
1978-1987	105	267	153	12	141
1988-1996	12	18	12	6	6
всего	345	969	483	51	432

Повышение уровня трансаминаз (таб.) наблюдалось у 483 пациентов, что составило 36,8%.

Анализ возрастной структуры выявил, что наибольшее количество больных алкоголизмом наблюдается в возрасте 25-54 года, и в этом же, самом продуктивном возрасте наблюдается наибольший рост активности трансаминаз.

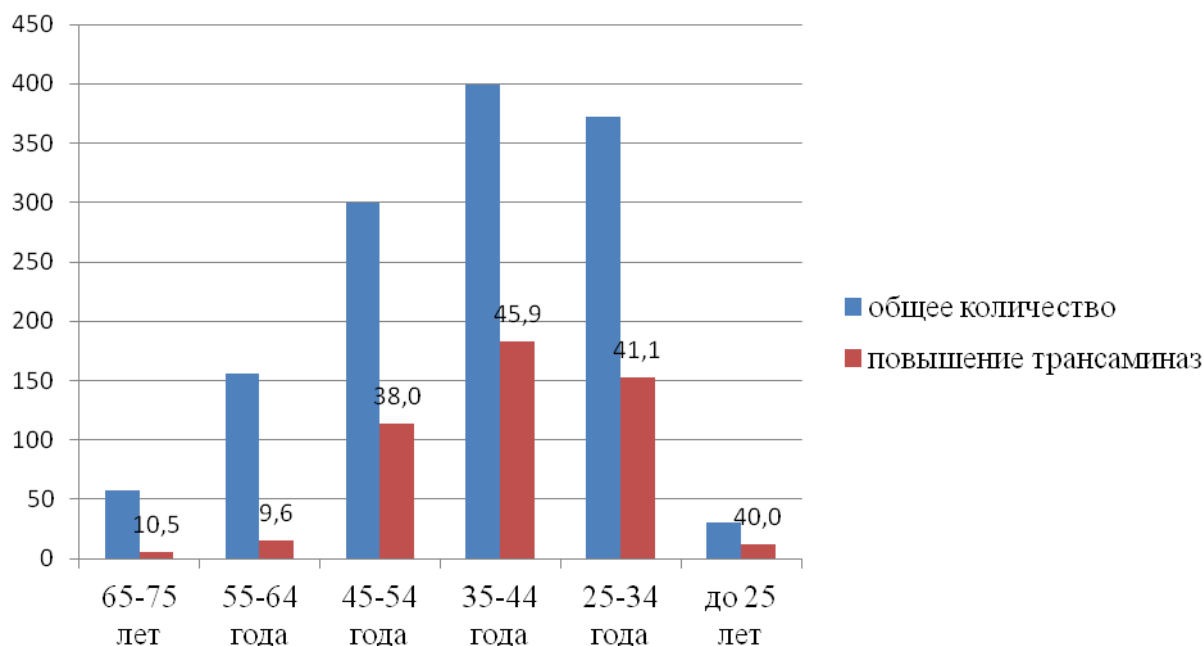


Рисунок 2 - Возрастная структура гиперферментемии АлТ, АсТ

Из рисунка 2 видно, что около 25 лет происходит резкий скачок общего количества больных алкоголизмом, а в возрастных группах 25-34, 35-44 и 45-54 года наблюдается наибольший процент повышения активности трансаминаз. После 45 лет количество больных алкоголизмом постепенно снижается, очевидно, в связи со смертью пациентов от различных причин, вызываемых алкоголизмом.

Среди мужчин гиперферментемия АлТ, АсТ встречается в 432 случаях, среди женщин – в 51 случаях, что составляет 44,6% и 14,8% соответственно.

Из вышеизложенного видно, что повышение активности трансаминаз у страдающих алкоголизмом мужчин встречается в 3 раза чаще, чем у женщин.

Более 95% больных алкоголизмом, поступающих в стационар, это пациенты в состоянии длительных запоев. То есть токсическое действие алкоголя проявляется в основном в виде острых токсических (алкогольных) гепатитов с высвобождением цитозольных фракций АЛТ и АСТ [3, 4, 5].

По разным данным [6,7,8,9], *острый алкогольный гепатит* выявляется у 10-34% пьющих людей, преимущественно у мужчин в возрасте 35—55 лет, что согласуется с данными, полученными в ходе настоящего исследования.

Результаты многолетних наблюдений за больными алкоголизмом, неалкогольными наркоманиями и токсикоманиями показали, что даже измерение общей активности трансаминаз и их соотношения (АСТ/АЛТ) имеет достаточно высокую диагностическую ценность для уточнения стадии алкоголизма и обнаружения патологии печени или сердца, сопутствующей алкоголизации, а также для дифференциальной диагностики алкоголизма и лекарственных политоксикоманий [10,11]. Определение аминотрансфераз входит в обязательный перечень анализов, сдаваемых при поступлении в стационар, оно дешево и не требует сложного оборудования.

Заключение. Таким образом, на основании анализа активности АлТ, АсТ у больных алкоголизмом по г. Степногорску и прилегающим районам можно сделать следующие **выводы:**

1. Заболеваемость алкоголизмом мужчин составляет 16,6%, женщин – 5,9%.
2. В структуре заболеваемости алкоголизмом мужчины составляют 73,7%, женщины – 26,3%.

3. Повышение активности трансаминаз выявлено у 36,8% больных алкоголизмом.
4. У больных алкоголизмом мужчин гиперферментемия АлТ, АсТ отмечается в 3 раза чаще, чем у женщин - 44,6% против 14,8%.
5. Наибольший процент повышения наблюдается в возрасте 25-54 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Колупаев Г.П., Поленко В.К., Хазанов А.И. Об особенностях повреждений печени у больных с хронической интоксикацией алкоголем. Журнал невропатологии и психиатрии 1976;76(2):244-9.
- 2 Панченко Л.Ф., Яковченко В.А., Алябьева Т.Н. и др. Роль ферментных тестов в клинической характеристике хронического алкоголизма. В сб.: Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Москва, 1981;1.
- 3 Хазанов А.И. Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. Т3. Болезни печени и билиарной системы. М.: Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, 2002.
- 4 Бабак О.Я. Клиническое значение и диагностическая тактика при повышении уровня трансаминаз в сыворотке крови при отсутствии клинических проявлений. Медицинский журнал "Искусство лечения. Мистецтво лікування". 2006 № 8.
- 5 Аджигайтканова С.К. Алкогольный гепатит. Российский медицинский журнал. 2008 №1.
- 6 Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология.– Рига: Звайне, 1984. – 256 с.
- 7 Буеверов А.О. Алкогольная болезнь печени. Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, №9. – С. 16-18.
- 8 Иванец Н.Н., Кошкина Е.А. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России. Алкогольная болезнь: Реферативный сборник ВИНТИ.– М., 2000. – №1. – С.152-153.
- 9 Медведев В.Н., Кораблин Н.И. Алкогольная болезнь печени: диагностика и лечение острого и хронического алкогольного гепатита. Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, №7. – 125 с.
- 10 Калинин А.В. Алкогольная болезнь печени. Фарматека. 2005.
- 11 Горюшкин И.И. Алкоголизм: механизмы изменения активности гамма-глутамилтрансферазы и аспартатаминотрансферазы и возможность предотвращения жировой инфильтрации печени. Вопросы наркологии. 2001; 1.

Материал поступил 08.05.13.

Түйін

И.Ю. СИРОТКИНА

Степногорск аймақтық психиатриялық ауруханасы, Ақмола ауданы

МАСКҮНЕМДІК КЕЗІНДЕГІ ТРАНСАМИНАЗА ДЕҢГЕЙІ

Созылмалы маскүнемдіктен өлімнің көбеюіне және қан сарысуының ферменттік спектрінің адам бауырының зақымдануымен байланысын ескере отырып, маскүнемдікпен ауырған емделушілерге зерттеу жүргізілген. Еркектер ауруы-16,6%, әйелдер ауруы - 5,9% құрайды. Трансаминаза белсенділігінің арттырылу көрсеткіші 36,8% жағдайларда байқалған. Маскүнемдікпен ауыратын еркектердің АлТ, АсТ гиперферментемиясы 3 есе жиі кездеседі, әйелдердің көрсеткіші 44,6% құраса, еркектерде 14,8%, әсіресе 25-54 жас аралығында ең жоғарғы көрсеткіш байқалады.

Түйін сөздер: трансаминаза, бауырдың зақымдануымен қан сарысуының ферменттік спектрі.

Summary

I.U. SIROTKINA

Stepnogorsk Regional Psychiatric Hospital, Akmola region

TRANSMINASE LEVELS IN ALCOHOLISM

Given the high mortality from chronic alcoholism and relationship of blood serum enzyme with liver disease, a research of patients suffering from alcoholism. The incidence of men is 16.6%, women - 5.9%. Increased activity of enzymes found in 36.8% of cases. Patients with alcoholic men hyperenzymemia ALT, AST noted in 3 times more often than women - 44.6% versus 14.8%. The largest percentage increase is observed in the age of 25-54 years.

Key words: transaminase, serum enzyme spectrum with liver damage.

УДК 616.61-78

Б.С. ТУЙШИЕВ, к.м.н. А.В. КВАШНИН, Р.К. АЛБАЕВ

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ КРОВИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В статье приведены результаты применения ультрафильтрации крови у 34 пациентов с ИБС во время операции АКШ в условиях искусственного кровообращения. Метод позволил удалить избыток количества жидкости, электролитов плазмы, а также токсических низко- и среднемолекулярных соединений, достигнуть необходимого гематокрита, уменьшить послеоперационную гемотрансфузию.

Ключевые слова: интраоперационная ультрафильтрация крови, операции в условиях искусственного кровообращения, послеоперационная гемотрансфузия.

Введение. Широкое применение в кардиохирургической практике бескровной заправки аппарата искусственного кровообращения (ИК) и метода кристаллоидной кардиopleгии может приводить к такому разведению крови больного, когда гемодилюция перестает быть управляемой. Чрезмерная гемодилюция приводит к уменьшению кислородной емкости крови, нарушению ее свертывающей системы, осмотического и коллоидного гомеостаза, увеличению объема внеклеточной жидкости, повышению интерстициального давления. Все это может приводить к развитию в ближайшем постперфузионном периоде острой сердечной или легочной недостаточности, так называемое "отравление водой" [1].

Применяемая для профилактики таких осложнений методика эвакуации из операционного поля "отработанного" кардиоплегического раствора обычным наружным отсосом неизбежно сопровождается непреднамеренной кровопотерей и, в итоге, увеличивает количество переливаемой донорской крови. Из существующих способов реверсии гемодилюции, к которым относится медикаментозная стимуляция диуреза и ультрафильтрация, наиболее эффективным во время ИК является второй метод [2].

Ультрафильтрация (гемофильтрация, ультрафильтрационная гемоконцентрация - УФГ) - метод удаления из крови воды, электролитов и других соединений с относительно малой молекулярной массой путем их конвективного транспорта через

полупроницаемую мембрану. Все соединения, молекулярная масса которых позволяет проникнуть через поры мембраны ультрафильтра, удаляются. В настоящее время этот метод является общепризнанным и широко применяемым при операциях на открытом сердце [3].

Цель исследования – оценка результатов внедрения ультрафильтрации крови во время операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. Основу работы составили результаты проведения 34 ультрафильтраций пациентам с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым в отделении кардиохирургии была произведена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях ИК. Возраст пациентов колебался от 42 до 76 лет, из них мужчин было 21 (61,8%), женщин – 13 (38,2%).

При этом 87% больных были отнесены к III функциональному классу (ФК), 8,6% - к IV ФК, 4,4% - ко II ФК. Все больные были с нестабильной стенокардией (НС). У 29 (85,3%) пациентов диагностирован постинфарктный кардиосклероз (ПИКС). Из сопутствующих заболеваний сахарный диабет (СД) II типа наблюдался у 18 (52,9%), а артериальная гипертензия (АГ) регистрировалась практически у всех пациентов 30 (88,2%). По результатам эхокардиографии и левой вентрикулографии средняя величина фракции изгнания составляла 51%.

У всех пациентов имелись, так называемые, предоперационные (относительные) показания для проведения ультрафильтрации: предстоящее ИК и наличие отеков. Но основным показанием являлись избыточная гемодилюция со снижением гематокрита менее 20% и уровнем Hb 65 ммоль/л, возникшая по ходу операции.

К аппарату ИК ультрафильтр подключали с помощью отдельного роликового насоса. Ультрафильтрацию начинали с включения насоса.

Под действием трансмембранного давления, представляющего сумму давления во внутренней полости микрофильтра (между мембраной и корпусом) и давления на входе и выходе устройства, осуществлялось движение крови вдоль волокон, при этом вода, электролиты и мелкие молекулы плазмы фильтровались через мембрану и удалялись из крови. Трансмембранное давление, зависящее от сопротивления ультрафильтрата току крови, не должно было превышать 700-800 мм рт. ст. Более высокое давление могло вызывать гемолиз и привести к разрыву мембраны.

При проведении процедуры постоянно следили за уровнем калия сыворотки, так как удаление большого количества ультрафильтрата (свыше 3 литров у взрослого) могло вызвать гипокалиемию. При необходимости применяли коррегирующие препараты.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях в процессе ультрафильтрации концентрация форменных элементов крови увеличивалась пропорционально количеству удаленной жидкости. Гепарин частично выводился с ультрафильтратом, и его уровень в плазме несколько снижался, но без риска развития гемолиза.

Скорость прохождения крови через ультрафильтр была оптимальной и составляла 100-300 мл/мин, что позволило избежать таких осложнений, как сгущение крови и гиповолемия. Ультрафильтрацию проводили до тех пор, пока не был достигнут уровень гематокрита 22-25%.

Ни в одном случае не потребовалось проведения гемотранфузии.

