

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

**қазан – желтоқсан
4 (47) 2012
октябрь-декабрь**

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. Батпенов – 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 616.33-006-084

В.В. БЕНБЕРИН, Р.Р. БЕКТАЕВА

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ – СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА

Предраковая патология органов пищеварения - главная проблема гастроэнтерологии XXI века. Основанием к этому является ситуация, сложившаяся в мире – катастрофический рост частоты и распространенности злокачественных опухолей пищеварительной системы. Статистика показывает, что смертность от рака органов пищеварения в два раза выше, чем смертность от рака легких, в 5,5 раз выше, чем смертность от рака молочной железы и злокачественных опухолей другой локализации. При таких темпах роста онкогастроэнтерологическая патология может начать конкурировать за 1 место с болезнями сердца и сосудов, как причина смерти. В то же время гастроэнтерологи обладают реальными возможностями предупреждения развития злокачественных опухолей органов пищеварения.

Ключевые слова: предраковые заболевания желудка, рак органов пищеварения, рак желудка, патология пищеварения.

В последние несколько лет в результате исследования причин, механизмов и особенностей развития опухолей органов пищеварения и тех болезней, которые предшествуют их развитию, сформировано новое научное и практическое направление в гастроэнтерологии - *предраковая патология органов пищеварения*. Значение его трудно переоценить, поскольку оно позволяет осуществить принципиально новый подход профилактики рака, эффективно предупреждать развитие злокачественных опухолей на стадии предраковых повреждений, что на сегодня признано единственным путем снижения частоты и распространенности онкогастроэнтерологических болезней [1,2].

В ряде стран в последние годы созданы Национальные программы по предупреждению наиболее распространенных злокачественных опухолей органов пищеварения - рака желудка, колоректального рака, рака пищевода. Следует подчеркнуть, что разработкой и осуществлением этих программ занимаются гастроэнтерологи, поскольку основной акцент делается в них не на раннюю диагностику уже развившегося рака и его лечение, а на изучение, диагностику и лечение предраковой патологии. Сегодня достигнуты впечатляющие результаты внедрения этих программ в ряде стран [5,19,20]. Так, внедрение Национальных программ по предупреждению рака желудка с использованием метода «Гастропанели» позволило добиться снижения его распространенности в Японии и Финляндии почти на одну треть. Выполняются такие программы и в ряде регионов России [3]. Казахстан относится к странам с высоким риском и частотой злокачественных опухолей, а смертность от злокачественных опухолей стабильно остается на втором месте. Обращает при этом внимание, что ведущие позиции по величине показателей приходится на рак органов пищеварения и первое место среди них принадлежит раку желудка [4]. Экспертная группа, назначенная IARC Международное Агентство по изучению рака), в 1994 году отнесла инфекцию *H.Pylori* к канцерогенам 1 группы для людей [8]. Механизм, с помощью которого инфекция *H.Pylogi* вызывает некардиальный (дистальный) рак желудка определен только в последние годы. Так, установлено, что риск развития рака желудка повышается параллельно степени тяжести атрофического гастрита (АГ) [10,11,12,21]. АГ чаще всего возникает вследствие инфекции *H.Pylogi* и приводит часто к гипохлоргидрии или полному отсутствию кислотопродукции [13,14]. У лиц с атрофическим гастритом тела желудка рак в 3-5 раз выше по сравнению с остальной популяцией [10]. Установлено, что риск развития рака желудка зависит от локализации хронического гастрита и расположения кишечной метаплазии в желудке. Очаговое и антральное расположение кишечной метаплазии в желудке не повышает риск развития аденокарциномы желудка [21]. Расположение кишечной метаплазии по "желудочному каналу Вальдейера" (по малой кривизне от кардии к привратнику) повышает относительный риск рака до 5,7, а диффузная локализация кишечной метаплазии по всей слизистой оболочке желудка(СОЖ) с распространением на тело желудка - до 12,2 [22]. Морфологическая прогрессия «каскада канцерогенеза *Correa*» (хронический

активный гастрит→ атрофический гастрит→ кишечная метаплазия→ дисплазия низкой степени→ дисплазия высокой степени→ рак желудка до развития дисплазии на фоне эффективной эрадикации *H.Pylori* ранее считалась обратимой. В настоящее время доказано, что существует «точка невозвращения» - появление кишечной метаплазии в слизистой оболочке желудка, когда эрадикация *H.Pylori* уже не снижает риск развития рака желудка [24]. Результаты рандомизированных исследований установили, что эрадикация *H.pylori* не снижает частоту кишечной метаплазии СОЖ и не уменьшает её тяжесть [14,15]. У субъектов с тяжелой панатрофией СОЖ (АГ в антруме и в теле, т.е. тяжелый мультифокальный атрофический гастрит), независимо от наличия или отсутствия инфекции *H.pylori*, риск рака повышен в 90 раз по сравнению с группой лиц со здоровой СОЖ(10). Известно, что морфологическое исследование биоптатов является способом достоверной диагностики атрофических и предраковых изменений. Однако оно не лишено недостатков. Основным недостатком гистологического метода является возможность оценки морфоструктуры СОЖ только в местах взятия биоптатов. Кроме того, в силу инвазивности и сложности исследования, необходимости высокого профессионализма морфолога, гистологический анализ не может быть скрининговым методом диагностики предраковых изменений СОЖ.

В настоящее время разработан неинвазивный метод диагностики предраковых изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ), который базируется на определении в сыворотке крови четырех биомаркеров: пепсиногена I, пепсиногена II, гастрин-17 и антител к *H.Pylori*, количественное определение которых дает информацию о функциональном состоянии различных участков СОЖ [17]. Этот комплекс показателей получил коммерческое название тест «Гастропанель» (GastroPanel, Biohit Diagnostics, Финляндия). Серологическая диагностика хронических *H.Pylori* – ассоциированных заболеваний, основанная на определении пепсиногена I, пепсиногена II, гастрин-17 и антител - IgG к *H.Pylori*, способствует эффективному выявлению инфекции *H.Pylori* и раннему обнаружению предраковых изменений СОЖ [7]. Множество исследований подтвердило высокую достоверность верификации атрофического гастрита по сывороточному уровню пепсиногена I и II, гастрин-17 при исследовании крови с помощью теста «Гастропанель» [16,18,19]. Установлено, что тест обладает высокой чувствительностью при диагностике неатрофического и атрофического гастрита, при этом характеризуется высокой позитивной и негативной прогностической ценностью. Учитывая важную роль *H.Pylori*-инфекции в желудочном канцерогенезе, одним из важных направлений оценки риска развития предраковых изменений СОЖ является диагностика хеликобактериоза. В Маастрихтском консенсусе-4 2012 года для неинвазивной диагностики *H.Pylori* рекомендованы определение антигена бактерии в кале и серологический метод диагностики инфекции [7]. Однако, в рекомендациях Маастрихта- 4 указано, что не все серологические тесты равноценны. В связи с вариабельностью точности различных коммерческих тестов следует использовать только валидированные серологические тесты, основанные на иммуноферментном определении антител IgG к антигенам *H.Pylori* [7]. К таким тестам относят Гастропанель «Biohit Diagnostics». Важно, что определение суммарных иммуноглобулинов, IgA или IgM к антигенам *H.Pylori* не обладает специфичностью и чувствительностью, свойственной серологическим тестам, основанным на определении антител класса IgG. Преимуществом данных методик является простота выполнения. Их используют для эпидемиологических исследований, скрининга пациентов групп риска, для принятия решения о назначении антимикробных и антисекреторных препаратов при язвенном кровотечении, атрофии СОЖ и желудочных опухолях. Важным положением рекомендаций Маастрихта- 4 является то, что только серологический метод может использоваться для диагностики *H.Pylori*-инфекции в условиях, когда пациенты не могут прекратить прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) за 2 недели до определения *H.Pylori* культуральным, гистологическим методом, уреазным дыхательным радиоизотопным тестом или определением антигена бактерии в кале [8].

Маастрихтский-4 консенсус не рекомендует использовать определение антител IgG к антигенам *H.Pylori* для контроля эффективности эрадикационной терапии [8,9,10]. Одним из путей профилактики и предотвращения рака желудка является лечение инфекции *H.Pylori*, [5,6,7,9]. Результаты мета-анализа имеющихся публикаций свидетельствуют о снижении относительного риска рака желудка после эрадикационной терапии на 35% [23]. Маастрихтский консенсус-4 2012 года также определил, что существуют убедительные доказательства снижения риска развития рака желудка после эрадикации *H.pylori*. В таблице 1 представлены рекомендации Маастрихта-4, относящиеся к стратегии профилактики рака желудка [7].

Таблица - Рекомендации Маастрихта 4, относящиеся к стратегии профилактики рака желудка
 [Malfertheiner P. et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report / Gut 2012;61:646-664]

Заявление	Уровень доказательности	Степень рекомендации
<i>H.Pylori</i> -инфекция является наиболее последовательным фактором риска развития рака желудка.	1a	A
Влияние факторов окружающей среды находится в зависимости от <i>H.Pylori</i> –инфекции.	1a	A
Эрадикация <i>H.pylori</i> устраняет воспалительные реакции и замедляет или может остановить прогрессирование атрофии. В некоторых случаях атрофия может сохраниться.	1a	A
Существуют убедительные доказательства, что эрадикация <i>H.pylori</i> снижает риск развития рака желудка.	1c	A
Риск развития рака желудка может быть уменьшен более эффективно, при лечении до развития предраковых изменений	1a	A
Эрадикация <i>H.pylori</i> для профилактики рака желудка является экономически эффективной в регионах с высоким риском развития рака желудка.	3	B
Серологические тесты на <i>H.pylori</i> , и маркеры атрофии (например, IgG <i>H.pylori</i> , пепсиноген I) являются наилучшими неинвазивными тестами для выявления пациентов с высоким риском развития рака желудка.	1a	B
Эрадикация <i>H.pylori</i> , для предотвращения рака желудка, должна проводиться в группах высокого риска.	1c	A
Предраковые изменения СОЖ в условиях повышенного риска требуют эндоскопического наблюдения. Перспективные исследования необходимы для определения их периодичности.	2c	A

Эрадикация *H.Pylori* для предотвращения рака желудка в настоящее время показана (уровень доказательности: 1a до 4; степень рекомендации: A):

- родственникам первой степени родства больного раком желудка;
- пациентам с неоплазией желудка, пролеченной эндоскопически или субтотальной резекцией желудка;
- пациентам с пангастритами, гастритом тела желудка, выраженной атрофией;
- пациентам с длительной медикаментозной кислотосупрессией, более чем 1 год;
- пациентам с сильными экологическими факторами риска рака желудка (курение, запыленность, уголь, кварц, цемент, работы в карьерах);
- *H.pylori* -позитивным пациентам с боязнью рака желудка.

Заключение. Учитывая, что ведущие позиции по величине показателей приходятся на рак органов пищеварения и первое место среди них принадлежит раку желудка, актуальность выявления предраковой патологии органов пищеварения для Казахстана и хронического атрофического гастрита, как предракового заболевания желудка, переоценить трудно. Используя накопленный мировой опыт по ранней диагностике и новейшим технологиям лечения, сегодня можно предупредить или значительно замедлить морфологическую прогрессию от предрака до рака желудка, а значит, можно снизить и заболеваемость, и смертность от последнего.

С этой целью необходимо обеспечить: 1) серологическую диагностику хронических *H.Pylori* – ассоциированных заболеваний, основанной на определении пепсиногена I, пепсиногена II, гастрин-17 и антител - IgG к *H.Pylori* способствующей эффективному выявлению инфекции *H.Pylori* и раннему обнаружению предраковых изменений СОЖ. 2) адекватное проведение эрадикации *H.pylori*, снижающей риск развития атрофии слизистой оболочки, рака желудка и являющейся экономически эффективной в регионах с высоким риском развития аденокарциномы желудка. 3) фармакотерапию пациентов с предраковой патологией желудка необходимо осуществлять в единстве с результатами серологического скрининга и последующего эндоскопического мониторинга, а так же с учетом современных подходов к решению проблемы в целом, в том числе, вопросов реабилитации. Современные подходы могут и должны быть использованы в ранней диагностике, по возможности, при всех известных сегодня предраковых заболеваниях в клинической практике.

Следует, как можно быстрее взять на вооружение достижения современной науки для внедрения в повседневную клиническую практику, для предупреждения наиболее распространенных злокачественных опухолей органов пищеварения. Необходимость решения беспрецедентных по сложности и масштабных задач, стоящих перед отечественной гастроэнтерологией и здравоохранением в целом, должна явиться мощным стимулом для всех заинтересованных специалистов в этой области – гастроэнтерологов, терапевтов, эндоскопистов, патоморфологов, врачей-лаборантов, врачей других специальностей.

Реализация послания Президента о необходимости всемерной борьбы с онкологической патологией и внедрение с этой целью самых современных достижений научного прогресса в клиническую практику по предупреждению рака органов пищеварения, по нашему мнению, внесет свой реальный вклад в решение этой проблемы, а значит, будет содействовать снижению числа заболеваемости раком органов пищеварения в Казахстане.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бектаева Р.Р. Предраковая патология органов пищеварения - главная проблема современной гастроэнтерологии. //Ж. Человек и Лекарство- Казахстан. - 2011. - № 2(2). - С. 6-7.

2 Ивашкин В.Т. Современная гастроэнтерология и предопухолевые заболевания пищеварительной системы. //Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колонопроктол. - 2002. - т.12. - № 3. - С. 4 -7.

3 Котелевец С. М. Хронический атрофический гастрит и проблема скрининга предраковых изменений слизистой оболочки желудка: автореф. дис. ... д-ра мед. Наук.–СПб. - 2007. – 40 с.

4 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010г.-Стат.сб. – Астана – Алматы. - 2011. - 312с.

5 Agreus L., Kuipers E.J., Kupcinskas L., Malfertheiner P., Di Mario F., Leja M., Manachai V., Yaron N., Van OIJEN m., Perez G., Rugge M., Ronkainen J., Salaspuro M., Sipponen P., Sugano K., Sung J. Rationale in diagnosis and screening of atrophic gastritis with stomach-specific plasma biomarkers. //Scandinavian J.of Gastroenterology. – 2012. - 47. – 136 -147.

6 Malfertheiner P, Sipponen P, Naumann M, Moayyedi P, Megraud F, Xiao S.D., et al. Lejondal H.pylori-GastricCancer Task Force. Helicobacter pylori eradication has the potential to prevent gastric cancer: a state-of-the-art critique. //Am J Gastroenterol.-2005.-100:2100–15.

7 Malfertheiner P. et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report // Gut. - 2012. - 61:646-664

8 International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Schistosomiasis, liver flukes and Helicobacter pylori. IARC working group on the evaluation of carcinogenic risks to human. //Monogr. Eval Carcinog Risks Hum. - 1994. - 61:218–20.

9 Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer.// N Engl J Med. - 2001. - 345:784–9.

10 Sipponen P, Kekki M, Haapakoski J, Ihamaki T, Siurala M. Gastric cancer risk in chronic atrophic gastritis: statistical calculations of cross-sectional data.// Int J Cancer. - 1985. - 35: 173–7.

11 Ohata H, Kitauchi S, Yoshimura N, Mugitani K, Iwane M, Nakamura H, et al. Progression of chronic atrophic gastritis associated with Helicobacter pylori infection increases risk of gastric cancer.// Int J Cancer. - 2004. - 109:138–43.

12 Varis K, Sipponen P, Laxen F, Samloff IM, Huttunen JK, Taylor PR, and The Helsinki Gastritis Study Group. Implications of serum pepsinogen I in early endoscopic diagnosis of gastric cancer and dysplasia.// Scand J Gastroenterol. - 2000. - 35:950 – 6.

13 Kimura K, Satoh K, Ido K, Taniguchi Y, Takimoto T, Takemoto T. Gastritis in the Japanese stomach// Scand J Gastroenterol. - 1996. - 214:17–20.

14 Storskrubb T, Aro P, Ronkainen J, Sipponen P, Nyhlin H, Talley NJ, et al. Serum biomarkers provide an accurate method for diagnosis of atrophic gastritis in a general population: the Kalixanda study. // Scand J Gastroenterol. - 2008. - 43: 1448–55.

15 Wong BC, Lam SK, Wong WM, Chen JS, Zheng TT, Feng RE, China Gastric Cancer Study Group. Helicobacter pylori eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlled trial.// JAMA. - 2004. - 291:187–94.

16 Kosunen TU, Pukkala E, Sarna S, Seppala K, Aromaa A, Knept P, et al. Gastric cancer in Finnish patients after cure of Helicobacter pylori infection: a cohort study.// Int J Cancer. - 2011. - 128:433 – 9.

17 Telaranta-Keerie A, Kara R, Paloheimo L, Harkonen M, Sipponen P. Prevalence of undiagnosed advanced atrophic corpus gastritis in Finland: an observational study among 4,256 volunteers without specific complaints.// Scand J Gastroenterol. - 2010. - 45:1036–1041

18 Yananoka K, Oka M, Ohata H, Yoshimura N, Deguchi H, Mukoybayashi C, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents cancer development in subjects with mild gastric atrophy identified by serum pepsinogen levels.// Int J Cancer. - 2009. -125:2697–703.

19 Miki K, Fujishiro M, Kodashima S, Yahagi N. Long-term results of gastric cancer screening using the the serum pepsinogen test method among an asymptomatic middle-aged Japanese population.// Dig Endosc.- 2009. - 21:78–81.