Каких-либо специфических осложнений, характерных именно для ультрафильтрации, проводимой при операциях с ИК, нами не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, применение интраоперационной ультрафильтрации у пациентов с ИБС, оперированных в условиях ИК, позволило удалить избыток количества жидкости, электролитов плазмы, а также токсических низко- и среднемoleкулярных соединений, достигнуть необходимого гематокрита, уменьшить послеоперационную гемотранфузию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. и др. Органная недостаточность после операций с искусственным кровообращением: факторы риска и прогноз развития// *Анналы РНЦХ им. Б.В. Петровского.*- 2011.- №15.- С. 128-132.

2 Чарная М.А., Морозов Ю.А., Гладышева В.Г., Крапивкин И.А. Влияние технических характеристик экстракорпоральных контуров на тромбоцитарное звено гемостаза, систему фибринолиза и развитие гемолиза// *Вестн. РАМН.*- 2011.- №10.- С.12-15.

3 Елисеев А.А. Ультрафильтрация при искусственном кровообращении// *Тез. док. и сообщ. 2-го съезда по экстракорпоральным технологиям.*- Казань.- 2008.- С.37-38.

Материал поступил 11.05.13.

Түйін

Б.С. ТҮЙШИЕВ, м.ғ.к. А.В. КВАШНИН, Р.К. АЛБАЕВ
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығы Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ЖАСАНДЫ ҚАНАЙНАЛЫМЫ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ОПЕРАЦИЯЛАР КЕЗІНДЕ ҚАН УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯСЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада жасанды қанайналымы жағдайындағы АКШ операциялары кезінде ЖИА-сы бар 34 емделушіге қан ультрафильтрациясын қолдану нәтижелері келтірілген. Әдіс сұйықтың артық мөлшерін, плазма электролиттерін, сондай-ақ токсинді төменгі және орташа молекулярлы қосылыстарды жоюға, қажетті гематокритке қол жеткізуге, операциядан кейінгі гемотрансфузияны азайтуға мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: интраоперациялық қан ультрафильтрациясы, жасанды қанайналымы жағдайындағы операциялар, операциядан кейінгі гемотрансфузия.

Summary

B.S. TUISHIYEV, PhD A.V. KVASHNIN, R.K. ALBAYEV
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

EXPERIENCE OF BLOOD ULTRAFILTRATION DURING EXTRACORPOREAL CIRCULATION SURGERY

The results of use of blood ultrafiltration in 34 patients with coronary artery disease during coronary artery shunt procedures surgery under extracorporeal circulation. This method let to remove the excess fluid, plasma electrolytes, and low toxic - and medium weight compounds, to achieve the required hematocrit, reduce postoperative blood transfusion.

Keywords: intraoperative blood ultrafiltration, surgery under extracorporeal circulation, post-operative blood transfusion.

УДК 612.017:577

Н.А.ФЕДЬКИНА

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЯИЧНИКОВ

Оценена эффективность применения онкомаркеров СА-153 и СА-125 для донозологической диагностики рака молочной железы и яичников. Результаты ИФА-исследования онкомаркеров показали, что иммунологический онкомаркер СА-125 можно использовать для выявления рака яичников на ранних стадиях заболевания, а онкомаркер СА-153 не обладает достаточной диагностической чувствительностью и может использоваться для обнаружения манифестации метастазов, мониторинга течения и выявления рецидивов РМЖ.

Ключевые слова: рак молочной железы, рак яичников, донозологическая диагностика, иммунологические онкомаркеры СА-153 и СА-125.

Введение. Одной из важнейших проблем современной онкологии является эффективная диагностика и своевременное лечение рака молочной железы (РМЖ) и яичников. По данным ВОЗ, ежегодно во всем мире выявляют около 1 млн новых случаев РМЖ, и около 500 тысяч женщин умирают от него [1].

В Казахстане первое место по распространенности рака в женской популяции принадлежит новообразованиям молочной железы (21,4%), далее следуют опухоли кожи (11,6%), шейки матки (8,8%), желудка (6,2%), яичников (5,7%). Вероятность возникновения РМЖ увеличивается с возрастом, а начиная с 35-летнего возраста, его частота резко возрастает. Суммарная заболеваемость РМЖ во всех возрастных группах составляет 41,7 случаев на 100 тыс. населения, максимум регистрируется у лиц в возрасте 60-64 года – 159,8 случаев [2].

Одним из способов ранней диагностики рака является выявление онкомаркеров – белков, концентрация которых в крови коррелирует с наличием или ростом злокачественной опухоли.

Базовым онкомаркером РМЖ является СА-153. Высокий уровень синтеза данного онкомаркера при РМЖ приводит к повышению его концентрации в общем кровотоке. Патогномичным индикатором рака яичников является онкомаркер СА-125.

Большими преимуществами ИФА-исследования на онкомаркеры являлись сравнительная простота, приемлемая стоимость, неинвазивность и доступность для выполнения. Однако диагностика рака этими лабораторными тестами обладала рядом недостатков. Так, они имели стадиозависимость, и у ряда больных на ранних стадиях рака маркеры оставались в пределах нормы. Еще одним недостатком являлась их относительная специфичность, когда повышение маркера могло быть обусловлено не только злокачественным новообразованием, но и другими клинически значимыми патологическими процессами в этих органах. Проведенные международные исследования показали, что в рамках разработанных скрининговых программ эти маркеры позволяют осуществлять активное выявление больных со злокачественными новообразованиями [3].

Цель исследования - оценить эффективность применения онкомаркеров СА-153 и СА-125 для донозологической диагностики рака молочной железы и яичников.

Материалы и методы. В соматическом отделении больницы было проведено ИФА-исследование на онкомаркеры 79 пациенткам, из них СА-125 - 39 (49,4%) пациенткам в возрасте от 35 до 70 лет и СА-153 - 40 (50,6%) пациенткам в возрасте от 18 до 68 лет.

В исследуемые группы вошли пациентки с высокими факторами риска развития онкозаболевания: мастопатия – 35 (44,3%), поздняя менопауза – 17 (21,5%), отсутствие родов – 3 (3,8%), длительная заместительная гормонотерапия эстрогенами в постменопаузном периоде – 9 (11,4%), неблагоприятные изменения гормонального статуса на фоне эндокринно-метаболических заболеваний – ожирения - 4 (5,1%), сахарного диабета 2 типа - 11 (13,9%).

Результаты и обсуждение. При проведении исследования на СА-125 выявлено 3 случая повышения иммунологического онкомаркера до диагностического уровня (свыше 35 Ед/мл). При этом данные УЗИ подтвердили наличие образования яичников во всех случаях. Выявляемость в данной группе исследований составила 7,7%. Пациентки были направлены на дообследование.

При обследовании женщин на СА-153 повышение онкомаркера в сыворотке крови до диагностического уровня (свыше 30 Ед/мл) было выявлено в 1 случае. При этом наличие образования молочной железы подтвердилось данными маммографии. Больная прооперирована, выставлен диагноз рака молочной железы Пб стадии с наличием метастазов в регионарные лимфоузлы. В другом случае в этой же группе обследованных женщин диагностирован рак молочной железы без метастазов по данным УЗИ, маммографии, цитологии, но без повышения уровня СА-153.

Наш опыт применения тестов для определения концентрации СА-153 в клинической лабораторной практике совпадает с мировым опытом и свидетельствует о том, что данный онкомаркер недостаточно эффективен для скрининга РМЖ у женщин, не имеющих симптомов, характерных для опухолевого заболевания. Чувствительность первичной диагностики РМЖ данным лабораторным тестом варьирует от 15 до 60% (в среднем составляет около 30%). При этом чувствительность тестов возрастает при вовлечении в процесс болезни региональных лимфоузлов, по данным различных исследований отдаленные метастазы при рецидивах РМЖ диагностируются до 90% случаев [4,5].

Заключение. Таким образом, результаты ИФА-исследования онкомаркеров у женщин с высокими факторами риска развития онкозаболевания показали, что иммунологический онкомаркер СА-125 можно использовать для выявления рака яичников на ранних стадиях заболевания и возможно его включение в перечень обследований при диспансеризации в комбинации с УЗИ органов малого таза. Тогда как, онкомаркер СА-153 не обладает достаточной диагностической чувствительностью и может использоваться для обнаружения манифестации метастазов, мониторинга течения и выявления рецидивов РМЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ferlay J., Shin H., Bray F., et al. GLOBOCAN 2008: cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide . Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2010.
- 2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». – Астана: 2012.
- 3 Алексеева М.Л., Гусарова Е.В., Муллабаева С.М., Понкратова Т.С. Онкомаркеры, их характеристика и некоторые аспекты клинико-диагностического использования (обзор литературы)// Проблемы репродукции.- 2005.- № 3.- С. 65-79.
- 4 Мотавкина Н.С., Коршукова О.А., Миронова А.В. Иммунные онкомаркеры у женщин разного возраста в неодинаковых экологических условиях как диагностический и прогностический индикатор злокачественных опухолей// Ж. Аллергология и иммунология.- 2005.- Т.6, №2.- С. 277-278.
- 5 Коршукова О.А., Мотавкина Н.С. Диагностическая значимость выявления антигенных онкомаркеров у женщин постменопаузального периода //Современные проблемы науки и образования.- 2007.- № 6.- С. 8-9.

Материал поступил 29.04.13.

Түйін

Н.А. ФЕДЬКИНА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

НОЗОЛОГИЯҒА ДЕЙІНГІ ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ СҮТ БЕЗІ МЕН АНАЛЫҚ БЕЗДЕ ОБЫРДЫҢ ДАМУЫН БОЛЖАУ

Сүт безі (СБО) мен аналық безде обырды нозологияға дейінгі диагностика үшін СА-153 және СА-125 онкомаркерлерді қолдану тиімділігі бағаланған. Онкологиялық аурулардың даму қаупінің жоғары факторы бар 18-70 жастағы 79 емделушінің ИФТ зерттеулері келтірілген. Онкомаркерлердің ИФТ зерттеулері нәтижелері СА-125 иммунологиялық онкомаркерді аурулардың ерте сатысында аналық без обырын анықтау үшін пайдалануға болатындығын көрсетті, ал СА-153 онкомаркер жеткілікті диагностикалық сезімтал емес және метастаздардың манифестациясын, аурудың барысы мониторингін және СБО-ның қайталануын анықтау үшін пайдалануы мүмкін.

Түйін сөздер: сүт безі обыры, аналық без обыры, нозологияға дейінгі диагностика, СА-153 және СА-125 иммунологиялық онкомаркерлер.

Summary

N.A. FEDKINA

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

PRENOLOGICAL DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF BREAST CANCER AND OVARIAN

The efficiency of the use of tumor markers CA-153 and CA-125 for prenosological diagnosis of breast cancer and ovarian cancer. The results of the EFA researches in 79 patients aged 18 to 70 years with high risk factor of cancer. The results of EFA researches of tumor markers showed that the immunological tumor marker CA-125 can be used to detect ovarian cancer in the early stages of the disease, and tumor marker CA-153 does not have sufficient diagnostic sensitivity and can be used to detect the manifestation of metastases, monitoring the flow and detection of recurrence of breast cancer.

Key words: breast cancer, ovarian cancer, prenosological diagnosis, immunological tumor markers CA-153 and CA-125.

ОБЗОРЫ



УДК578:616.36-002-074

Е.А. МАРЧЕНКО

ТОО «INVIVO», г. Астана

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ФИБРОТЕСТА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Статья посвящена проблеме точной оценки степени фиброза печени, необходимой для проведения успешного индивидуального менеджмента пациента. Автор раскрывает тему диагностики фиброза с использованием малоинвазивных и легких в исполнении методов оценки

фиброза печени сывороточным биомаркерам. Особое внимание в статье обращено на прогностическую ценность диагностики фиброза с использованием сывороточных маркеров FibroTest. В обзоре детально описаны компоненты фибротеста и статистическое построение его прогностической модели. Выявлена и обоснована необходимость для включения неинвазивных маркеров фиброза для профильной оценки пациентов с хроническим гепатитом С, особенно в случаях, когда проведение биопсии невозможно.

Ключевые слова: фиброз печени, диагностика фиброза, хронический гепатит С, патология печени, биопсия печени, фибротест.

Одной из актуальных проблем здравоохранения остается такая тяжелая форма патологии печени как вирусный гепатит С (HCV), распространенность которого в мире составляет 180 млн человек [1, с.45]. В США 1,3% - 1,9% населения страдает HCV – инфекцией, в абсолютных цифрах - 2,7 млн – 3,9 млн человек поражены данной инфекцией [2]. Хроническая HCV-инфекция ведет к развитию фиброза, цирроза и гепатобилиарной карциномы (HCC), требующих в большинстве случаев трансплантации печени в США [3, с.55].

Согласно текущим практическим рекомендациям (США) лечение хронической HCV-инфекции должно проводиться только при наличии доказанного достоверно прогрессирующего фиброза печени [1, с.46]. Более того, определение стадии фиброза печени является достоверным предиктором смертности [3, с.42]. В комплексной оценке пациента до начала терапии биопсия печени является текущим ‘золотым стандартом’ с проведением гистологического исследования и определения степени фиброза. Однако наличие 4 главных недостатков биопсии (выраженные осложнения, ошибка выборки, вариабельность в описании, высокая стоимость) требуют создания ей неинвазивной альтернативы [4, 5]. Так, в 2006г. во Франции FibroTest и FibroScan были рекомендованы как диагностические методы первой линии, определяющие степень фиброза печени.

Достоверной альтернативой биопсии в диагностике фиброза у пациентов с хроническим заболеванием печени были признаны такие сывороточные биомаркеры как Fibrotest, индекс отношения аспартаттрансаминаза – тромбоцит (APRI), FIB-4, измерение эластичности печени с помощью FibroScan [6, с.22]. Roynard T. et al. определили 5 летнюю прогностическую ценность перечисленных биомаркеров в мета-анализе, включившего все прогностические исследования с опубликованными результатами [7], авторами были использованы ссылки данных базисной биопсии и APRI. Согласно результатам мета-анализа прогностической ценностью обладают только 3 биомаркера: FibroTest (4 исследования; 2,396 пациентов), APRI (5 исследований; 2,422 пациентов), FIB-4 (3 исследования; 1,184 пациентов). Прогноз выживаемости без заболевания печени AUROCs (Areas Under the Receiver Operating Characteristic Curves) составил 0.86 для биопсии (95% конфиденциальный интервал [CI], 0.77–0.95), 0.88 для FibroTest (95% CI, 0.79–0.98), 0.73 для FIB-4 (95% CI, 0.62–0.85), и 0.66 для APRI (95% CI, 0.57–0.75). Прогностическая ценность APRI была достоверно ниже предиктивных возможностей биопсии, со средним расхождением между AUROCs –0.21 (95% CI, –0.33 к –0.10; $P<.001$); FIB-4 также показал достоверно низкую прогностическую ценность в сравнении с биопсией, со средним расхождением между AUROCs –0.21 (95% CI, –0.20 к –0.02; $P=.02$). Только FibroTest продемонстрировал отсутствие достоверной разницы в прогностической ценности в сравнении с биопсией, со средним расхождением в AUROCs +0.02 (95% CI, –0.05 к +0.09; $P=.85$) [7, с.56].