20 Sipponen P, Graham DY. Importance of atrophic gastritis in diagnostics and prevention of gastric cancer: application of plasma biomarkers.// Scand J Gastroenterol.- 2007; 42:2–10.

21 Rugge M, de Boni M, Pennelli G, de Bona M, Giacomelli L, Fassan M, et al. Gastritis OLGAs staging and gastric cancer risk: a twelve-year clinico-pathological follow-up study.// Aliment Pharmacol.Ther. - 2010.-P31:1104–11.

22 Cassaro M., Rugge M., Gutierrez O., Leandro G., Graham D.Y., Genta R.M. Topographic patterns of intestinal metaplasia and gastric cancer //Am. J. Gastroenterol. - 2000. - Jun; 95 (6). - P. 1431-1438.

23 Fuccio L., Zagari R.M., Eusebi L.H., Laterza L., Cennamo V., Ceroni L., Grilli D., Bazzoli F. Meta-analysis: Can *Helicobacter pylori* Eradication Treatment Reduce the Risk for Gastric Cancer? // Ann. Intern. Med. - 2009. - Vol.151. - P. 121-128.

24 Lee Y.C., Chen T.H., Chiu H.M., Shun C.T., Chiang H., Liu T.Y., Wu M.S., Lin J.T. The benefit of mass eradication of *Helicobacter pylori* infection: a community-based study of gastric cancer prevention // Gut. 2012 Jun 14. [Epub ahead of print].

Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан. АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 16.11.12.

Түйін

В.В. БЕНБЕРИН, Р.Р. БЕКТАЕВА

АСҚОРЫТУ МҮШЕЛЕРІНІҢ ОЫРАЛДЫ АУРУЛАРЫ – АСҚАЗАННЫҢ ОЫРЫ АУРУЫН АЛДЫН АЛУДЫҢ ЗАМАНУИ МҮМКІНДІКТЕРІ

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасының Медициналық орталығы. «Астана медицина университеті» АҚ

Мақалада ас қорыту органдары оырының көрсеткіштері ұлғайғанының негізгі орындары көрсетілген, олардың арасында асқазан оыры алдыңғы қатарда тұр, Қазақстан үшін ас қорыту органдарының оыралды патологиясын және асқазанның оыралды ауруы ретінде созылмалы атрофиялық гастритті анықтау өзектілігін асыра бағалау мүмкін емес. Сондықтан ерте диагностикалау және емдеудің ең жаңа технологиялары бойынша әлемнің жинақталған тәжірибесін пайдалана отырып, бүгінгі күні асқазанның оыралды ауруының оырға морфологиялық айналуын біршама бәсеңдетуге мүмкін болады, сондықтан осы аурумен ауруды да оның салдарынан өлім-жітімді де төмендетуге болады.

Кілтті сөздер: асқазанның оыралды ауруы, ас қорыту органдарының оыры, асқазан оыры, ас қорыту патологиясы.

Abstract

V.V. BENBERIN, R.R. BEKTAEVA

PRECANCEROUS DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM – MODERN POSSIBILITIES OF PREVENTION OF GASTRIC CANCER

Medical Center of President’s affairs Administration of the Republic of Kazakhstan. JSC "Astana Medical University"

In the article describes the leader positions that would occur in cancer of the digestive system. The first place among them is stomach cancer, the urgency to identify the best pathology of the digestive for Kazakhstan and chronic atrophic gastritis as a premalignant disease of the stomach, remains. That is why the using international experience for early diagnosis and treatment with the newest technology, now we can prevent or slow down the morphological progression from precancerous to cancer of the stomach. That means we can reduce the morbidity and mortality from this disease.

Keywords: precancerous gastric, cancer of the digestive system, stomach cancer, digestive pathology



УДК 614.8.06-005.931.11(574)

А.А. АБДУЛИН, А.А. АБДУЛДАЕВА, А.А. БЕСЕНОВА, Ж.А. ДОСЖАНОВА

ОТДАЛЁННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У КАЗАХСТАНЦЕВ, ПОСТРАДАВШИХ
ОТ ВОЕННЫХ И ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ XX ВЕКА

В статье приведены данные о заболеваемости пострадавших Казахстанцев от военных и крупнейших техногенных катастроф и проблемные вопросы, направленные на улучшение их качества жизни.

Ключевые слова: медицинские последствия военных и техногенных катастроф, ядерный полигон, Чернобыль.

Введение. История XX века характерна кровавыми военными, крупными техногенными катастрофами. Казахстанцы, прежде всего как граждане Советского Союза, оказались участниками судьбоносных глобальных событий. Активное, а также пассивное, участие в критических процессах наносило тяжелый вред здоровью людей. В Казахстане на высшем уровне были приняты комплексные меры по социальной защите, реабилитации своих граждан, которые отражены в Законах РК от 28 апреля 1995 г. и более чем 40 подзаконных актах [1,2].

Материалы и методы исследования. В настоящей работе изучались расселение, возрастно-половой состав, заболеваемость групп населения Правительственного перечня, выделенных, как инвалиды и участники Отечественной войны (ИОВ, УОВ), войны-интернационалисты (ВИ), члены семей, погибших воинов (СП), реабилитированные жертвы массовых политических репрессий (ЖР), лица, пострадавшие от ионизирующего излучения при аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПНИИ-Ч) и от деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона (ЛПНИИ-С). Данная категория составляет в Республике значимую часть - 7,7% от взрослого населения страны. Доля декретированного контингента в общей структуре населения Казахстана за 2006-2010 года снизилась с 6,3% до 5,6%.

Таблица 1- Количество и удельный вес контингента по РК за 2009-2010 годы

Контингент	2009 год	Уд. вес (%)	2010 год	Уд. вес (%)
ИОВ	5259	0,6 ±0	4326	0,5 ±0
УОВ	13499	1,6 ±0	11270	1,3 ±0
ВИ	14860	1,7 ±0	20546	2,4 ±0
СП	4311	0,5 ±0	4067	0,5 ±0
ЖР	21853	2,5 ±0	20317	2,4 ±0
ЛПНИИ-С	798394	92,3 ±0	793661	92,2 ±0
ЛПНИИ-Ч	7028	0,8 ±0	6797	0,8 ±0
ИТОГО:	865204	100,0	860984	100,0

Как видно из таблицы 1, в 2010 году количество контингента диспансерного учета уменьшились по сравнению с 2009 годом на 4220 человек. Основную часть контингентов составляют лица, пострадавшие от ионизирующего излучения при деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона (ЛПНИИ-С), которые составляют в 2010 году 793661 человек или 92,2% всех контингентов; жертвы массовых репрессий – 20317 (2,4%); воины-интернационалисты – 20546 (2,4%); участники Отечественной войны -11270 (1,3%); лица, принимавшие участие в ликвидации последствий аварий на Чернобыльской АЭС - 6797(0,8%).

Особенности структуры контингентов диспансерных групп, заключающиеся в высоком удельном весе лиц, получивших ионизирующее излучение в результате деятельности СИЯП и аварии на Чернобыльской АЭС обуславливают комплекс медико-организационных, лечебных, реабилитационных мероприятий в медицинских организациях. Оказывающих медицинские услуги данному контингенту, что отражается на деятельности структурных подразделений.

Таблица 2 - Половозрастные показатели декретированной категории по данным ЦКГИОВ

Группы населения.	Доля лиц мужского пола в %.	Средний возраст. (лет.)
ИОВ	98,0	87,5
УОВ	89,6	86,4
ВИ	97,8	47,5
СП	15,4	67,2
ЖР	35,0	77,7
ЛПИИ – С	46,4	51,7
ЛПИИ – Ч	99,4	56,5
ИТОГО:	82,0	62,7

Исходя из таблицы 2, средний возраст относится к пожилому возрасту, ни в одной социальной группе не преобладали пожилые. В группах ИОВ, УОВ, СП, ЖР сосредоточены, как правило, старые люди, а ВИ, ЛПИИ-Ч, ЛПИИ-С относятся к лицам среднего возраста. Мужчины составляют подавляющее большинство в группах ИОВ, УОВ, ВИ, ЛПИИ-Ч. Прогнозируемо женщины незначительно преобладают в группе СП, ЛПИИ-С, ЖР, что отражает общую половозрастную структуру населения страны.

Таким образом, обслуживаемый контингент представлен преимущественно мужчинами среднего и старческого возраста. Состояние здоровья этой достаточно большой категории лиц продолжает ухудшаться из-за перенесенного запредельного психосоматического травмирующего агента и проблем ускоренного старения организма.

Результаты и обсуждение. Показатели общей заболеваемости декретируемых категории граждан выше общереспубликанского уровня заболеваемости в 4 раза и выглядят следующим образом (таб.3).