Таким образом, FibroTest является достоверным предиктором прогноза пациентов с хроническим заболеванием печени (CLD).

Только FibroTest продемонстрировал одинаковую прогностическую ценность для общей выживаемости и выживаемости, не связанной с патологией печени. Прогностическая ценность FibroTest была одинакова у пациентов с хронической HCV-инфекцией, хронической HBV-инфекцией и алкогольным заболеванием печени (ALD).

В 5 исследованиях подтверждено статистически значимое прогностическое преимущество FibroTest над APRI [8, 9].

Прогностическая ценность APRI и FIB-4 достоверно выше в сравнении с рандомом, но достоверно ниже в сравнении с FibroTest [10, с.28]. Это подтверждается и в других диагностических обзорах [11, 12, 13]. Помимо низкой предиктивной ценности для APRI и FIB-4 присущи и другие недостатки, в частности они включают в себя трансаминазы (AST и ALT), ведущие к взаимодействию с показателями некрозо-воспалительной активности. Следовательно, различия в результатах APRI и FIB-4 могут быть обусловлены скорее различиями в степени некроза, нежели различиями в степени фиброза, что повышает риск ложно-положительных результатов в периоды обострений хронической HBV-инфекции [14]. У пациентов с хронической HCV-инфекцией и HBV-инфекцией ALT или специфические биомаркеры активности (например, ActiTest) положительно ассоциируются с вирусологическим ответом на лечение, в то время как биомаркеры фиброза – отрицательно [15, 16]. Также прогностическая ценность APRI и FIB-4 более низкая в сравнении с FibroTest и биопсией у пациентов с алкогольным поражением печени, более того FIB-4 не подтвердила наличие предиктивной ценности в отношении HBV-инфекции [10, с. 15]. Однако несомненным преимуществом APRI и FIB-4 является низкая стоимость в сравнении с другими биомаркерами.

Фибротест находится в более выгодном положении и в сравнении с другими неинвазивными маркерами. Так, FibroTest продемонстрировал более высокую частоту применения на практике в сравнении с FibroScan: 98% для FibroTest в сравнении с 80% для FibroScan [17, 18]. Другой распространенный биомаркер FibroMeter имеет два существенных недостатка в сравнении с фибротестом: включает в себя трансаминазы и проводится по различным алгоритмам [19].

FibroTest (BioPredictive, Paris, France) включает в себя измерение суррогатных маркеров: $\alpha 2$ макроглобулина (A2M), гаптоглобина, γ -глутамилтранспептидазы (γ GT), общего билирубина, аполипопротеина A1 (APO-A1), обладающих в данной комбинации высокой предиктивной ценностью в постановке диагноза достоверного фиброза [21, 22, с.11; 23, с.18]. Корреляция неинвазивных маркеров с фиброзом печени была подтверждена методом логистического регрессионного анализа при исследовании 339 пациентов [24]. Эти же данные были использованы для построения классификатора с применением нейронных сетей, однако диагностическая ценность последнего значительно уступила логистической регрессии [20, с.32], эффективность которой была подтверждена высокой корреляцией с гистологической картиной проведенных биопсий печени [25 - 28].

Прогностическая ценность FibroTest особенно высока в ситуациях затруднения оценки степени фиброза у пациента с гепатитом С. Один из последних крупных мета-анализов, проведенный Roynard T. et al, включавший фибротесты, проведенные на 6549 пациентах с гепатитом С и 925 пациентах группы контроля, подтверждает необходимость применения фибротеста в клинической практике в качестве серьезной альтернативы биопсии печени в оценке степени поражения данного органа у пациентов с хроническим гепатитом С; рекомендуют его как диагностический метод первой линии [7, с.61]. Однако авторы уточняют, что проведение только биопсии или применение только неинвазивных биомаркеров недостаточно для принятия точного решения относительно пациента, скорее во внимание должны быть приняты все клинические и биологические данные.

FibroTest обеспечивает количественную оценку фиброза печени в пределах от 0.00 к 1.00. Значения FibroTest для предполагаемых стадий фиброза (F) следующие: 0.00-0.21 - F0, 0.22-0.27 - F0-F1, 0.28-0.31 - F1, 0.32-0.48 - F1-F2, 0.49-0.58 - F2, 0.59-0.72 - F3, 0.73-0.74 - F3-F4 и > 0.75 - F4 [29].

Данные логистической регрессии, лежащие в основе расчета FibroTest, позволяют провести рациональную классификацию фиброза, подтверждают высокую достоверность

FibroTest и гарантируют независимость результатов классификации от ее случайных технических особенностей [20, с.42].

Как при всех машинных способах исследования достоверность расчетов, полученных на основе анализа эмпирических данных, зависит от количества и качества этих данных; т.е. эти алгоритмы аналогичны статистической логистической регрессии, но основаны на классификационной эвристике. Они продемонстрировали высокую точность как в линейных, так и в нелинейных, нестабильных доменах. Для этого классификаторы строятся на основе одного фрагмента базы данных, так называемого 'train-data' ('данные поезда'), который тестируется различными фрагментами всей базы данных, называемыми 'test-data' (тестируемая база данных). Для надлежащего процесса индукции оценки признаков каждой выборки предикторы ассоциируются с ее соответствующим классом, также проводится многократное повторение процесса для всех выборок в 'train-data'. В конце этого процесса каждый класс ассоциируется с комбинацией оценок или оценочными интервалами признаков.

В исследовании Lau-Corona D. et al. [30, с.57] были определены семь правил наиболее точного предиктивного балла фиброза более чем в 75% случаев для F0 и F4. Точность классификации составила 85.1 % и составила 18/20 для F0, 9/9 для F0-1, 92/96 для F4. Интересным является факт, что наиболее высока ценность этих предикторов при F4: точное определение было проведено в 90 % случаев. Данные результаты подтверждают, что фиброз в конечных стадиях заболевания более прогнозируем, это одинаково относится к неинвазивным маркерам и биопсии печени [6, с.13; 31]. Из маркеров, используемых в прогностических расчетах, наибольшей ценностью обладают возраст и α -2 макроглобулин, являющиеся независимыми предикторами. Например, у пациента с F0, с нормальным А2М в возрасте младше 53 лет по данным фибротеста предполагается наличие заболевания умеренной степени, что не требует проведения биопсии печени. Напротив, у пациента с F4 старше 53 лет, с увеличенным А2М предполагается диагноз достоверного фиброза.

Прогрессирование фиброза весьма вариабельно у различных пациентов и даже вариабельно у одного и того же пациента в течение заболевания, причина чего не установлена. Возраст является важным фактором риска для прогрессирования фиброза при хроническом вирусном гепатите как в начале заболевания, так и во время ее развития [32-35]. Вероятно, это связано с изменениями экстрацеллюлярного матрикса [36,37], регенерацией печени [38] и механизмами репарации [39]. Поэтому А2М - ингибитор протеазы и главный переносчик цитокинов, синтезированных печеночными звездчатыми клетками и гепатоцитами, является чрезвычайно полезным показателем. Кроме того, его экспрессия может ингибировать ремоделирование матрицы в процессе фиброза [40, 41]. Каждый из предикторов самостоятельного значения не имеет, только в комбинации они доказали свою прогностическую ценность.

К сожалению, FibroTest обладает наиболее низкой предиктивной ценностью в отношении промежуточных стадий фиброза (особенно F3), но даже в этих случаях согласно данным Lau-Corona D. et al. [30] высока возможность предотвращения биопсии печени в промежуточных стадиях заболевания (F1-F3) - в 42% случаев с точностью определения выше 75%. Это является аргументом для включения неинвазивных маркеров фиброза для профильной оценки пациента с хроническим гепатитом С, особенно в случаях, когда проведение биопсии невозможно.

Наиболее популярным является классификационный алгоритм С4.5, относящийся к статистическим классификациям и основанный на концепции информационной энтропии. Он позволяет дифференцировать доклинические подгруппы и идентифицировать подклассы быстрого или медленного фиброзирования; расширяет наши возможности в оценке различий видов фиброзирования и улучшить наше понимание прогрессирования фиброза.

Патогенез фиброза, обусловленного HCV-инфекцией, до конца не ясен; фиброз печени может развиваться как ответная репарация при ее поражении или воспалении [20, с.44]. Очень важна детекция фиброза печени на ранней стадии, до начала развития необратимых изменений. Т.к., биопсия имеет определенные ограничения для проведения и серьезные недостатки, такие как инвазивный характер процедуры и ошибки выборочного исследования [22, с.29; 23, с.36], необходимы новые надежные и неинвазивные методы оценки фиброза печени, каким является FibroTest.

В заключение мы представили рисунок со стратегической моделью менеджмента пациентов с фиброзом печени, обусловленного хронической HCV-инфекцией.

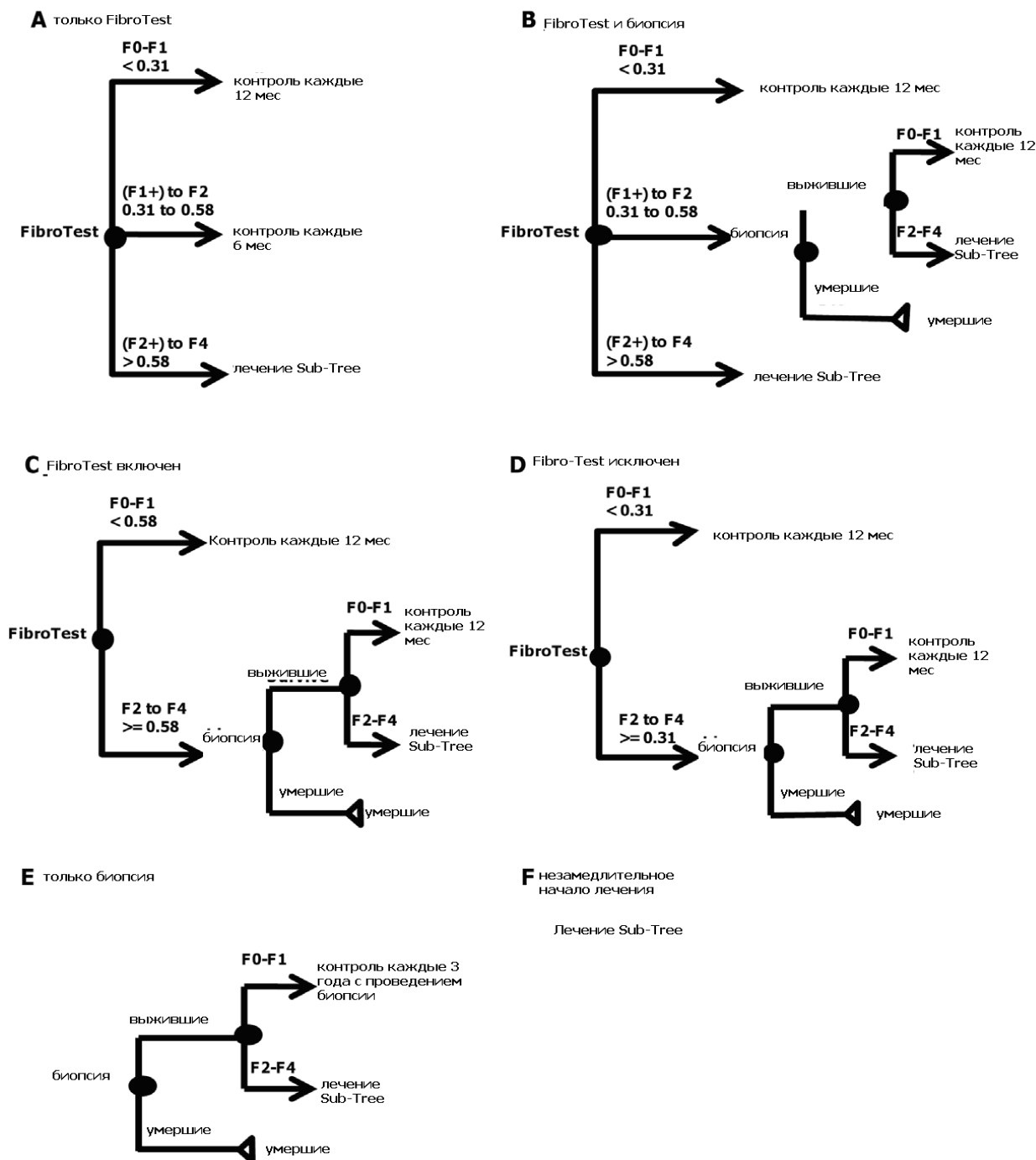


Рисунок – стратегий: А – только FibroTest, В – FibroTest и биопсия, С – включение FibroTest, D – исключение FibroTest, E – только биопсия печени, F – немедленное начало терапии. doi:10.1371/journal.pone.0026783.g002

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LBDiagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C: An Update. *Hepatology* 2009, 49: 1335–1374.

2 Armstrong GL, Wasley A, Simard EP et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Annals of Internal Medicine* 2006, 144: 705–714.

3 Bedossa P, Carrat F Liver biopsy: The best, not the gold standard. *Journal of Hepatology* 2009, 50: 1–3.

4 Sporea I, Popescu A, Sirli R Why, who and how should perform liver biopsy in chronic liver diseases. *World Journal of Gastroenterology* 2008, 14:3396–3402.

5 Melita SH, Lau B, Afdhal NH, Thomas DL Exceeding the limits of liver histology markers. *Journal of Hepatology* 2009, 50: 36–41.

6 Shaheen AAM, Wan AF, Myers RP FibroTest and FibroScan for the prediction of hepatitis C-related fibrosis: A systematic review of diagnostic test accuracy. *American Journal of Gastroenterology* 2007, 102: 2589–2600.

7 Poynard T., Ngo Y., Perrazo H. et al. Prognostic Value of Liver Fibrosis Biomarkers: A Meta-Analysis. *Gastroenterology & Hepatology*, 2011, Volume 7, Issue 7 July.

8 Poynard T, Morra R, Ingiliz P, et al. Biomarkers of liver fibrosis. *Adv Clin Chem.* 2008;46:131-160.

9 Poynard T, Ngo Y, Munteanu M, Thabut D, Ratziu V. Noninvasive markers of hepatic fibrosis in chronic hepatitis B. *Curr Hepat Rep.* 2011;10:87-97.

10 Naveau S, Gaude G, Asnacios A, et al. Diagnostic and prognostic values of noninvasive biomarkers of fibrosis in patients with alcoholic liver disease. *Hepatology.* 2009;49:97-105.

11 Le Calvez S, Thabut D, Messous D, et al. Fibrotest has higher predictive values than APRI for fibrosis diagnosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology.* 2004;39:862-863.

12 Castera L, Vergniol J, Foucher J, et al. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. *Gastroenterology.* 2005;128:343-350.

13 Cacoub P, Carrat F, Bedossa P, et al. Comparison of non-invasive liver fibrosis biomarkers in HIV/HCV co-infected patients: the Fibrovic study—ANRS HC02. *J Hepatol.* 2008;48:765-773.

14 Poynard T, Munteanu M, Ngo Y, et al. ActiTest accuracy for the assessment of histological activity grades in patients with chronic hepatitis C, an overview using Obuchowski measure. *Gastroenterol Clin Biol.* 2010;34:388-396.

15 Poynard T, Ngo Y, Munteanu M, et al. Biomarkers of liver injury for hepatitis clinical trials: a meta-analysis of longitudinal studies. *Antivir Ther.* 2010;15: 617-631.

16 Costa JM, Telehin D, Munteanu M, et al. HCV-GenoFibrotest: a combination of viral, liver and genomic (IL28b, ITPA, UGT1A1) biomarkers for predicting treatment response in patients with chronic hepatitis C. *Clin Res HepatolGastroenterol.* 2011;35:204-213.

17 Castera L, Foucher J, Bernard PH, et al. Pitfalls of liver stiffness measurement: a 5-year prospective study of 13,369 examinations. *Hepatology.* 2010;51:828-835.

18 Poynard T, Munteanu M, Deckmyn O, et al. Applicability and precautions of use of liver injury biomarker FibroTest. A reappraisal at 7 years of age. *BMC Gastroenterol.* 2011;11:39.

19 Cales P, Oberti F, Michalak S, et al. A novel panel of blood markers to assess the degree of liver fibrosis. *Hepatology.* 2005;42:1373-1381.

20 Imbert-Bismut F, Ratziu V, Pieroni L Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection: a prospective study. *Lancet* 2001; 357: 1069-1075

21 Poynard T, Imbert-Bismut F, Munteanu M. Overview of the diagnostic value of biochemical markers of liver fibrosis (FibroTest, HCV FibroSure) and necrosis (ActiTest) in patients with chronic hepatitis C. *Comp Hepatol* 2004; 3: 8

22 Boursier J, Bacq Y, Halfon P. Improved diagnostic accuracy of blood tests for severe fibrosis and cirrhosis in chronic hepatitis C. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009; 21: 28-38.

23 Myers RP, Benhamou Y, Imbert-Bismut F. Serum biochemical markers accurately predict liver fibrosis in HIV and hepatitis C virus co-infected patients. *AIDS* 2003; 17: 721-725.

24 Halfon P, Bourliere M, Deydier R Independent prospective multicenter validation of biochemical markers (fibrotest-actitest) for the prediction of liver fibrosis and activity in patients with chronic hepatitis C: the fibropaca study. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 547-555.

25 Rossi E, Adams L, Prins A. Validation of the FibroTest biochemical markers score in assessing liver fibrosis in hepatitis C patients. *Clin Chem* 2003; 49: 450-454.

26 Sebastiani G, Vario A, Guido M. Stepwise combination algorithms of non-invasive markers to diagnose significant fibrosis in chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2006; 44: 686-693.

27 Wilson LE, Torbenson M, Astemborski J. Progression of liver fibrosis among injection drug users with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2006; 43: 788-795

28 Sene D, Limal N, Messous D. Biological markers of liver fibrosis and activity as non-invasive alternatives to liver biopsy in patients with chronic hepatitis C and associated mixed cryoglobulinemia vasculitis. *Clin Biochem* 2006; 39: 715-72.

29 FI-BROCHURE: The FibroTest-ActiTest-HCV FIBROSURE Investigator's Brochure. Available from: URL: <http://www.biopredictive.com>

30 Lau - Corona D, Pineda LA, Aviles HH. Effective use of FibroTest to generate decision trees in hepatitis C *World J Gastroenterol* 2009 June 7; 15(21): 2617-2622

31 Fontanges T, Bailly F, Trepo E. Discordance between biochemical markers of liver activity and fibrosis (Actitest((R))-Fibrotest((R)) and liver biopsy in patients with chronic hepatitis C. *Gastroenterol Clin Biol* 2008

32 Massard J, Ratzu V, Thabut D. Natural history and predictors of disease severity in chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2006; 44: S19-S24

33 Thein HH, Yi Q, Dore GJ, Krahn MD. Estimation of stagespecific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression. *Hepatology* 2008; 48: 418-431

34 Terrault NA, Im K, Boylan R. Fibrosis progression in African Americans and Caucasian Americans with chronic hepatitis C. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 1403-1411

35 Hissar SS, Kumar M, Tyagi P. Natural history of hepatic fibrosis progression in chronic hepatitis C virus infection in India. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 581-587

36 Gressner OA, Rizk MS, Kovalenko E. Changing the pathogenetic roadmap of liver fibrosis? Where did it start; where will it go? *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 1024-1035

37 Henderson NC, Forbes SJ. Hepatic fibrogenesis: from within and outwith. *Toxicology* 2008; 254: 130-135

38 Roskams T. Relationships among stellate cell activation, progenitor cells, and hepatic regeneration. *Clin Liver Dis* 2008; 12: 853-860, ix

39 Pinzani M, Vizzutti F. Fibrosis and cirrhosis reversibility: clinical features and implications. *Clin Liver Dis* 2008; 12: 901-913.

40 Naveau S, Poynard T, Benattar C, Bedossa P, Chaput JC. Alpha-2-macroglobulin and hepatic fibrosis. Diagnostic interest. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 2426-2432

41 Gangadharan B, Antrobus R, Dwek RA, Zitzmann N. Novel serum biomarker candidates for liver fibrosis in hepatitis C patients. *Clin Chem* 2007; 53: 1792-1799

Материал поступил 21.05.13.

Түйін

Е.А.МАРЧЕНКО
«INVIVO» ЖШС, Астана қ.

ВИРУСТЫҚ С ГЕПАТИТИ КЕЗІНДЕГІ ФИБРОТЕСТТІҢ БОЛЖАМДЫҚ ҚҰНДЫЛЫҒЫ

Мақала емделушінің жеке лей менеджментін сәтті өткізуіне қажетті бауыр фиброзының дәрежесін нақты бағалау мәселесіне арналған. Автор сарысу биомаркерлермен бауыр фиброзын бағалауда жеңіл және аз инвазиялы әдістерін қолдануымен фиброз диагностикасының тақырыбын ашады. Мақалада Fibro Test сарысу маркерлерін қолданумен фиброзды диагностиканың болжам құндылығына басты көңіл аударылған. Шолуда фибротесттің компоненттері және статистикалық құрылымы, оның болжамдық үлгілері егжей-тегжей сипатталған. Созылмалы С гепатитпен емделушілердің салалық бағасы үшін, әсіресе, биопсия жүргізу мүмкін емес жағдайда фиброздың инвазиялық емес маркерлерін енгізу үшін қажеттілігі негізделіп анықталған.

Түйін сөздер: бауыр фиброзы, фиброзды диагностика, созылмалы С гепатиті, бауыр патологиясы, бауыр биопсиясы, фибротест.

Summary

E.A. MARCHENKO
LLP «INVIVO», Astana city

PROGNOSTIC VALUE OF FIBROTEST IN VIRAL HEPATITIS C

The article is devoted to the problem of accurate assessment of extent of hepatic fibrosis, required for successful individual patient management. The author discusses diagnosis of fibrosis using minimally invasive and easy-to-perform methods for assessment of hepatic fibrosis by serum biomarkers. The article especially emphasizes prognostic value of fibrosis diagnosis using FibroTest serum markers. Research describes the FibroTest components and statistical buildup of its prognostic model in detail. The necessity for non-invasive fibrosis markers for profile evaluation of patients with chronic hepatitis C was identified and justified, especially in cases where biopsy is not possible.

Keywords: hepatic fibrosis, fibrosis diagnosis, chronic hepatitis C, hepatic pathology, liver-biopsy, FibroTest.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ



УДК: 616-089.8

А.Б. АМАНГАЛИЕВ, С.С. ЖАКЕНОВА, Р.Р. ЧОРМАНОВА,
Г.Е. АМАНГАЛИЕВА

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента РК, г. Алматы

ПРОВЕДЕНИЕ ЛОР-ОПЕРАЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ ЦИФРОВЫХ РЕНТГЕНТЕХНОЛОГИЙ

В работе представлены результаты проведения эндоскопических ЛОР-операций с использованием FESS – метода лечения хронических воспалений носовых пазух под цифровым рентгенологическим контролем. Преимуществами метода являются возможность проведения

щающейся, малоинвазивной техники хирургического лечения отоларингологической патологии и сохранение эстетического вида пациента.

Ключевые слова: отоларингологическая патология, хирургическое лечение, цифровые рентгентехнологии, контроль, FESS – метод.

Введение. В последние годы наиболее актуальной и обсуждаемой темой в медицине является модернизация технологических возможностей и внедрение высокотехнологичных методов лечения. Не является исключением и оториноларингология и ее неотъемлемая часть - ринология. Выделение ринологии в субспециальность обусловлено требованиями подготовки, технического и кадрового обеспечения и уникальностью хирургических вмешательств, не имеющих ничего общего со стандартными оперативными подходами [1, с. 66].

Как известно, воспалительные, аллергические и опухолевые заболевания носа и околоносовых пазух в своем течении сопровождаются значительным нарушением дыхательной функции носа и, как следствие, снижением качества жизни пациента. Функциональная эндоскопическая хирургия синусов (FESS) в данном контексте призвана обеспечить наиболее эффективное восстановление носового дыхания, купирование воспалительных процессов в пазухах. FESS – современный метод лечения хронических воспалений носовых пазух. Эта техника на порядок менее травматична, чем более ранние хирургические методы, она не предусматривает наружных разрезов, прецизионное удаление патологических тканей, ревизия естественных соустьев пазух, что в принципе невозможно при классических доступах с применением налобного рефлектора [2, с. 39].

Методом FESS открывают соустья околоносовых пазух, что способствует очищению носа и восстановлению нормального дыхания у пациента. При использовании данного метода достигается полноцветное увеличенное изображение на мониторе.

При использовании FESS открываются широкие перспективы открываются для лечения одонтогенных синуситов, весьма распространенных сейчас в связи развитием стоматологии, имплантологии. Удаление пломбировочного материала из пазухи, ассоциированного с грибковым телом весьма эффективно с применением эндоскопической техники и не требует радикальной операции по Калдвелл-Люку. Между тем, необходимо отметить, что FESS не является панацеей. Во многих случаях в ЛОР - хирургии приходится применять методы «открытой» операции. Особенно это касается случаев осложненных синуситов и местно - распространенных неопластических процессов [1, с. 27; 2, с. 77; 3, с. 58].

Нередко образования или инородные тела располагаются на границе интра- и экстракраниального пространства, при котором прямое нейрохирургическое вмешательство несет в себе опасность широкого повреждения структур основания черепа, включая возможность развития базальной ликвореи. Большое значение при таких операциях играет интраоперационная навигация.

В нашей практике мы применили в качестве функциональной диагностики С-дугу SIEMENS SIREMOBIL Compact, который представляет собой современный универсальный и экономичный рентгенхирургический аппарат. Семейство SIEMENS известно своей превосходной системой изображения. При наилучшем качестве изображения все режимы работы оптимизированы с целью максимального снижения дозы благодаря программе Simens C.A.R.E. (Combined Application for Reduction Exposure – Комбинированные меры снижения дозы).

Материалы и методы. За 2012 год всего прооперировано 8 пациентов с ЛОР патологией (3 женщины и 5 мужчин), которым необходимо было проведение хирургического вмешательства с использованием техники FESS и интраоперационной С-дуги.

В первом случае С-дуга применялась при эндоскопических операциях пациенту, имеющему неоднократно предшествующие хирургические вмешательства на пазухах и полости носа, во втором - при травме нижней стенки глазницы. В других случаях были пациенты с клиникой сфеноидита, а также при удалении инородного тела (пломбировочный материал) из верхнечелюстной пазухи.

Случай из практики. Как вариант одновременного использования С-дуги и FESS техники представляется случай пациента 3. 40лет, который поступил в плановом порядке на оперативное лечение с диагнозом: Хронический гнойный фронтит. При поступлении больной предъявлял жалобы на головную боль, больше в проекции лба, чувство давления в глазах, повышенную утомляемость. Дважды был оперирован по поводу искривления носовой перегородки и фронтита. Также проводилась эндоназальное шунтирование лобной пазухи, трепанопункция. В послеоперационном периоде больной отмечал кратковременное улучшение. На контрольном КТ-снимке отмечается гомогенное затемнение левой лобной пазухи и решетчатого лабиринта, гиперплазия слизистой оболочки гайморовой пазухи слева. Учитывая неоднократные оперативные вмешательства, клинические и инструментальные данные, было решено больному провести FESS с использованием С-дуги. Под общим обезболиванием произведена эндоназальное функциональная хирургия синусов, под контролем С-дуги сформирован назофронтальный канал, установлен тефлоновый катетер. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Катетер удален через 3 месяца, больной находится на динамическом наблюдении. При повторном осмотре через 6 месяцев жалоб больной не предъявляет.