Таблица 3 - Общая заболеваемость на 1000 граждан

Категории населения.	2009г.	2010г.
ИОВ	6309	6313
УОВ	6221	6219
ВИ	2587	2815
СП	4655	4487
ЖР	4730	4752
ЛПИИ – С	2933	3107
ЛПИИ – Ч	3570	3729
ИТОГО:	3902	4107,0

Следовательно (таб.4), лица, пострадавшие от ионизирующего излучения при деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона (ЛПИИ-С) составляют самую многочисленную, относительно молодую и менее болезненную категорию наблюдаемого контингента.

Таблица 4 - Структура и распространенность лиц, получивших ионизирующее излучение на ЧАЭС по регионам РК за 2010 год (на 10 тысяч взрослого населения)

Наименование областей	ЛПИИ-Ч		
	абс.	уд. вес (%)	на 10 тысяч взр. нас.
Республика Казахстан	6797	100	5634,1
Акмолинская	563	8,3	9680,2
Актюбинская	422	6,2	7819,2
Алматинская	506	7,4	3987,7
Атырауская	167	2,5	4609,4
Восточно-Казахстанская	952	14,0	8339,9
Жамбылская	282	4,1	3794,4
Западно-Казахстанская	409	6,0	8448,7
Карагандинская	458	6,7	4269,2
Кызылординская	296	4,4	6231,6

Костанайская	350	5,1	4840,9
Мангыстауская	252	3,7	8330,6
Павлодарская	383	5,6	6343,2
Северо-Казахстанская	416	6,1	7955,6
Южно-Казахстанская	360	5,3	2234,5
г. Астана	547	8,0	10283,9
г. Алматы	434	6,4	3946,2

В Республике Казахстан в 2010 году проживало 6797 человек, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Из всего количества этих лиц проживало в Восточно-Казахстанской области – 14,0%, в Акмолинской – 8,3%, в г. Астана – 8,0%, в Алматинской – 7,4% и в Карагандинской – 6,7% .

Однако количество лиц принимавших участие в ликвидации аварии на ЧАЭС в 2010 году уменьшилось сравнительно с 2009 годом на 231 человек в основном за счет естественной убытии.

Распространенность ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС по РК имеет некоторые особенности. На 10 тысяч взрослого населения количество ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС по РК составило в 2010 году 5634,1 человек. Выше средне республиканского показателя распространенность ликвидаторов имеет место в г. Астане, где этот показатель составил 10283,9 человек на 10 тысяч взрослого населения, затем в Акмолинской области – 9680,2; в Западно-Казахстанской области – 8448,7; в Восточно-Казахстанской области – 8339,9 и в Мангыстауской – 8330,6. Самые низкие уровни данного показателя в выявлены в Южно-Казахстанской области, где на 10 тыс. взрослого населения приходится 2234,5 случаев ликвидаторов аварий на ЧАЭС, в Жамбылской области – 3794,4; в Алматинской – 3987,7; в г. Алматы – 3946,2.

Таблица 5 - Структура и распространенность лиц, получивших ионизирующее излучение от деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона по регионам РК за 2010 год (на 10 тысяч населения)

Наименование областей	ЛПИИ-С		
	абс.	уд. вес (%)	на 10 тысяч населения
Республика Казахстан	793661	100	498377,4
Акмолинская	962	0,1	13001,8
Актюбинская	659	0,1	9211,6
Алматинская	2476	0,3	14737,2
Атырауская	264	0,0	5200,9
Восточно-Казахстанская	742492	93,6	5235084,3
Жамбылская	1094	0,1	10545,6
Западно-Казахстанская	872	0,1	14032,8
Карагандинская	1799	0,2	13332,8
Кызылординская	1011	0,1	14774,2
Костанайская	818	0,1	9213,8
Мангыстауская	304	0,0	6972,5
Павлодарская	35168	4,4	469156,9
Северо-Казахстанская	763	0,1	11813,0
Южно-Казахстанская	1752	0,2	7283,6
г. Астана	608	0,1	9188,5
г. Алматы	2619	0,3	18912,5

Также РК в 2010 году проживало 793661 лиц, получивших ионизирующее излучение от деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона, из которых 742492 человека проживало на территории Восточно-Казахстанской области, что составляет 93,6% всех пострадавших; 35168 в Павлодарской области (4,4%); 0,3% в г. Алматы и 0,3% в Алматинской области. По 0,1% и 0,2% проживало во всех областях республики кроме Атырауской и Мангыстауской областей, где пострадавших от СИЯП проживало совсем небольшое количество. Данное обстоятельство обуславливают сосредоточенное сил и средств для оказания медицинской и социальной помощи данному контингенту в Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях в

целях правильной и целенаправленной организации и проведения лечебных, оздоровительных и реабилитационных мер.

Заключение. Таким образом, выявленные особенности структуры и распространенности социально-демографических групп населения позволяют определить основные медико-организационные, лечебные и реабилитационные меры по регионам РК, правильно распределять ресурсы здравоохранения и социальной защиты населения в зависимости от контингента состоящего на диспансерном учете (рис.1).



Рисунок 1 - Структура заболеваемости контингента диспансерного наблюдения

Среди болезней системы кровообращения стационарных больных ведущими заболеваниями является стенокардия – 44,9% всех болезней данного класса, артериальная гипертония – 36,95%, пароксизмальная тахикардия и нарушения сердечного ритма – 3,33%, острый инфаркт миокарда и другие формы ИБС – 1,16%, цереброваскулярные болезни – 3,2% (рис.2).



Рисунок 2 - Структура заболеваемости болезнями системы кровообращения

На основании вышеизложенного, можно сделать следующие **выводы:**

- Показатели здоровья участников и инвалидов Отечественной войны, воинов интернационалистов, лиц, пострадавшим от ионизирующего излучения при аварии на Чернобыльской АЭС и Семипалатинском полигоне, жертв политических репрессий, членов семей погибших воинов, персональных пенсионеров характеризуются предельно высокой заболеваемостью и смертностью.
- В краткосрочной и среднесрочной перспективе ожидается увеличение потребности в медицинской помощи для участников и инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним по льготному обеспечению.
- В Республике Казахстан более 92% лиц, пострадавших от военных и крупнейших техногенных катастроф XX века, составляют, пострадавшие от деятельности СИЯП, из которых 93% проживают в Восточно-Казахстанской области.
- В долгосрочной перспективе ожидается увеличение потребности в медицинской помощи в основном за счёт лиц, пострадавшие от деятельности СИЯП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Закон РК от 28 апреля 1995 г N 2247 «О льготах и социальной защите участников, инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним».

2 Закон РК от 18 декабря 1992 года N 1788-ХІІ «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне».

Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны г. Астана, Медицинский университет Астана. Материал поступил в редакцию 26.11.12.

Түйін

А.А. АБДУЛИН, А.А. АБДУЛДАЕВА, А.А. БЕСЕНОВА, Ж.А. ДОСЖАНОВА

ӘСКЕРИ ЖӘНЕ ХХ ҒАСЫРДЫҢ ЖОҒАРЫ ТЕХНОГЕНДІК АПАТТАРЫНАН ЗАРДАП ШЕККЕН ҚАЗАҚСТАНДЫҚТАРДЫҢ КЕЙІНЕН ПАЙДА БОЛҒАН АУРУЛАРЫ

Ұлы отан соғысының мүгедектеріне арналған орталық клиникалық госпиталь, Астана қаласы «Астана медицина университеті» АҚ

Бұл мақалада әскери және жоғары техногендік апаттардан зардап шеккен қазақстандықтар арасындағы аурушандықтың көрсеткіштері мен оларға қажетті көмектің сапасын арттыруға бағытталған мәселелер қарастырылады.

Кілтті сөздер: әскери және жоғары техногендік апаттардың медициналық салдары, ядролық полигон, Чернобыль.

Abstract

A.A. ABDULIN, A.A. ABDULDAYEVA, A.A. BESSENOVA, ZH.A. DOSZHANOVA

LONG-TERM HEALTH EFFECTS IN KAZAKHSTANI, SUFFERED BY THE WAR AND THE LARGEST MAN-MADE DISASTERS OF THE TWENTIETH CENTURY

Central Hospital for disabled World War II Astana
JSC "Astana Medical University"

This article presents data on the incidence of Kazakhstani people suffered by war and the largest man-made disasters, and issues of concern to improve their quality of life.

Key words: health consequences of governmental and technological disasters, nuclear test site, Chernobyl.

УДК 616.012.3:616.011.1

М 77

Г. Ж. АБИЛЬДИНОВА, А. А. НАГИМТАЕВА, М.Ф. БАЯНОВА, Р.А. НАЗЫРОВА, М. УЦИЕВА

МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

В статье описан мониторинг врожденных пороков развития, который проводился на базе лаборатории медицинской генетики, за 5 лет (2007-2012). Регистрировались врожденные пороки развития, моногенные заболевания и хромосомная патология. Регистр содержит информацию о 1450 пациентов и плодов. В структуре наибольший удельный вес 51% составляют врожденные пороки развития, 19,7% - моногенная патология и 23,3% - хромосомная патология.