Заключение. Таким образом, можно отметить, что использование современного оборудования при оперативных вмешательствах обусловлено тенденцией сохранения функционального и эстетического вида пациента. Применение инновационных методов лечения и контроля позволяет прибегнуть к наиболее щадящей, малоинвазивной технике хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Денисова О. А. Эндоскопическая хирургия в лечении риносинусогенных орбитальных осложнений.//Вестник оториноларингологии.- 2011. - №6.- 98 с.
- 2 Mel'nik V.F. Methods for the surgical treatment of chronic sphenoiditis and ethmoiditis.//Vestnik otorinolaringologii.-2013. - №1.- 126 с.
- 3 Gurov A.V., Muzhichkova A.V.//Pharmacoepidemiological analysis of outpatient-based practice of antibacterial therapy of ENT organ infections.- - Vestnik otorinolaringologii. - 2013. - №1. – 116 с.

Материал поступил 20.05.13.

Түйін

А.Б. АМАНҒАЛИЕВ, С.С. ЖӘКЕНОВА, Р.Р. ЧОРМАНОВА, Г.Е. АМАНҒАЛИЕВА
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

САНДЫҚ РЕНТГЕНТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ БАҚЫЛАУ АРҚЫЛЫ ЛОП-ОПЕРАЦИЯЛАР ЖҮРГІЗУ

Еңбекте FESS – сандық рентгенология бақылауы арқылы мұрын қуысының созылмалы асқынуларын емдеу әдісін қолдана отырып, эндоскопиялық ЛОР-операциялар жүргізудің нәтижелері келтірілген. Әдістің артықшылықтары сипатталған: отоларингологиялық патологияны хирургиялық емдеудің аялау, аз инвазивті әдісін жүргізу мүмкіндігі және емделушінің эстетикалық түрін сақталуы.

Түйін сөздер: отоларингологиялық патология, хирургиялық емдеу, сандық рентгентехнологиялары, бақылау, FESS - әдісі.

Summary

A.B. AMANGALIEV, C.S. ZHAKENOVA, R.R. CHORMANOVA,
G.E. AMANGALIEVA

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty city

ENT SURGERY WITH DIGITAL X-RAY TECHNOLOGY

The result of this case is endoscopic ENT surgery with FESS - treatment of chronic inflammation of the nasal sinuses by digital X-ray control. The advantages of this method are: possibility of sparing and minimally invasive surgical treatment of ENT pathology and preserve the aesthetic appearance of the patient.

Keywords: otolaryngology pathology, surgery, digital X-ray technology, control, FESS - method.

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ



УДК 614.253

А.З. ЖУМАБАЕВА, Ж.К. АКШАЛОВА, Ш.С. ТУСУПБЕКОВА
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г.Астана

ОРГАНИЗАЦИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Изменение менеджмента управления средним медицинским персоналом и внедрение в практику и новой концепции сестринского дела повысило социальный статус медицинской сестры и позволило улучшить качество оказываемых услуг в целом, и что приведет в будущем к повышению качества жизни наших граждан.

Получение международного признания, как прохождение аккредитации Международной объединенной комиссии JCI, является тому свидетельством.

Ключевые слова: менеджмент управления, средний медицинский персонал, улучшение качества работы.

Идея создания медицинских центров нового уровня принадлежит Президенту страны Н.А.Назарбаеву с целью оказания *качественной, современной и доступной* медицинской услуги народу Казахстана. Таким одним из центров «Госпиталя Будущего» является наш Республиканский научный центр нейрохирургии, основанный в 2008 году.

Коллектив составляет более 690 сотрудников. Он обладает большим потенциалом высококвалифицированных кадров, как врачебного, так и среднего медицинского персонала. Результатом слаженной работы является ежегодное обеспечение стационарным лечением более 4,5 тыс пациентов, проводится более 3,5 тыс сложнейших нейрохирургических операций, внедрены в практическую деятельность 36 инновационных технологий, организовываются не менее 5 мастер – классов в год с привлечением ученых мирового уровня, прохождение специализации сотрудников в странах ближнего и дальнего зарубежья. За пять лет существования сложно вкратце описать всё проделанное. Имеются достижения, официально признанные, такие как

получение Национальной аккредитации, Европейского сертификата за качество в медицине "Grand Prix Européen de la Qualité", сертификация ISO 9001-2009.

22 марта 2013 года клиника успешно прошла аккредитацию Международной объединенной комиссией JCI, тем самым, получив международное признание в области качества оказания медицинских услуг. То есть в повседневной своей работе очень много уделяется внимание повышению качества обслуживания и профессионального мастерства персонала в целом. Хотелось бы подробнее описать о проделанной работе в этой сфере, о проведении *революции* в управлении сестринскими делами.

Для проведения работы по обучению сестринского персонала создан учебно-методический кабинет по сестринскому делу, с короткими специализированными программами для медицинских сестер и программой ориентации для вновь поступивших на работу, с целью совершенствования выполнения лечебных манипуляций. На муляже имеется возможность выполнения сестринских манипуляций, как внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции, а также проведение техники катетеризации мочевого пузыря, зондового кормления, обработки пролежней, обучения навыкам владения оказанием сердечно - легочной реанимации. Одним словом, открытие такого класса позволило поднять обучение среднего и младшего медицинского персонала на качественно более высокий уровень.

Подобраны учебная и методическая литература. Собрана картотека медицинской литературы, журналов - «Сестринское дело», «Медицинская сестра», «Главная медицинская сестра», «Старшая медицинская сестра», учебно-методическая литература, сборники тестовых заданий, проблемно-ситуационных задач и т.д. Не реже одного раза в квартал проводятся конференции, организованные одним клиническим отделением с акцентом на уход пациента и специфичность подразделения, врачи соответствующих подразделений выступают с показательными лекциями, презентациями. Завершительной формой является оформление в виде презентабельных, красочных альбомов.

Целью организации таких семинаров является расширение кругозора медицинских сестер и медицинских братьев, так как каждое отделение имеет свою специфику заболеваний, соответственно и подход к до и послеоперационному уходу. И еще не менее важным моментом является внедрение наставничества. Так как, оно является эффективной формой повышения квалификации медицинских кадров. Ведь, наставничество значительно сокращает издержки нововведений, как в кадровых изменениях, так и в профессиональном совершенствовании работников. Возрождение наставничества позволит, с одной стороны, повысить эффективность труда и сократить сроки адаптации вновь принятых медицинских сестер, с другой - поднять имидж и самоуважение опытных работников, на которых возложены функции наставников.

Разработаны и утверждены нормативные материалы, стандартные операционные процедуры для медицинских сестер и младшего персонала поэтапного выполнения действий при тех или иных обстоятельствах, техник манипуляций. Функциональные обязанности, медицинских сестер приближены к западным стандартам, т.е. медицинская сестра заполняет свои формы в истории болезни пациента. Она проводит первичный сестринский осмотр при поступлении, проводит раннее планирование выписки, совместно с врачом составляет план ухода, проводит оценку боли, оценивает риск падения, оценивает социальный и психологический статус, проводит обучение пациента.

Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем. Американская ассоциация медицинских сестер, например в качестве основных проблем, связанных со здоровьем, выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве

сестринских диагнозов, они используют такие, например, словосочетания, как «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство» и т. п.

Что означает *«стандартная операционная процедура (СОП)»* - это документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи. В СОП есть индикаторы, обеспечивающие контроль качества оказанной помощи, отвечая на вопросы:

- Что нужно делать правильно?
- Как нужно делать правильно?
- Когда?
- Где?
- Кому?

Так, в клинике разработаны 177 стандартно-операционных процедур для медицинских сестер и 30 для младшего медицинского персонала, которые выпущены в книжном варианте, с целью удобства работы каждого отделения. Хранятся в доступных местах (на посту, в процедурных кабинетах). Стандартно-операционные процедуры утверждены на Ученом совете в виде методических пособий для оказания методологической помощи коллегам клинических баз Назарбаев Университета.

Использование медицинских информационных технологий позволяет повысить эффективность деятельности старшей медицинской сестры, оперативно анализировать и корректировать работу медицинских сестер. Также отработаны методики контроля усвоения материала.

Международный стандарт требует постоянного повышения качества медицинских услуг посредством ухода, лечения оказываемой помощи, обеспечением высокого уровня безопасности пациента. Эффективность и своевременность выполнения процедур определяет вероятность получения желаемого результата, что должно соответствовать современным профессиональным достижениям медицины. Следственно, назрела необходимость изменения юридического и профессионального статуса медицинской сестры. Сформировавшаяся в нашей стране, в постсоветском пространстве, система взаимодействия врача и медсестры не соответствует потребностям современного высокотехнологичного здравоохранения, требующего углубления сестринской подготовки, расширения уровня ее профессиональной компетенции и самостоятельности.

Роль сестринского персонала как весьма существенного кадрового резерва в оказании медицинской помощи до последнего времени недооценивалась. Например, в большинстве отраслевых программ оказания помощи при различных заболеваниях подробно прописывались только лечебно-диагностические разделы. Вопросы же реабилитации, ухода, оказания медсестринской помощи оставались «за скобками» как второстепенные. Вместе с тем внедрение новых медицинских технологий и методов лечения, введение новых форм управления финансированием медицинских организаций, необходимость перехода к научно обоснованной сестринской помощи требует все большего числа высокообразованных специалистов, ориентирующихся в современной стратегии сестринского дела, в целом, вызывая потребность в изменении подхода к менеджменту управления средним медицинским персоналом. Возникла необходимость перелома стереотипа, что медицинская сестра - это не манипулятор и исполнитель назначений врача, а дипломированный специалист, партнёр врача, от которой во многом зависит выздоровление пациента.

В течение года в нашем центре была проведена огромная работа по реорганизации работы медицинских сестер, но прежде чем рассказать о новой модели работы, хотелось бы остановиться на той модели, которая была раньше. Медицинская сестра не была представлена в организационной структуре (главная медицинская сестра не являлась

членом Правления и подчинялась главному врачу; медицинские сестры подчинялись врачам). Не имели права заполнять медицинскую карту (не проводили и не документировали сестринские осмотры). Решения о сестринском уходе принимались *единолично* только врачом. По сей день в клиниках используется фрагментированный подход сестринского ухода: постовая медицинская сестра, процедурная медицинская сестра, перевязочная медицинская сестра. Процедурная медицинская сестра выполняла все манипуляции, касающиеся только ее функциональных обязанностей, вследствие чего постовая медицинская сестра оставалась ограниченной в выполнении манипуляций и ухудшались навыки по их выполнению.

Отмечалась высокая нагрузка, в среднем на одну медицинскую сестру приходилось десять или пятнадцать пациентов. Вследствие чего отмечался дефицит внимания пациенту, то есть страдало качество ухода за пациентом. Круглосуточные дежурства медицинских сестер приводило к переутомлению медицинских сестер. То есть, имелось несоответствие существующей организационной структуры сестринской службы *объему нагрузки и масштабу управляемости*.

Сестринская служба имела линейную двухуровневую горизонтальную структуру: 1-й уровень – главная медицинская сестра, 2-й уровень – старшие медицинские сестры клинических и параклинических отделений.

В целях улучшения качества оказания медицинских услуг решением Совета Директоров была утверждена новая организационная структура – должность Директора по сестринскому делу. Директор по сестринскому делу является членом Правления, созданы должность «Заместитель директора по сестринскому делу» и отдельная структура медицинских сестер, параллельная врачам.



Рисунок - Новая организационная структура

Были внесены изменения и дополнения в штатное расписание. Упразднены вакансии процедурных сестер и переведены на пост. На сегодняшний день у нас работают «универсальные сестры». Изменилось соотношение медицинских сестер к пациентам, т.е. одна медицинская сестра закреплена за пятью пациентами. Отменили суточные дежурства, т.е. 24 - часовые. Медицинские сестры работают в две смены 10-десять часов (день) и 14-четырнадцать часов (ночь). Достижением данных изменений является организация работы медицинской сестры так, что одна медицинская сестра

ведет пациента с момента поступления до выписки в целях улучшения ухода за пациентом и комфортности его пребывания.

Одним словом, изменение политики управления средним медицинским персоналом способствовало повышению качества управления сестринским персоналом и поднятию авторитета руководителей сестринских служб!

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело – это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». Использование мирового опыта при сохранении собственных уникальных и исторических традиций – т.е. мы постарались создать некий «тандем» временных эпох в управлении кадрами среднего звена, что является необходимым и достаточным условием совершенствования нашей работы в целом.

Таким образом, хотелось бы отметить моменты, потребовавшие данные изменения. Организационная структура управления, традиционно существующая в медицинских учреждениях и сложившаяся во времена административно-командного стиля управления, не успевает за динамикой изменений внешней и внутренней среды организации. Известно, что одной из функций менеджмента является отслеживание изменений среды, их анализ с учетом сильных и слабых сторон организации и коррекция действий. К таким факторам мы относим:

А) Внешние: усиление юридической ответственности и повышение требований к качеству оказываемых медицинских услуг со стороны потребителей; безопасность потребителя; развитие медицинского туризма; появление рынка платных медицинских услуг; появление конкуренции на рынке медицинских услуг; социальное расслоение потребителей медицинских услуг по уровню доходов и запросов; увеличение объема учетной и отчетной документации.

Б) Внутренние: усложнение диагностических и лечебных технологий, а также сестринского этапа подготовки к их выполнению; увеличение роли сестринского ухода и наблюдения после выполнения высокоинвазивных методов диагностики и лечения; повышение роли и значимости управленческой деятельности в сестринском деле; увеличение количества подчиненных (масштаб управляемости) у руководителя сестринского дела; рост самосознания и потребности медсестринских кадров в повышении уровня знаний и самоактуализации.