Ключевые слова: генетический регистр, врожденные пороки развития, моногенная патология, хромосомная патология.

Введение. Проблема врожденной и наследственной патологии продолжает оставаться в ряду наиболее актуальных, несмотря на значительные успехи в изучении генетических основ их возникновения и распространения в популяции [1,2]. За последнее десятилетие эта проблема приобрела серьезную социально - медицинскую значимость по многим причинам. Во-первых,

существенно возрос удельный вес врожденных пороков развития (ВПР) в структуре причин перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности. Во - вторых, не снижается показатель детской инвалидности, которая в большинстве случаев обусловлена врожденной и наследственной патологией, причем по показателю потерянных и ухудшенных лет жизни ВПР и наследственные болезни (НБ) стали занимать одно из первых мест, оставив после себя сердечно - сосудистые, онкологические и другие широко распространенные соматические заболевания [3,4].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более 5000 болезней вызваны генетическими нарушениями. Так, 5-8 % новорождённых появляются на свет с врождёнными дефектами, 40 % ранней детской смертности и 50 % выкидышей обусловлено генетической патологией.

В Республике Казахстан ежегодно рождается от 2500 до 3500 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, что составляет от 20,0 до 24,3 на каждую тысячу новорожденных. Удельный вес врожденных пороков развития в структуре перинатальной смертности составляет 14-16%, занимая второе – третье место, а в ряде экологически неблагоприятных регионов вышел на первое место. В возрасте до одного года умирают более 20% детей с врожденными пороками развития, оставшиеся в живых, в большинстве случаев, являются умственно или физически неполноценными.

В последние годы в мировом масштабе создается система мониторинга врожденных пороков развития, которая функционирует как новое направление в познавательной и практической деятельности органов здравоохранения [5].

Генетический мониторинг, занимая существенное место среди профилактических программ как долгосрочное слежение за динамикой груза наследственной и врожденной патологии в популяции, также является самым практичным способом выявления причин врожденных пороков и их связи с воздействием потенциальных тератогенов, большая часть которых есть результат техногенной деятельности человека [6].

Основная цель данной мониторинговой системы состоит в обнаружении изменений частот врожденных пороков развития, что может быть сигналом к поиску новых тератогенов или к указанию на существенное повышение концентрации ранее действовавших факторов.

На международном уровне регистры представлены двумя системами: Clearinghouse (International Clearinghouse Birth Defects Monitoring System (ICBDMS), и EUROCAT (EUROpe, Congenital Anomalies, Twins) [7].

Стандартизованная система Европейского международного регистра EUROCAT включает только 19 форм ВПР у детей в возрасте до 1 CLEARINGHOUSE - данные о 21 клинически диагностируемых ВПР у новорожденных [8].

Вопрос о системе регистрации ВПР и степени детализации клинического описания фенотипа широко дискутируется во всем мире. Например, в штате Нью-Йорк (США) [9] и в провинции Астурия (Испания) [10], с целью оценки тератогенного воздействия факторов окружающей среды на эмбрион и плод, вводится система регистрации, по которой будет учитываться значительно большее число форм ВПР. То есть учету будут подлежать как «крупные», так и «малые» пороки развития, которые не приводят к существенным функциональным нарушениям.

В Великобритании, напротив, изменения связаны с большей стандартизацией изучаемых состояний, с исключением мелких и клинически незначимых форм ВПР [11,12].

Исключение «малых» пороков из системы динамического наблюдения или их «недоучет» может привести к пропуску части множественных пороков развития (синдромов), которые могут быть выявлены в результате цитогенетического, ультразвукового исследований, показанием к которым и являются «малые» врожденные аномалии, диагностируемые при рождении [13].

В лаборатории медицинской генетики Национального научного центра материнства и детства разработан и внедрен регистр, включающий как врожденные пороки развития, включая малые врожденные аномалии, так и наследственные заболевания, кроме того, в регистре нет возрастных ограничений.

Материалы и методы исследования. Методом клинической регистрации учитываются врожденные пороки развития у всех живо - и мертворожденных, моногенные заболевания, беременные группы риска. База данных формировалась по обращаемости на основе медико - генетического консультирования новорожденных, их родителей, беременных и плодов врачом генетиком, также данных патологоанатомического отделения. Компьютеризированная база данных проспективного генетического регистра, созданная в ходе настоящего исследования, содержит

информацию о 1450 семей с ВПР, наследственной патологией, их комплексного обследования и уточнения диагноза. Учет патологии проводился методом текущей регистрации.

Регистр включает в себя следующие разделы: паспортные данные, отделение, куда поступил пробанд, сведения о родителях и сибсах пробанда, анамнез, фенотип, в виде описания и фотографий, с согласия пациента, проведенные обследования, диагноз, а также заключение патологоанатомического вскрытия, в случае летального исхода. Для систематизации выявленной патологии была использована классификация ВОЗ [14]. При верификации генной патологии использовалась оксфордская база данных (Oxford Medical Databases).

Результаты и обсуждение. Как уже говорилось ранее, на данный момент, регистр содержит информацию о 1450 пациентов и плодов. Структура регистра представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Регистр врожденных пороков развития и наследственных заболеваний

№	Наименование	Количество	Доля
1	Врожденные пороки развития	726	51 %
2	Хромосомная патология	337	23,3 %
3	Моногенная патология	286	19,7 %
4	Беременные группы риска	101	7 %

В ходе проделанной работы установлено, что наибольший удельный вес приходится на врожденные пороки развития – 51% (726), причем 15% из которых занимают множественные ВПР (110). В данной группе пороки развития сердечно - сосудистой системы, сочетались с пороками дыхательной и мочевыделительной системы и пороками костно - суставной системы. В структуре изолированных пороков (таблица 2) на передний план вышли пороки мочевыделительной системы, составив - 14% (101) от общего числа. Среди аномалий органов мочевыводящей системы часто идентифицировали обструктивную уropатию, гидронефроз почек, мультикистозную трансформация, а также гипоплазию и аплазию почек. Пороки развития ЦНС выставлены в 97 (13,3%) случаях. В структуре данной группы отмечались гидроцефалия, вентрикуломегалия, синдром Арнольда-Киари и spina bifida.

Частыми являются и пороки развития ЖКТ. Большинство этих пороков представлены атрезией ануса, пищевода и 12 - перстной кишки. Наиболее часто в группе аномалий сердечно - сосудистой системы встречались дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, тетрадо Фалло и транспозиция сосудов. Пороки развития костно - мышечной системы и пороки развития лица имели место примерно в равной пропорции 72 (10%) и 71 (9,8%) соответственно. Большинство пороков костно - мышечной системы представлены диафрагмальными грыжами. Из врождённых пороков развития лица преобладали расщелины губы и нёба. Среди пороков дыхательной системы часто наблюдалась кистоаденоматозная мальформация легкого. Опухоли представлены врожденными тератомами различной локализации, лимфангиомами и кистозными образованиями брюшной полости. Удельный вес пороков половых органов составил 5,6%.

Таблица 2 – Структура врожденных пороков развития

№ п/п	ВПР	Количество	
		Абсолютное число	Доля порока от общего числа ВПР, %
I	МВПР	110	15%
II	Изолированные ВПР:	621	85%
1	ВПР мочевыделительной системы	101	14%
2	ВПР нервной системы	97	13,3%
3	ВПР органов пищеварения	85	11,7%
4	ВПР системы кровообращения	78	10,7%
5	ВПР костно – мышечной системы	72	10%
6	Расщелины губы и/или неба	71	9,8%
7	Другие	222	30%

Анализ течения беременности у матерей показал, что у 52% женщин был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборты, выкидыши, замершие беременности, невынашивание беременности), в 20% случаев беременность протекала на фоне ОРВИ, в 10% – инфекции передающиеся половым путем, 10% - угроза прерывания беременности, 8% – экстрагенитальная патологии.

Практически во всех случаях - анемия, преэклампсия. Также регистрировались данные пренатального ультразвукового исследования. В результате анализа пренатального ультразвукового исследования установлено, что в 40% случаев ВПР выявлено при УЗИ плода во II, III триместре беременности. Наиболее часто при ультразвуковом исследовании плодов диагностировались пороки развития МВС, составляя - 50%.

На втором месте по частоте выявляемости были пороки развития ЦНС и ЖКТ. После ВПР по частоте стоит хромосомная патология – 23,3% (337) (таблица 3). В общее число хромосомных аномалий входит патология, диагностированная в ходе пренатального кариотипирования у плодов.

Таблица 3 – Структура хромосомной патологии

№ п/п	Хромосомная аномалия	Количество	
		Абсолютное число	Доля отдельных синдромов от общего числа ХА, %
1	Синдром Дауна	177	53%
2	Синдром Шерешевского - Тернера	50	15%
3	Синдром Эдвардса	40	11,8%
4	Синдром Кляйнфельтера	15	4,4%
5	Синдром Патау	8	2,4%
6	Трисомии по X – хромосоме	7	2%
7	Другие структурные абберации	37	11,5%

Как видно из таблицы 3, наиболее частым из анеуплоидий является синдром Дауна, занимая существенную долю – 53%, из них - 41% (73) выявлены пренатально, 59% (104) – постнатально.

Беременные группы риска – 7 % (101). У 19 % (20) беременных при ультразвуковом исследовании выявлен ВПР нервной системы у плода. В структуре же наследственной патологии (таб.4) генная патология составила 19,7% (286).

Таблица 4 – Структура генной патологии

№ п/п	Моногенная патология	Количество	
		Абсолютное число	Доля отдельных синдромов от общего числа ГП, %
1	Несовершенный остеогенез	19	6,7%
2	Хондродистрофия	16	5,6%
3	Адреногенитальный синдром	14	4,9%
4	Синдром Рассела – Сильвера	13	4,2%
5	Врожденный гипотиреоз	12	3,8%
6	Мукополисахаридоз	8	2,8%
7	Синдром Аарского	6	2,1%
8	Целиакия	5	1,7%
9	Муковисцидоз	4	1,4%
10	Артрогриппоз	4	1,4%
11	Прочие синдромы	186	66%

Заключение. Таким образом, данный мониторинг на основе унифицированных методов регистрации всего спектра ВПР и наследственной патологии, с полным охватом всех новорожденных и детей, комплексного обследования семей и уточнения диагноза, позволяет установить частоту и структуру

ВПР и наследственной патологии, а также следить за динамикой груза наследственной и врожденной патологии в популяции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. -2005. - № 2 – С. 4-8.
- 2 Демикова Н.С., Козлова С.И. Мониторинг врожденных пороков развития.//Вестник РАМН 2010. - № 11. - С. 29-32.
- 3 Кобринский Б.А., Демикова Н.С. Пятилетний опыт работы по мониторингу ВПР в России // Сборник тезисов III Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – Москва. - 2004. – С. 377-378.
- 4 Кобринский Б.А., Тестер И.Б., Демикова Н.С. и др. Концепция и реализация федеральной компьютерной системы для семей с наследственными заболеваниями. Мед. техника.- 2010. - № 3. - С.37-39.
- 5 Германов В.Т. Генетический мониторинг врожденной и наследственной патологии.//. – Луганськ. Видавець ТОВ “НФВ” “СТЕК”. - 2004. – 312 с.
- 6 Klinberg M.A., Papier C.M. and Jacob H. Birth defects monitoring. Am J Indust Medicine. - 1983 (4). – С. 309-328.
- 7 EUROCAT registry description 1979-1990. Edd. Dolk H., Goyens S., Lechat M.F. Brussels 1991.
- 8 Czeizel AE, Intody L, Modell B. What proportion of congenital abnormalities can be prevented. BMJ 1993; 306: 499-503.
- 9 Hook Ernest B. Timely monthly surveillance of birth prevalence rates of congenital malformations and genetic disorders ascertained by registries or other systematic data bases. Teratology 1990; 41: 2: 177-184.
- 10 Mosquera C., Moro C., Badia J.L.S. Registry of congenital defects in Asturias (Spain). Eur J Epidemiol 1991; 7: 6: 723-724.
- 11 Dutton S.J., Owens J.R., Harris F. Ascertainment of congenital malformations: a comparative study of two systems. J epidemiol and Community Health 1991; 45: 4: 294-298.
- 12 Кобринский Б.А., Демикова Н.С. Динамика ВПР в России (по данным мониторинга) //Медицинская генетика. Материалы пятого съезда Российского общества медицинских генетиков. - 2005. - Т.4. - № 5. – 204 с.
- 13 Бочков Н.П., Жученко Н.А., Катосова Л.Д. //Мониторинг врожденных пороков развития в условиях загрязнения среды обитания человека. Сб. лекций для врачей "Экологические проблемы педиатрии". М. - 2010. - С. 51 - 62.
- 14 Лазюк Г.И. Тератология человека. М: Медицина. 1999. - С. 22-130.

Национальный научный центр материнства и детства, г.Астана. Материал поступил в редакцию 08.10.12.

Түйін

Г.Ж. ӘБІЛДИНОВА, А.А. НАҒЫМТАЕВА, БАЯНОВА М. Ф., Р. А. НАЗЫРОВА, М.У. УЦИЕВА

ДАМУДЫҢ ТУА БІТКЕН КЕМІСТІКТЕРІ МЕН ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН ПАТОЛОГИЯНЫҢ
МОНИТОРИНГІ

Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы Қазақстан Республикасы, Астана қаласы

Дамудың туа біткен кемістіктерінің мониторингі медициналық генетика зертханасының базасында өткізілді. 5 жыл (2007-2012) ішіндегі ақпарат жинақталды. Дамытудың туа біткен кемістіктері, моногендік аурулар мен хромосомалық патологиялар тіркелді. Регистр1450 пациент пен нәресте туралы ақпаратты қамтиды. Олар ағымды тіркеу тәсілімен есепке алынған. Құрылымда дамытудың туа біткен кемістіктерінің үлесі ең көп болып белгіленді - 51% (726), 19,7% (286) моногенді патология және 23,3% (337) хромосомалық патология құрайды.

Кілтті сөздер: генетикалық регистр, дамудың туа біткен кемістіктері, моногендік патология, хромосомалық патология.

Abstract

G. ABILDINOVA, A. NAGIMTAYEVA, M. BAYANOVA, R. NAZYROVA, M. UTSIYEVA

MONITORING OF CONGENITAL DEVELOPMENTAL ANOMALIES AND HEREDITARY PATHOLOGY

National Research Center of Maternal and Child Health Astana, Kazakhstan

Monitoring of congenital developmental anomalies was spent on the basis of laboratory of medical genetics. The information for 5 years (2007-2012) is collected. There were registered congenital developmental anomalies, monogene diseases and a chromosomal pathology. The register contains the information on 1450 patients and fetus. Their account was spent by a method of current registration. In structure the greatest relative density is made by congenital developmental anomalies, on their share 51 % (726) are necessary, 19,7 % (286) are made by a monogene pathology and 23,3 % (337) - a chromosomal pathology.

Keywords: genetic register, congenital developmental anomalies, monogene pathology, chromosomal pathology.

УДК 614.213:616-072.5:331.108(574)

Ж.Н. АЛИЕВА

АНАЛИЗ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СЛУЖБЫ КРОВИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Результаты данного исследования позволят разработать эффективное управление уровнем компетенции средних медицинских работников в службе крови Республики Казахстан и создать интеллектуальный потенциал, который способен развиваться в системе трансфузиологии Казахстана и формировать стабильный коллектив.

Ключевые слова: потенциал, средний медицинские работники, служба крови.

Введение: В настоящее время происходит массивное реформирование в системе здравоохранения. Возникает необходимость не только значительного укрепления системы, но и качества сестринского обслуживания.

В рамках реализации национального проекта «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 год проводится активная кадровая политика, повышение уровня оплаты труда медицинским работникам первичного звена здравоохранения [1].

Важная роль в обеспечении доступности медицинской помощи, усилении профилактической работы, решении задач медико-социальных услуг отводится специалистам со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

Сестринский персонал составляет 2/3 всех работников здравоохранения отрасли. Оказываемые ими услуги составляют ценный ресурс системы здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи. В то же время, в последние годы снижается роль административных методов управления в кадровой политике [2].

Исходя из вышесказанного, постепенно утрачивается жесткая регламентация, которая была характерна раньше, в вопросах профессиональной ориентации и трудоустройства медицинских кадров. Кадровые ресурсы требуют значительных интеллектуальных, материальных и финансовых затрат со стороны общества, так как от них зависит дальнейшая деятельность системы здравоохранения, качество и количество предоставляемых медицинских услуг.

В такой ситуации ведущая роль принадлежит медицинским кадрам среднего звена. Однако проблема нехватки квалифицированных сестринских кадров носит глобальный характер и находится в центре внимания Всемирной организации здравоохранения и Международного совета сестер.

Целью исследования явилось, оценить кадровый потенциал средних медицинских работников службы крови в Казахстане.

Материалы и методы: На сегодняшний день в республике функционирует 23 центра крови – 14 областных, городской центр крови в городе Алматы, Республиканский центр крови, Научно-производственный центр трансфузиологии и 6 городских центров в городах, не имеющих областного статуса. Количество донаций ежегодно составляет порядка 270 тысяч, объемы заготовки донорской крови и ее компонентов 170 тысяч литров. Штаты региональных центров крови укомплектованы специалистами с высшим медицинским образованием на 82%, средним медицинским персоналом – на 89%.