Данное внедрение в практику нашей клиники - новой концепции сестринского дела не только повысило социальный статус медицинской сестры, но и позволило улучшить качество оказываемых услуг в целом, и что приведет в будущем к повышению качества жизни наших граждан. Получение международного признания, как прохождения аккредитации Международной объединенной комиссии JCI, является тому свидетельством.

Вместе с тем, мы не останавливаемся на достигнутом и ставим другие задачи с целью улучшения качества: прохождение специализаций в странах дальнего зарубежья; организация мастер-классов с привлечением иностранных лидеров в сестринском деле; стимулирование среднего медицинского персонала обучением на бакалавра сестринского дела.

Материал поступил 16.05.13.

Түйін

А.З. ЖҰМАБАЕВА., Ж.К. АҚШАЛОВА, Ш.С. ТҮСІПБЕКОВА
«Республикалық нейрохирургия ғылыми орталығы» АҚ, Астана қ.

МЕЙІРГЕР ІСІ МАМАНДАРЫНЫҢ ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ САПАСЫН ЖАҚСARTУ

Орта медициналық персоналды басқарудағы менеджментті өзгерту және біздің клиникамызда тәжірибеге ендіру - мейіргер ісінің жаңа тұжырымдамасы мейіргердің әлеуметтік деңгейін көтерді және жалпы алғанда көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсартуға мүмкіндік берді, бұл болашақта азаматтарымыздың өмір сапасын арттыруға әкеледі. JCI халықаралық біріккен комиссиясының аккредиттеуінен өту сияқты халықаралық тану осыған куә болып табылады.

Түйінді сөздер: орта медициналық персоналды басқару менеджменті, сапаны жақсарту менеджменті.

Summary

A.Z. GHUMABAEVA, GH.K. AKSHALOVA, SH.S. TUSUPBECOVA
JSC “Republican Research Center for Neurosurgery”, Astana city

ORGANIZATION AND IMPROVEMENT OF QUALITY OF NURSING WORK

Changing nurse management and implementing a new concept of nursing in our hospital's practice has increased social status of nurse and improved the quality of services in general. That will lead to improvement of the life quality of citizens. Gaining international recognition as accreditation of the International Joint Commission (JCI) is evidence to that.

Keywords: nurse management, improve the quality of nursing professionals.

УДК 613.633:612.014

К.О. ТЕКЕБАЕВ

Госпиталь Республиканской гвардии Республики Казахстан, г. Астана

ВРЕДНЫЕ И ОПАСНЫЕ ФАКТОРЫ УСЛОВИЙ ТРУДА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ГВАРДИИ

Изучены вредные и опасные факторы труда военнослужащих Республиканской гвардии. Проанализирован уровень профессиональной заболеваемости среди военнослужащих. Труд военнослужащих можно отнести к допустимому по вредности и опасности факторов окружающей среды. Характер взаимоотношений между военнослужащими, стиль межличностных отношений, психологическая атмосфера, все это является психофизиологическими факторами военного труда.

Ключевые слова: военнослужащие, республиканская гвардия, условия труда.

Характер и содержание военного труда существенно отличается от повседневной деятельности гражданского населения целым рядом специфических особенностей. Труд военнослужащих проходит в условиях смены климатогеографических регионов и в необычных условиях жизни и быта, характеризующиеся частыми нарушениями временного стереотипа трудовой нагрузки и несогласованностью ее биологическими ритмами (суточного ритма сна и активной деятельности и др.), известной изоляцией от привычного внешнего мира, возрастанием удельного веса учебно-боевой деятельности в ночное время. Военнослужащие непосредственно взаимодействуют с разнообразной

военной техникой при невозможности строгой регламентации величины и продолжительности физических, интеллектуальных и эмоциональных нагрузок [1].

Цель: Изучить вредность и опасность факторов военного труда военнослужащих Республиканской гвардии.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужил анализ вредных и опасных факторов военного труда и их влияние на состояние здоровья военнослужащих. Оценка состояния слуховой функции исследуемых выполнено аудиометром МА 31 «PRACITRONIC» (ГДР). Результаты исследования обрабатывались общепринятыми статическими методами.

Результаты и их обсуждение. Условия труда военнослужащих Республиканской гвардии сопряжена с воздействием вредных и опасных факторов производства. Так военнослужащие автобронетанкового подразделения, во время работы с военной техникой и вооружением имеют постоянный контакт с ядовитыми техническими жидкостями (ЯТЖ). К ним относятся горюче-смазочные материалы, антифризы и другие химические вещества. Для профилактики вредного воздействия ЯТЖ на организм военнослужащих, проводится проверка пунктов технического обслуживания и ремонта техники на соответствие санитарно-гигиеническим нормам, обеспеченность личного состава спецодеждой, соблюдение правил личной гигиены и техники безопасности.

Водители военной техники также подвержены вредным физическим факторам, таким как шум, вибрация, отработавшие газы. Причем действие этих профессиональных вредностей на организм является систематическим и длительным. Кроме того, в войсковых условиях широко распространены источники таких уровней шума, которые и при однократном воздействии могут вызывать необратимые изменения в слуховом анализаторе и даже острую акустическую травму [2].

Действие шума на организм человека определяется его интенсивностью и частотным составом.

Источники шума в войсках многочисленны и оказывают звуковое давление разных уровней (табл.).

Таблица - Характеристика некоторых источников шума в войсках

Источник шума	Уровни звукового давления, дБ
Стрельба из ручного гранатомета	170
Стрельба из автомата Калашникова	160-165
Стрельба из пистолета Макарова	140-145
Движущийся бронетранспортер	110-120
Движущийся автомобиль	85-105
Разговорная речь на расстоянии 1 м	50

При этом минимальная величина звуковой энергии, способная вызвать ощущение слышимого звука, называется порогом слышимости и составляет для тона частотой 2000 Гц 10^{-12} Вт/м², или 10 дБ. Верхняя граница восприятия, соответствующая таким значениям звукового давления, которые вызывают болевые ощущения в органе слуха, называют порогом болевого ощущения. Она соответствует силе звука 10^2 Вт/м², или 140 дБ. Однако здесь необходимо учитывать частотный состав шума, производимый различным оружием и механизмами. Так шум, вызванный стрельбой из различного вида оружия, носит преимущественно низкочастотный характер, а шум вызванный реактивными двигателями самолетов преимущественно высокочастотный.

Звуковые колебания воспринимаются органом слуха человека, если их частота находится в интервале от 16-20 до 18000-20000 Гц. Наиболее чувствительно ухо к звукам с частотой колебаний от 1000 до 4000 Гц. Чувствительность его постоянно снижается с изменением частоты названного интервала, как в сторону уменьшения, так и в сторону

увеличения. Таким образом, уровни звука выше 140 дБ не всегда воспринимается человеческим ухом как болевое ощущение. Однако такие уровни шума несомненно оказывают вредное воздействие на организм человека. Высоким уровням шума подвергаются все военнослужащие боевых подразделений. Так по нашим исследованиям наибольшее снижение порога чувствительности слуха имели те военнослужащие, которые подвергались наиболее интенсивному и продолжительному воздействию шума. К ним относятся взвод разведки, военнослужащие подразделений оперативного назначения, гранатометчики, экипажи БТР (бронетранспортеров).

При измерении порогов слуховой чувствительности у данной группы военнослужащих выявлено снижение порогов на 10-15 дБ для частот 125-8000 Гц, при стрельбе на открытом пространстве и на 15-25 дБ при стрельбе в тире (без наушников). Период восстановления слуховой чувствительности составлял от 3 до 15 минут.

Оценка состояния слуховой функции исследуемых выполнено точным аудиометром МА 31 «PRACITRONIC» (ГДР), в диапазоне частот 125- 8000 Гц. Нами рассчитана доза шума с учетом его продолжительности и величины, и как произведение эквивалентного уровня шума на время его действия, выраженный в процентах над допустимым нормативом шума. Время действия шума превышающего норму 65 дБ за сутки в среднем составила 2-3 часа.

Учитывая, что длительность звукового воздействия превышающего нормативный уровень была меньше 8 часов в день, а также периодичность таких шумовых нагрузок составила 1-2 раза в неделю, она не приводила к постоянному снижению порогов слуха у военнослужащих. Для профилактики неблагоприятного влияния шума применяются индивидуальные средства защиты в виде шлемофонов, наушники, противозумные тампоны. Мероприятия организационного характера предусматривают кратковременные перерывы во время стрельб, рациональные режимы труда и отдыха.

Сопутствующими вредными факторами при ведении стрельб являются пороховые газы, которые представляют собой смесь газообразных, парообразных и твердых веществ, образующихся в момент выстрела в канале ствола огнестрельного оружия. Отравление пороховыми газами возникает при высокой концентрации в слабо вентилируемых помещениях, что имеет место при стрельбе подвижных объектов военной техники.

Постоянная психологическая нагрузка, обусловленная тем, что боевая техника имеет вооружение способное поражать своей мощью объекты и живую силу противника, также неблагоприятно сказывается на организме военнослужащих.

При анализе заболеваемости среди военнослужащих Республиканской гвардии в период с 2007 года по 2012 год, случаев профессиональных заболеваний (тугоухость, вибрационная болезнь, отравление вредными газами, кислотами и щелочами, хронический стресс) среди военнослужащих не зарегистрировано.

Труд военнослужащих – это не только их узкоспециальная профессиональная деятельность, но также и физическая, строевая, огневая подготовка и другие виды деятельности. Даже личное время военнослужащих, строго говоря, трудно отнести к отдыху, так как в это время они должны привести, а порядок себя, свое обмундирование и снаряжение. В любой момент, даже ночью, они могут быть подняты по тревоге, привлечены к мероприятиям по борьбе со стихийными бедствиями [3].

Служба в рядах Республиканской гвардии накладывает особую ответственность на каждого военнослужащего. Особенно это относится к военнослужащим церемониального батальона, которые являются лицом государства, при встрече глав иностранных государств и высоких гостей, при любых погодных условиях. Ежедневная строевая подготовка, требует больших физических и статических нагрузок, что естественно сопровождается существенными энергетическими затратами. Данный вид труда является напряженным, он также неблагоприятно влияет на опорно-двигательный аппарат.

В связи с большими энерготратами в процессе строевых занятий, военнослужащим роты почетного караула выдается дополнительное питание и время для отдыха.

Специфична и социальная сторона труда военнослужащих, так как они практически не могут поменять место и условия своей деятельности, изменить свое окружение. Так в казарме размещено до ста человек, практически одного возраста, но разного призыва. Характер взаимоотношений между военнослужащими, стиль межличностных отношений, психологическая атмосфера, все это является психофизиологическими факторами военного труда.

Выводы:

1. Труд военнослужащих можно отнести к допустимому по вредности и опасности факторов окружающей среды.

2. Характер взаимоотношений между военнослужащими, стиль межличностных отношений, психологическая атмосфера, все это является психофизиологическими факторами военного труда.

3. В связи со спецификой несения службы в рядах Республиканской гвардии накладывает особую ответственность на каждого военнослужащего.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Общая и военная гигиена. Учебник /Под редакцией Б.И.Жолуса.-С-Пб, 1997. - 472 с.

2 Ахметзянов И.М., Зинкин В.Н., Логаткин С.М. и др. Импульсный шум при стрельбе из стрелкового оружия и средств ближнего боя как фактор военного труда // Военно-медицинский журнал – 2012. - Т.333, №6. - С. 52-58.

3 Шелепов А.М., Смагулов Н.К., Мухаметжанов А.М. Особенности адаптации военнослужащих срочной службы // Военно-медицинский журнал - 2012.- Т.333. - №9.- С. 41-45.

Материал поступил 26.05.13.

Түйін

К.О. ТЕКЕБАЕВ

Қазақстан Республикасы Республикалық ұланның госпиталі, Астана қ.

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҰЛАН ӘСКЕРИ ҚЫЗМЕТШІЛЕРІНІҢ АҒЗАСЫНА ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЗИЯНДЫ ЖӘНЕ ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕР ЕТУІ

Республикалық ұлан әскери қызметшілері жұмысының зиянды факторлары зерттелді. Әскери қызметшілер арасындағы кәсіптік аурушандыққа талдау жасалды. Әскери қызметшілердің еңбегін айналадағы зиянды және қауіпті факторларына ықтимал деп есептеуге болады. Психологиялық жағдай, әскери қызметшілердің арасындағы қарым-қатынас, осының барлығы әскери еңбектің психофизиологиялық факторлары деп саналады.

Түйін сөздер: әскерилер, республикалық ұлан, еңбек жағдайының.

Summary

К. ТЕКЕБАЙЕВ

Hospital of the Republican Guard of the Republic of Kazakhstan, Astana

HARMFUL AND DANGEROUS FACTORS OF LABOUR CONDITIONS AND THEIR INFLUENCE TO THE ORGANISM OF SERVICEMEN OF THE REPUBLICAN HOUSEHOLD TROOPS

The harmful and dangerous factors of labour of servicemen of the Republican Guard are studied. The level of professional morbidity is analysed among servicemen. Labour of servicemen can be attributed to possible on harmfulness and danger of factors of environment. Character of mutual relations between servicemen, style of between personality relations, psychological atmosphere, all of it is the psyhofisiologic factors of military labour.

Keywords: troops, republican household, labour conditions.

УДК [658:615.12] (574)

Б.Ш. ШАРИП

Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ФОРМИРОВАНИЯ СКЛАДСКОЙ СЕТИ ЕДИНОГО ДИСТРИБЬЮТОРА

В статье рассматриваются стратегические задачи формирования складской сети для повышения эффективности лекарственного обеспечения Единым дистрибьютором. Данные задачи позволяют выстроить оптимальную складскую сеть по критерию минимизации общих логистических издержек. Что позволит Единому дистрибьютору получить ключевое преимущество и самостоятельно осуществлять бесперебойное лекарственное обеспечение лечебно-профилактических организаций.

Ключевые слова: Единый дистрибьютор, лекарственное обеспечение, складская сеть.