В связи с этим, был проведен анализ отчетных данных Центров Крови, а так же, посредством изучения данных, проанализировать и оценить профессиональный уровень среднего медицинского персонала и укомплектованность кадрами Центров Крови в РК (табл.1).

Таблица 1 - Кадровая статистика по средним медицинским работникам Центров крови РК

Области	Количество СМП в ЦК			Укомплектованность СМП ЦК (%)			Категорированность СМП ЦК (%)		
	2010 г.	2011 г.	1 пол. 2012 г.	2010 г.	2011 г.	1 пол. 2012 г.	2010 г.	2011 г.	1 пол. 2012 г.
Акмолинская	62	78	79	100	100	97	65	72	70
Актюбинская	27	27	27	100	100	100	63	59	63
Алматинская	48	43	44	100	100	87	48	72	70
Атырауская	34	38	38	80	76	76	47	76	58
ВКО	94	90	80	98	97	89	64	69	66
Жамбылская	38	66	70	100	100	100	50	33	30
ЗКО	66	61	63	94	87	90	73	82	67
Карагандинская	76	71	69	94	84	89	51	51	52
Костанайская	72	76	76	88,5	61	83	42	57	54
Кызылординская	39	36	32	100	100	100	59	81	75
Мангистауская	37	39	33	100	100	68	57	56	48
Павлодарская	42	43	45	100	92	92	62	70	78
СКО	44	45	41	67	80	80	52	56	61
ЮКО	71	77	75	113	124	100	49	44	47
НПЦТ г.Астана	82	86	60	54,2	85	91	32	31	42
ГЦК г.Алматы	41	31	31	94,1	66	70,7	29	45	42
РЦК	52	56	58	95	90	93	44	50	48
По РК	853,0	886	921	92,0	89	89	55	63	56

Материалами исследования установлена общая тенденция повышения качества подготовки специалистов среднего звена Центров крови (ЦК) в динамике.

Результаты и обсуждение. Учитывая то, что в стране происходит реформирование системы здравоохранения, с тенденцией увеличения ставок и повышения качества обслуживания средними медицинскими работниками в Центрах Крови, мы можем говорить о положительном результате данной политике. Он отражен в результатах сводной таблицы.

Так, в Акмолинской и Алматинской, ВКО, Мангистауской областях, ГЦК Алматы, РЦК, отмечается уменьшение укомплектованности, из них отток квалифицированных кадров. В Актюбинской, Карагандинской, Павлодарской, СКО областях, НПЦТ, заметно эффективное управление в плане повышения уровня компетенция СМР.

Выводы: Эффективное управление уровнем компетенции СМР в Службе крови РК позволит создать интеллектуальный потенциал, способный развиваться в системе трансфузиологии Казахстана и формировать стабильный коллектив.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

2 Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы Приложение 1. Утверждено приказом МЗРК от 12 сентября 2011 года № 614.

Научно-производственный центр трансфузиологии МЗ РК, г.Астана. Материал поступил в редакцию 28.09.12.

Түйін

Ж.Н. АЛИЕВА

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ҚАН ҚЫЗМЕТІНІҢ ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ
ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ КАДРЛАР ӘЛЕУЕТІН ТАЛДАУ
ҚР ДСМ трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы, Астана қ.

ҚР Қан қызметінде орта медициналық қызметкерлер құзыреттілігінің деңгейін тиімді басқару Қазақстанның трансфузиология жүйесінде дамуға қабілетті интеллектуалды әлеует құруға және тұрақты ұжым қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: әлеует, орта медициналық қызметкерлер, қан қызметі.

Abstract

ZH. ALIYEVA

ANALYSIS OF NURSES POTENTIAL IN BLOOD SERVICE OF KAZAKHSTAN
Research center of transfusion, Astana city

Effective management of nursing in the Blood Service of Kazakhstan will create intellectual potential to develop transfusion system and form a stable team in Kazakhstan.

Keywords: potential, nursing staff, blood service

УДК 614.25 (07)

А. АХМЕДОВ, Г.А. САМАДОВА, Г.А. ДУЙСЕНОВА, Б.М. СУЛТАНБЕКОВА

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА – НОВЫЙ СПЕЦИАЛИСТ НА ПМСП В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Изучены ответы в процессе анкетирования 78 медсестёр, работающих в центрах здоровья г. Душанбе в качестве патронажных медсестёр 10-15 лет, в качестве СМС 1-5 лет. Большинство СМС отметили, что чаще всего выполняют свои функциональные обязанности, отраженных в нормативно-правовых документах Таджикистана. Что же касается их мнения о степени важности предлагаемых функциональных обязанностей, то их мнения в некоторых случаях не совпадают с должной степенью важности, что может сказаться на реформирование амбулаторной службы страны.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), городской центр здоровья (ГЦЗ), специалисты семейной медицины, семейная медицинская сестра (СМС), функциональные обязанности.

Введение. Руководство Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, согласно задачам «Концепции реформы здравоохранения Таджикистана» (2002г), в 2003 году открыла кафедру «Сестринское дело в семейной медицине», целью которой вести переподготовку работника звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) системы здравоохранения в нового специалиста - семейную медсестру (медсестру общей практики) (СМС) [2]. Сегодня кафедрой переобучено более 300 медицинских сестёр, работающих в центрах здоровья страны. Чуть раньше открытия кафедры в институте, начинает свою деятельность кафедра семейной медицины Республиканского медицинского колледжа (2002г.), первый выпуск которого был в 2006 году. С этого года ими ежегодно выпускается около 200 семейных медсестёр (медсестёр общей практики), которые направляются на работу в ПМСП. Сегодня, семейная медсестра владеющая больше практическими навыками, выпускаемая институтом и медсестра владеющими основными знаниями, выпускаемая колледжем, объединяются и совместно начинают предоставлять медицинские услуги населению по новому типу, основываясь на утвержденных Министерством здравоохранения Республики Таджикистан нормативно-правовых документах. Этот документ содержит положение и функциональные обязанности нового специалиста и является настольной книгой для СМС, на основании которой она строит свою работу [3]. Однако во многих документах по управлению реформой здравоохранения говорится, что огромное влияние на достижения результатов и состояние

здоровья населения играет «поведение индивидуумов», их убежденность в необходимости изменений.

Из сказанного сотрудники кафедры сестринского дела в семейной медицине института провели опрос СМС ведущих центров столицы с *целью* установления, с одной стороны как СМС выполняет свои функциональные обязанности, утвержденные Министерством здравоохранения страны, а с другой – её мнение о значимости функций.

Материалы и методы. Использован стандартный опросный лист международного проекта Европейского регионарного бюро ВОЗ «Семейная медицинская сестра», который был дополнен при содействии международного консультанта Б.Парффит [1]. Опросный лист состоит из двух частей: первая содержит перечень функциональных обязанностей СМС, которые они должны выполнять (форме ответа «да» или «нет»); вторая - изучает мнение СМС о значимости данных функций в её работе, что позволит определить отношение СМС к работе. Значимость определенной функции в работе СМС оценивается по степеням (ст.): 1 ст. не имеет значение, 2 - имеет небольшое значение, 3- имеет большое значение, 4-очень большое значение. В исследовании участвовали 100 дипломированных семейных медицинских сестёр, 90% которых прошли обучение в институте последипломной подготовки медицинских кадров.

Результаты и обсуждение. Роздано 100 опросных листов СМС, 78 из них были заполнены полностью (26 вопросников были из ГЦЗ №1, 27 вопросников из ГЦЗ №2, 25 вопросников из ГЦЗ №3). Изучение паспортной части опросного листа показало, что стаж работы медсестёр на участке составил 11-20 лет, а в качестве СМС 1-5 лет. Медсестры работали на участке с прикрепленным населением 1500-1700 человек, что составляло около 300-340 семей. Оценка нагрузки была высокой, против национальных стандартов нагрузки на семейного специалиста (на 1 врача и 2 медсестёр полагается население 1200-1500 человек).

Изучение ответов СМС установило, что 98,2% СМС выполняют оценку семьи для определения её здоровья, но при этом отметили, что чаще осматривают больных, чем здоровых (79,1%). Обучение матерей грудному вскармливанию проводят 98,2% СМС, важности иммунизации 100% СМС. 65,5% СМС отметили, что сами проводят вакцинацию детей, не имея на то сертификат. Целевое изучение данного вопроса установило, что СМС осуществляют контроль за своевременностью получения ребенком профилактических прививок, а вакцинация детей проводится централизованно в специальном кабинете после осмотра врача и получения его разрешения СМС, имеющей сертификат на право проведения вакцинации.