Обеспечение лекарственными средствами является задачей высокой социальной значимости. ТОО «СК-Фармация» выступает Единым дистрибьютором (ЕД) по централизованному закупу и обеспечению медицинских организаций лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. При этом эффективность построения и функционирования складской сети играет немаловажную роль в бесперебойности данного обеспечения.

В соответствии с одной из стратегических целей ЕД, рассмотрим возможности повышения эффективности лекарственного обеспечения лечебно-профилактических организаций (ЛПО) через создание собственной складской сети Единой дистрибуции.

Проведенный обзор отечественной и зарубежной литературы показал, что стратегия формирования складской сети должна основываться на решении взаимосвязанных стратегических задач [1, с.18]: выбор системы товароснабжения в складской сети; выбор стратегии складирования запасов на складах; определение общего числа складов в складской сети; размещение складов в сети на географии потребительского рынка.

При этом различают две системы товароснабжения децентрализованную (склады различаются по мощности, которая зависит от объемов рынка снабжения и спроса

клиентов) и централизованную (склады могут различаться по функциональному назначению – распределительные, функциональные и подсортировочные).

Среди достоинств централизованной системы снабжения складов через распределительный центр (РЦ) можно выделить организационные и экономические: повышение надежности поставки конечным потребителям; сокращение времени цикла заказа клиента [2]; сокращение совокупных эксплуатационных затрат на 1 тонну перерабатываемого груза за счет масштабности грузопотоков РЦ и лучшей организации снабжения [3]; сокращение транспортных затрат доставки конечным потребителям за счет сокращения величины пробега транспортных средств; снижение рисков «недоставки» и, следовательно, полное выполнение обязательств с потребителями.

Таким образом, как это ни парадоксально звучит, увеличение числа складов в складской сети с рациональным распределением функций между ними может привести к снижению общих логистических издержек. Этот факт обусловлен правильным выбором функционального назначения складов и их мощностей, рациональных технологических решений на складе и оптимальным размещением запасов [1, с.112].

В то время как, стратегия складирования запасов определяется принадлежностью каждого склада с позиции формы собственности. Различают аренду, аутсорсинг логистических услуг и склады в собственности. Выбор стратегии должен основываться на проведении сравнительного анализа и определяться критериями совершенствования технологического процесса и сокращения складских издержек.

Определение числа складов в свою очередь является оптимизационной задачей, направленной на минимизации суммарных логистических издержек всей системы. При этом наибольшую долю затрат в структуре логистических издержек составляют транспортные затраты. При решении задачи необходимо руководствоваться общими корпоративными и логистическими целями компании, и ориентироваться на задачи, стоящие перед складами. Число складов зависит от численности и размещения клиентов и их требований к обслуживанию, от сети поставщиков, от интенсивности грузопотоков, специфики товара, объемов партии и частоты поставки.

Размещение складов на географии рынка оказывает значительное влияние на уровень транспортных расходов, затрат по складированию следовательно, и на уровень и стоимость логистических услуг. Задача размещения складов является сложной из-за многообразия схем и технологий доставки, требований к помещениям и условиям хранения. Задача об экономически оптимальной дислокации одного склада на плоскости, связана с определением географических координат склада компании по критерию затрат на развозку товаров потребителям с учетом объемов поставок (формула 1) [4].

$$S = \sum_{i=1}^n w_i C_0 \exp(-dQ_i) \sqrt{(x-a_i)^2 + (y-b_i)^2} \rightarrow \min \quad (1)$$

при ограничениях $a \geq 0, b \geq 0$.

Проведенный анализ деятельности логистических посредников ЕД выявил недостаточную эффективность используемой складской сети, ввиду следующих факторов: разбросанность инфраструктуры; неоптимальное ее размещение; нерациональное закрепление регионов обслуживания.

Общим следствием, перечисленных проблем является недостаточный уровень логистического обслуживания, когда медицинские организации получают лекарства с задержкой, что поднимает вопрос о самостоятельном осуществлении функций по хранению, доставке, для наработки ключевого преимущества по бесперебойному лекарственному обеспечению медицинских организаций.

Разработаем рекомендации на основании рассмотренных стратегических задач формирования складской сети. Проведенный обзор теоретических аспектов систем товароснабжения и функциональных назначений складов позволяют рекомендовать

централизованное снабжение через Распределительный центр (РЦ) и дальнейшая доставка в медицинские организации через региональные склады, поддерживающие функцию кросс-докинга, как основную функцию подсортировочных складов.

В соответствии с одной из стратегических целей ЕД, складирование запасов рекомендуется на собственной экономически обоснованной складской сети. При этом при наличии подходящего складского хозяйства также рекомендуется рассмотреть возможность аренды с последующим выкупом. Для реализации задачи оптимальной дислокации РЦ было рекомендовано применение задачи экономически оптимальной дислокации объекта на плоскости, целевая функция которой направлена на минимизацию затрат по транспортировке с РЦ до региональных складов.

Для обеспечения максимального уровня обслуживания медицинских организаций к решению задачи размещения региональных складов, рекомендуется подойти по критерию минимизации общих логистических издержек.

В свою очередь общие логистические издержки состоят из [5]: затраты на выполнение логистических операций/функций (транспортировка, управление запасами и т.д.); затраты на логистическое администрирование (выполнение основных управленческих функций, для достижения целей); ущерб от логистических рисков; затраты от мобилизации средств в запасах. Реализация рекомендаций по дислокации складской сети. По критерию минимизации общих логистических издержек, региональные склады разместят в областных центрах и городах республиканского значения. При применении задачи экономически оптимальной дислокации объекта на плоскости целевая функция указала координаты поселка Жамбыл Карагандинской области (рисунок 1). Однако последующее применение критерия минимизации общих логистических издержек, местом дислокации РЦ определило город Караганды.

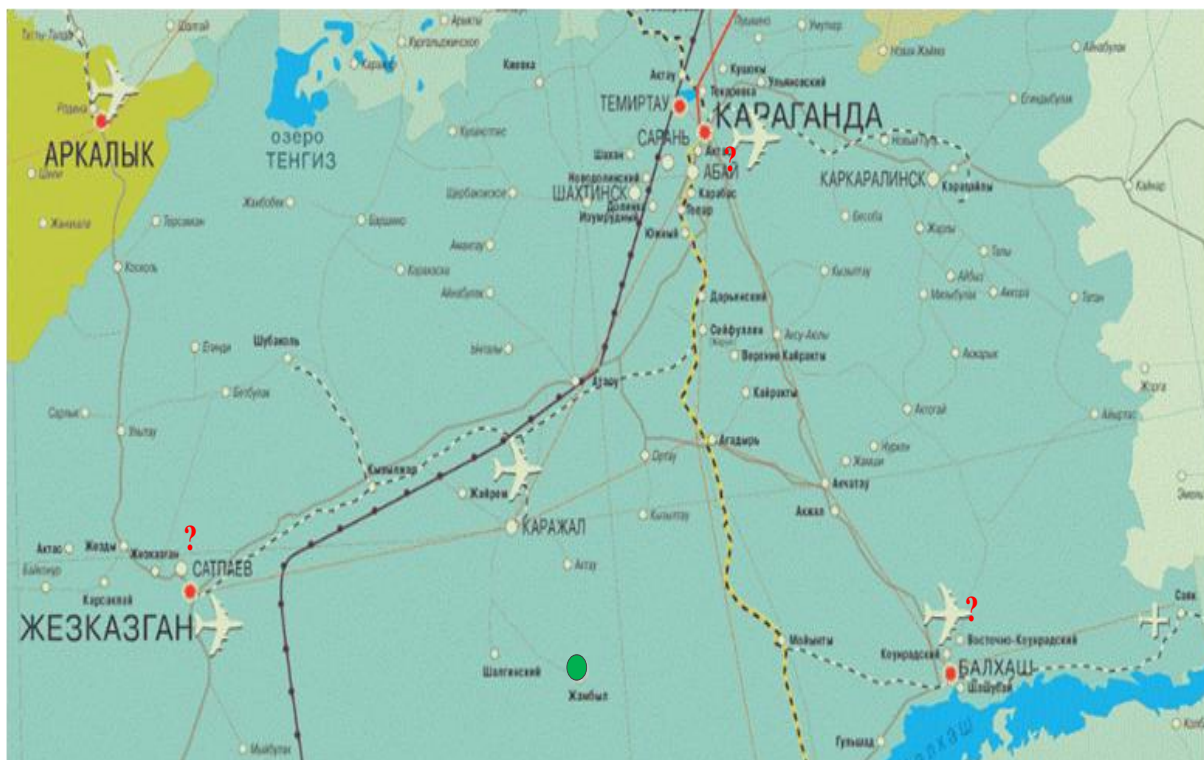


Рисунок 1 - Рассчитанное оптимальное размещение РЦ в п. Жамбыл (отмечено зеленым цветом) и ближайшие наиболее транспортно доступные города - Караганда, Жезказган, Балхаш (отмечены красным знаком вопроса).

Таким образом, решение стратегических задач по формированию складской сети позволило рекомендовать следующую складскую сеть (рисунок 2).

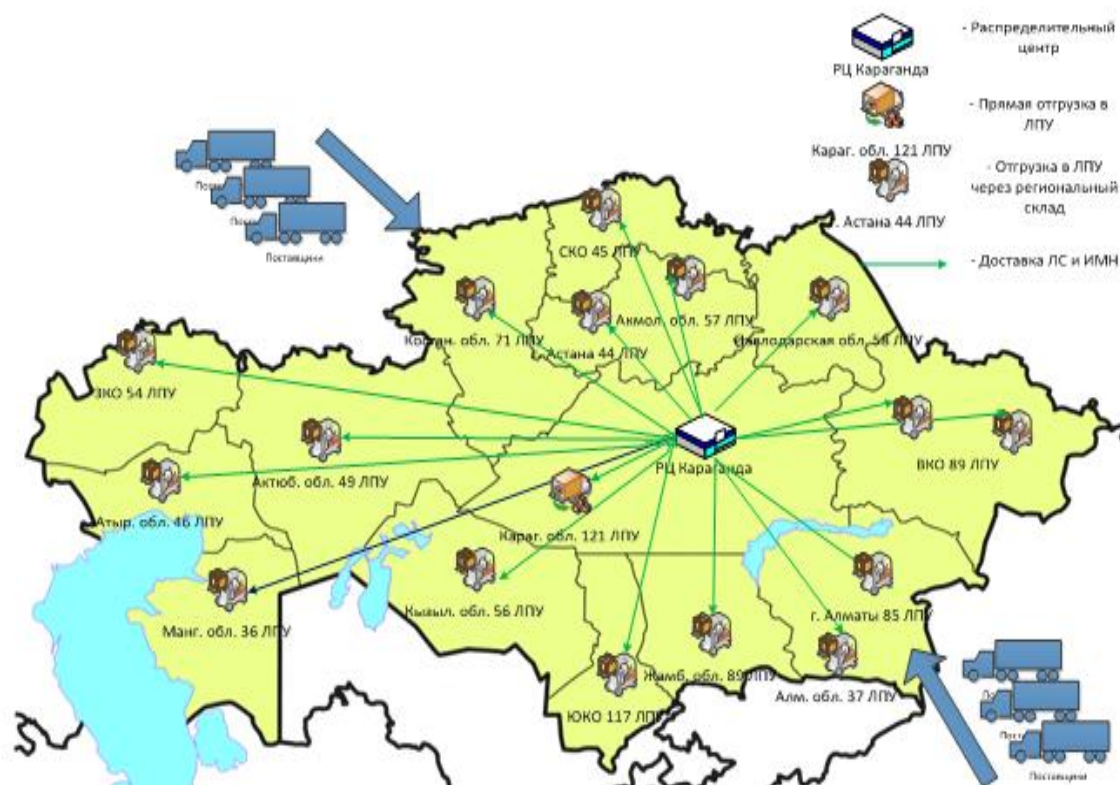


Рисунок 2 - Рекомендуемая складская сеть (г. Караганды)

Рассмотрение второй категории стратегических задач, решаемой после формирования складской сети, связанной с проектированием складского хозяйства - расчет складских зон РЦ, капитальных затрат на его строительство и годовых эксплуатационных затрат на РЦ и региональные склады, позволили определить экономию на складских услугах и рассчитать окупаемость проекта к седьмому году.

Таким образом, впервые для компании СК-Фармация разработаны предложения, учитывающие особенности ее функционирования, по формированию собственной оптимальной складской сети, позволяющей повысить эффективность лекарственного обеспечения путем решения рассмотренных стратегических задач.

Применение рассмотренных стратегических задач формирования складской сети позволит казахстанским компаниям повысить свои конкурентные преимущества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дыбская В.В. Управление складированием в цепях поставок. – М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2009. – 720 с.;
- 2 Гаррисон А., Ван Гок Р. Логистика. Стратегия управления и конкурентирования через цепочки поставок./ пер. 3-го англ. изд. – М.: Дело и Сервис, 2010. – 368 с.
- 3 Управление цепями поставок: Учебник издательства Gower / Под ред. Дж. Гатторны (ред. Р. Огулин, М. Рейнольдс); Перевод с 5-го англ. изд. – М.: ИНФРА-М, 2008. – 670 с.
- 4 Зайцев Е.И. Экономико-математические методы и модели в логистике. Иллюстрации и информационные материалы. 2008.

5 Дыбская В.В., Зайцев Е.И., Сергеев В.И., Стерлигова А.Н. Логистика: интеграция и оптимизация логистических бизнес-процессов в цепях поставок / Учебник под ред. проф. В.И. Сергеева. – М.: Эксмо, 2008. – 944 с. (Полный курс МВА).

Материал поступил 26.05.13.

Түйін

Б.Ш. ШӘРІП

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Ауруханасы, Астана қ.

БІРЫҢҒАЙ ДИСТРИБЬЮТОРДЫҢ ҚОЙМАЛАР ЖЕЛІСІН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ МАҚСАТТАРЫ

Мақалада Бірыңғай дистрибьютордың дәрілік қамтамасыздандыру тиімділігінің көтермелеуі үшін қойма желісін қалыптастырудың стратегиялық мақсаттары қарастырылады. Айталмыш мақсаттар жалпы логистикалық шығынның минимизациялау белгісі бойынша үйлесімді қойма желісін құрастыру мүмкіндігін береді. Бұл бірыңғай дистрибьюторға ал-бұлақты артықшылықты қояды және өздігінен-өзі медициналық мекеменің тоқтаусыз дәрілік қамсыздандыру мүмкіндігін береді.

Түйін сөздер: Бірыңғай дистрибьютор, дәрілік қамтамасыздандыру, қойма желісі.

Summary

B.S. SHARIP

Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Astana city

STRATEGIC PROBLEMS OF FORMATION OF THE NATIONAL DISTRIBUTOR WAREHOUSE NETWORK

In article are considered strategic problems of formation a warehouse network for increase of efficiency of medicines provision by the National distributor. These tasks allow to build an optimum warehouse network by criterion of the joint logistic costs minimization. That will allow the National distributor to get key advantage and independently to carry out uninterrupted provision of medicines to medical organizations.

Keywords: National distributor, medicines provision, warehouse network.

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА № 2 (49) – 2013
№2 (49) – 2013 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
THE CONTENT OF THE JOURNAL №2 (49) – 2013

Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару
Management of public healthcare

АЮПОВА Ш.А., КАСЕНОВА З.А., АБДУГАЛИЕВА Г.Н.
Внедрение международных стандартов JCI при организации амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному контингенту
АЮПОВА Ш.А., ҚАСЕНОВА З.А., АБДУҒАЛИЕВА Г.Н.
Тіркелген құрамға амбулаториялық-емханалық көмек көрсетуді ұйымдастыру кезінде халықаралық JCI стандарттарын енгізу
AUUROVA SH.A., KASENOVA Z.A., ABDUGALIYEVA G.N.
Implementation of JCI standards for provision of outpatient care to attached contingent.....2

БЕЙСЕН Н.Е.
Новая политика в централизованном лекарственном обеспечении населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
БЕЙСЕН Н.Е.
Кепілді тегін көрсетілетін медициналық көмек шеңберінде халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі орталық тандырылған жаңа саясат
BEISEN N.E.
New policy at the central pharmacological support of population within a warrant and free medical treatment.....5

КУСУМЖАНОВА Д. К., КАРИБАЕВА Б. Д.
Использование стандартов JCI при оказании помощи больным с острыми формами ишемической болезнью сердца
ҚҰСЫМЖАНОВА Д.К., КӘРІБАЕВА Б.Ж.
ЖИА-ның жіті түрімен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету кезінде JCI стандарттарын қолдану
KUSUMZHANOVA D.K., KARIBAYEVA B.D.
JCI standards care delivery for patients with acute ischemic heart disease.....9

Клинические исследования
Клиникалық зерттеулер
Clinical researches

АМАНГАЛИЕВ Д.Б., КАЛТАЕВА Д.М., ТУЛЕУОВ Ж.М., МАЛДЫБАЕВ М.С.
Эффективность низкопоточного гемодиализа у больных с гипергидратацией, резистентной к диуретической терапии
АМАНҒАЛИЕВ Д.Б., ҚАЛТАЕВА Д.М., ТӨЛЕУОВ Ж.М., МАЛДЫБАЕВ М.С.
Диуретикалық терапияға гипергидратациясы бар резистентті науқастардағы үздіксіздігі төмен гемодиализдің тиімділігі

AMANGALIEV D.B., KALTAYEVA D.M., TULEUOV J.M., MALDYBAEV M.S.
Efficiency of low-flow hemodialysis in patients with overhydration,
resistant to diuretic therapy.....11

АМАНГАЛИЕВ А. Б., ЖАКЕНОВА С.С., АМАНГАЛИЕВА Г.Е.
Эндоскопическая пластика перфорации перегородки носа
АМАНГАЛИЕВ А.Б., ЖАКЕНОВА С.С., АМАНГАЛИЕВА Г.Е.
Мұрын далдасын тесудің эндоскопиялық пластикасы
AMANGALIEV A.B., ZHAKENOVA S.S., AMANGALIEVA G.E.
Endoscopic plastic perforations nasal septum.....15

БАЛКОВОЙ В. В.
Применение метода микроскопической дискэктомии при грыжах позвоночника
БАЛКОВОЙ В. В.
Омыртқа жотасының жарығында микроскопиялық дискэктомия әдісін қолдану
BALKOVA V.V.
Method of microscopic discectomy for herniated spinal.....17

БАҚЫТ Ж.К., ЖИЕНБАЕВ Е.Р., БАЛПУКОВ У.Ж., ШЕРХАНОВ Р.Т.,
НУРИДИН Б.А., БИЛЯЛОВ Е.А.
Комбинированная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы при
возрастном гипогонадизме
БАҚЫТ Ж.К., ЖИЕНБАЕВ Е.Р., БАЛПЫҚОВ У.Ж., ШЕРХАНОВ Р.Т.,
НУРИДИН Б.А., БИЛЯЛОВ Е.А.
Егде жастағы гипогонадизм кезіндегі қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясының
комбинирленген терапиясы
BASIT G.K., GIENBAEV E.R., BALPUCOV U.G., SCTRHANOV R.T., NURIDIN B.A.,
BILJALOV E.A.
Combination therapy of benign prostatic hyperplasia with age hypogonadism.....20

ДОВГАНИЧ Ю.С., КОЛЕСНИК П.О., САРСЕНОВА С.В., МЕДВЕДЬ С.Г.
Изучение частоты поражения патогенными штаммами H.Pylori больных с диспепсией
ДОВГАНИЧ Ю.С., КОЛЕСНИК П.О., САРСЕНОВА С.В., МЕДВЕДЬ С.Г.
Диспепсия ауруы бар науқастардың H.Pylori патогенді штаммен зақымдану жиілігін
зерттеу
DOVGANYCH YU.E., KOLESNYK P.O., SARSENOVA S.V., MEDVED S.G.
Study on frequency of lesion by pathogenic strains of H.Pylori in cases of patients with
dyspepsia, and remote effects of eradication therapy.....25

ЕРЖАНОВ С.Т.
Использование ультразвукового исследования в работе рентгенэндоваскулярной
лаборатории
ЕРЖАНОВ С.Т.
Рентгенэндоваскулярлы зертхана жұмысында ультрадыбыстық зерттеуді қолдану
ERZHANOV S.T.
Ultrasound researches in the endovascular laboratory.....30

- КАРИБАЕВ К.Р., МАХАНОВ Д.И., ЖОТАБАЕВ А. Н.
Нарушения системы гемостаза у больных с различными классами нестабильной стенокардии
КӘРІБАЕВ Қ.Р., МАХАНОВ Д.Ү., ЖОТАБАЕВ Ә.Н.
Әртүрлі кластағы тұрақсыз стенокардиясы бар науқастарда гемостаз жүйесінің бұзылуы
KARIBAEV K.R., MAHANOV D.I., ZHOTABAIEV A.N.
Hemostatic disorders in patients with different classes of unstable angina.....32
- КУЦИН А.А., РИШКО Н.В., РИШКО А.В., САРСЕНОВА С.В., КИРЗО А.В., САДЕНОВА Д.А.
Состояние коронарного русла и особенности течения ишемической болезни сердца у жителей горных регионов Закарпатья
КУЦИН А.А., РИШКО Н.В., РИШКО А.В., СӘРСЕНОВА С.В., КИРЗО А.В., САДЕНОВА Д.А.
Закарпатье таулы аймақтарының тұрғындарында жүректің ишемиялық ауруы ағымының ерекшеліктері және коронарлық арнаның жай-күйі
KUTSYN O.O., RISHKO N.V., RISHKO A.V., SARSENOVA S.V., KIRZO A.B., SADENOVA D.A.
Coronary arteries state and features of ischemic heart disease in highlanders of transcarpathia.....37
- МАРТЫНОВА А.В.
Особенности применения ксефокама при лечении суставного синдрома у пожилых лиц
МАРТЫНОВА А.В.
Егде жастағы адамдардың буын синдромын емдеу кезінде ксефокамды қолдану ерекшеліктері
MARTYNOVA A.V.
Ksefokama features of elderly joint syndrome treatment.....45
- НАГИМТАЕВА А.А., БОРОВИКОВА А. В., ЖАНАТАЕВА Д. Ж., АБИЛЬДИНОВА Г. Ж.
Молекулярно-генетические аспекты преэклампсии
НАҒЫМТАЕВА А. А., БОРОВИКОВА А.В., ЖАНАТАЕВА Д. Ж., ӘБІЛДИНОВА Г. Ж.
Преэклампсияның молекулярлы – генетикалық аспектітері
NAGIMTAIEVA A. A., BOROVIKOVA A.V., ZHANATAEVA D.Z., ABILDINOVA G.J.
Molecular genetic aspects of pre-eclampsia.....47
- РОЗЕНСОН Р.И.
Пиковая скорость выдоха у детей города Астана
РОЗЕНСОН Р.И.
Астана қаласындағы дені сау балалардың дем шығаруының жоғарғы жылдамдығы
ROZENSON R.I.
Peak expiratory flow rate in children of Astana.....56

СИРОТКИНА И.Ю.
Уровень трансаминаз при алкоголизме
СИРОТКИНА И.Ю.
Маскүнемдік кезіндегі трансаминаза деңгейі
SIROTKINA I.U.
Transminase levels in alcoholism.....59

ТУЙШИЕВ Б.С., КВАШНИН А.В., АЛБАЕВ Р.К.
Опыт применения ультрафильтрации крови при операциях в условиях искусственного кровообращения
ТУЙШИЕВ Б.С., КВАШНИН А.В., АЛБАЕВ Р.К.
Жасанды қанайналымы жағдайындағы операциялар кезінде қан ультрафильтрациясын қолдану тәжірибесі
TUISHIYEV B.S., KVASHNIN A.V., ALBAYEV R.K.
Experience of blood ultrafiltration during extracorporeal circulation surgery.....63

ФЕДЬКИНА Н.А.
Донозологическая диагностика и прогнозирование развития рака молочной железы и яичников
ФЕДЬКИНА Н.А.
Нозологияға дейінгі диагностика және сүт безі мен аналық безде обырдың дамуын болжау
FEDKINA N.A.
Prenosological diagnosis and prognosis of breast cancer and ovarian.....66

*Обзоры
Шолу
Review*

МАРЧЕНКО Е.А.
Прогностическая ценность фибротеста при вирусном гепатите С
МАРЧЕНКО Е.А.
Вирустық С гепатиті кезіндегі фибротесттің болжамдық құндылығы
MARCHENKO E.A.
Prognostic value of fibrotest in viral hepatitis C..... 68

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

*Случаи из практики
Практикадан алынған жағдайлар
Cases from practice*

АМАНГАЛИЕВ А.Б., ЖАКЕНОВА С.С., ЧОРМАНОВА Р.Р., АМАНГАЛИЕВА Г.Е.
Проведение лор-операций под контролем цифровых рентгентехнологий

АМАНГАЛИЕВ А.Б., ЖӨКЕНОВА С.С., ЧОРМАНОВА Р.Р., АМАНГАЛИЕВА Г.Е.
Сандық рентгентехнологияларды бақылау арқылы лор-операциялар жүргізу
AMANGALIEV A.B., ZHAKENOVA S.S., CHORMANOVA R.R.,
AMANGALIEVA G.E.
Ent surgery with digital x-ray technology.....75

Реферативные статьи
Реферативтік мақалалар
Essay articles

ЖУМАБАЕВА А.З., АҚШАЛОВА Ж.К., ТУСУПБЕКОВА Ш.С.
Организация и улучшение качества работы специалистов сестринского дела
ЖҰМАБАЕВА А.З., АҚШАЛОВА Ж.К., ТҮСПБЕКОВА Ш.С.
Мейіргер ісі мамандарының жұмысын ұйымдастыру
және сапасын жақсарту
GHUMABAIEVA A.Z., AKSHALOVA GH.K., TUSUPBECOVA SH.S.
Organization and improvement of quality of nursing work78

ТЕКЕБАЕВ К.О.
Вредные и опасные факторы условий труда и их влияние на организм военнослужащих
республиканской гвардии
ТЕКЕБАЕВ К.О.
Республикалық ұлан әскери қызметшілерінің ағзасына еңбек жағдайының зиянды және
қауіпті факторлардың әсер етуі
ТЕКЕБАҮЕВ К.
Harmful and dangerous factors of labour conditions and their influence to the organism of
servicemen of the republican household troops.....83

ШАРИП Б.Ш.
Стратегические задачи формирования складской сети единого дистрибьютора
ШӘРІП Б.Ш.
Бірыңғай дистрибьютордың қоймалар желісін қалыптастырудың стратегиялық
мақсаттары
SHARIP B.S.
Strategic problems of formation of the national distributor warehouse network87

Правила оформления статей
Мақалаларды әзірлеу сiмдеу ережелерi
The rules of scientific articles



К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

заявки на имя главного редактора или при наличии сопроводительного письма от руководителя учреждения, на базе которого проводилась работа.

для публикации научной статьи необходимо предоставить выписку из протокола заседания кафедры (подразделения) с рекомендацией статьи к печати либо рецензию научного руководителя.

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 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу по 2,0 и справа, слева по 2,5 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 6 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме.

4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание - слева) после инициалов и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а так же название учреждения (после текста), в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами (выравнивание по правому краю).

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 высылается, 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 12. 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.

12. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.

13. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.

15. Согласно протокола № 31 п.16 от 27 ноября 2010 г. данный журнал будет размещаться в электронной версии на сайте: www.mcudprk.kz

16. Оплата за статью производится из расчета: 700 тенге за одну страницу. При оплате следует указать РНН и адрес автора. **Платежные реквизиты:** «АО «Центр медицинских технологий и информационных систем» РНН 620 200 397 526 БИН 120 940 001 946 ИИК KZ669261501164996004 БИК KZKOKZKX, Кбе17, КНП 859, Код19, АО «Казкоммерцбанк».

17. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, ул. Сыганак, 29, Бизнесцентр «Евроцентр», каб.1126, тел/факс: 8 (7172) 51 69 47, 51 69 09, e-mail:vestnik@mcudprk.kz