93,7% СМС ответили, что оказывают первую помощь больным детям, 94,5% СМС участвуют в диспансеризации больных. 50% СМС занимаются укреплением здоровья детей в возрасте от 0 до 15 лет. Патронаж беременных женщин осуществляют 94,6% СМС, а сбор анализов как у беременных, так у гинекологических пациентов проводят 58,2% медсестёр. Малая доля участия СМС в проведении сестринских процедур в гинекологической практике, объясняется задержкой проведения реорганизации женских консультаций данных центров, куда, по старинке, обращаются женщины. Изучение ответов показало, что 96,4% СМС осматривают и наблюдают новорожденных. Укреплением здоровья у лиц пожилого возраста занимаются 89,1% медсестёр, однако только 75% знают и ведут работу по раннему выявлению самых распространенных заболеваний в этом возрасте таких, как например, сахарный диабет, ИБС и др. Больше половина СМС (52,8%) отметили, что в своей практике оказывали реанимационную помощь, но только 96,4% СМС знают, как следует её проводить. Обучением членов семьи по вопросам ухода или выходу из стрессовых состояний занимаются 45,5% СМС. Мониторинг движения больного из стационара домой проводят 46,4% медсестёр. Профилактическую работу на участке выполняют 87,3%, однако выполнение такой функции, как обучение населения технике самостоятельного обследования своего организма отметили лишь 46% СМС.

Интересные данные получены при изучении мнения СМС о значимости предлагаемых функциональных обязанностей в работе. Большинство СМС «проведение обучения матери принципам ухода за новорожденным и правилам грудного вскармливания» отнесли к 3- высокой степени значимости в своей деятельности, также как и функцию «проведение вакцинации, обучения родителей важности иммунизации детей» (78,9% медсестёр). Однако функции «проведение патронажа беременных женщин», «осмотр новорожденных» только 63,2% СМС посчитали, что они относятся к очень большой степени значимости (4 ст.). По нашему мнению, несмотря на то, что больше половина СМС эти функции отнесли к 4 степени значимости, 63,2% - показатель низкий, так как в стране показатели младенческой (14,1% на 1000 ж/р) и материнской смертности (37 % на 100т. ж/р) высокие и имеется большая необходимость в улучшении работы в этом направлении. Только

50% СМС оценили функции - «оценка семьи», «укрепление здоровья у лиц пожилого возраста», «оказание помощи семьям в преодолении стресса», очень большой значимости (4 ст.).

Изучение мнения СМС, какие же функции «не имеют значение» или «имеют небольшое значение» в их работе выявили, что 35% СМС к этой категории отнесли функцию «сбор анализов у гинекологических или беременных женщин» и 19,2% медсестёр - «проведение стерилизации инструментов».

Заключение. Таким образом, данные опроса работающего специалиста помогают понять, что для успешного реформирования сектора здравоохранения в стране важно не только выполнение утвержденных функциональных обязанностей, контролируемых старшими коллегами, но и убежденность людей в их нужности. С другой стороны для успешного реформирования работы амбулаторной службы помимо знаний необходима психологическая готовность специалистов ПМСП, измениться в поведении к работе. Изучение мнений СМС еще раз доказывает, что немаловажная роль в управлении реформой здравоохранения должна отводиться к подготовленным для её осуществления людям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ВОЗ, Европейское региональное бюро. Руководящие указания по межстрановой оценке проекта. Проект «Семейная Медицинская сестра». - Апрель, 2003г.- 100 с.
- 2 Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан.- Душанбе, 2002. - 51 с.
- 3 Руководство по управлению учреждениями ПМСП. – Душанбе, 2003. – 238 с.

Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, кафедры общественного здоровья, экономика и управление (менеджмент) здравоохранения с курсом медицинской статистики (зав. –проф. Ахмедов А.), сестринское дело в семейной медицине (зав.- к.м.н. Самадова Г.А.), г.Душанбе. Материал поступил в редакцию 19.11.12.

Түйін

А. АХМЕДОВ, Г.А. САМАДОВА, Г.А. ДҮЙСЕНОВА, Б.М. СУЛТАНБЕКОВА

ОТБАСЫЛЫҚ МЕЙІРБИКЕ - ТӘЖІКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ҚЫЗМЕТІНДЕГІ ЖАҢА МАМАН

Медициналық кадрларды дипломнан кейінгі даярлау жөніндегі Тәжік институты, қоғамдық денсаулық кафедрасы, медициналық статистика курсымен денсаулық сақтаудың басқару (менеджмент) мен оның экономикасы (мең. –проф. Ахмедов А.), отбасылық медицинадағы мейірбикелік қызмет (мең.- к.м.н. Самадова Г.А.), Душанбе қ.

Душанбе қаласының Денсаулық орталығында патронажды мейірбике ретінде 10-15 жыл, отбасылық мейірбике болып 1-5 жыл жұмыс істейтін мейірбикелердің жауаптары зерделенді. Отбасылық мейірбикенің көбісі Тәжікстанның нормативтік-құқықтық құжаттарында көрсетілген өздерінің қызметтік міндеттерін орындайтынын көрсетті. Ұсынатын қызметтік міндеттері маңыздығының дәрежесі туралы олардың пікіріне тоқтасак, онда ол пікірлер кейбір жағдайларда маңыздықтың тиісті дәрежесімен сәйкес келмейтінін айтуға болады, бұл елдің амбулаториялық қызметін реформалауға өз әсерін тигізуі мүмкін.

Кілтті сөздер: денсаулық сақтау реформасы, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, Денсаулық қалалық орталығы, отбасылық медицина мамандары, отбасылық мейірбике, қызметтік міндеттер

Abstract

A. AKHMEDOV, G.A.SAMADOVA, G.A.DUISSENOVA, B.M.SULTANBEKOVA

A FAMILY NURSE IS NEW SPECIALIST IN THE PRIMARY CARE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN
Tajik institute of graduate studies of medicine. Departments of Public health, economics and management, health care with a course of medicine statistics and Family nursing, Dushanbe.

The responses on the questions of 78 family nurses, who work in the city health centers during 10-15 years as patronage nurses and during 1-5 years as family nurses, were studied. Most of the family nurses noted that most of the time they fulfill their functional responsibilities as reflected in the legal-documents in Tajikistan. As for their opinion about the importance of the proposed functional responsibilities, in some cases their opinion does not correspond with the necessary degree of importance, which could affect the reform of outpatient service of the country.

Keywords: health care reform, primary health care, municipal health center, family medicine specialists, family nurse responsibilities.

УДК 616-072.5:611.018.1(574)

Ж.К. БУРКИТБАЕВ, С.Д. РАЙСОВ, Р.З. МАГЗУМОВА, А.К. ОМАРОВА,
А.К. ТУРГАМБАЕВА

ИЗУЧЕНИЕ МАКРОСРЕДЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГИСТРА ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В КАЗАХСТАНЕ

Регистр социально-экономических факторов развития учета доноров гемопоэтических стволовых клеток в РК целесообразен. Для его создания необходимы предварительные «благоприятные» условия: усовершенствование нормативно-правовой базы; достаточное финансирование; развитие лабораторной сети; повышение социального доверия граждан к донорству и здравоохранению в целом.

Ключевые слова: гемопоэтические стволовые клетки, регистр доноров.

Введение: Одним из приоритетных направлений в области здравоохранения является развитие трансплантологии в Республике Казахстан. Данное направление медицинской науки было отражено в послании Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана [1].

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (далее - ТГСК) на сегодняшний день является наиболее ярким примером успешного и широкого применения клеточных технологий в клинике. ТГСК абсолютно во всех развитых странах стала доступным методом терапии, особенно значимым это явление стало в детской онкогематологии. Метод спасения жизни тысячам людей, для которых некогда их диагноз звучал как «смертный приговор» [2,3]

Трансплантация стволовых клеток приводит к улучшению качества жизни при многих хронических заболеваниях человека. Если человек не сдал собственные клетки на хранение из пуповинной крови или костного мозга, то тогда ему на помощь приходят доноры [4]. В качестве доноров в странах Евросоюза в 62% случаев используются HLA-идентичные сиблинги, в 7% — другие родственные доноры, в 1 % — близнецы и в 30% — неродственные доноры – добровольцы [5].

Согласно исследованиям Abilgaard C.F. и соавторов, применение аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее – ТГСК) позволит получить 5-летнюю общую выживаемость у 63% детей с хроническим миелолейкозом и у 39% с хроническим миеломоноцитарным лейкозом [6].

На основании вышеизложенного считаем актуальным изучение с различных позиций среду для развития донорства гемопоэтических стволовых клеток в Республике Казахстан (далее - РК) методом PEST анализа как одним из полезных инструментов понимания рынка, позиции организации, потенциала и направление деятельности. PEST-анализ помогает организации увидеть картину внешнего окружения компании, выделить наиболее важные влияющие факторы..

Цель исследования является оценить макросреду как почву «плодородную или не плодородную» для создания Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток в Республике Казахстане.

В качестве материалов и методов в данной статье будут представлены обзор нынешнего положения дел в сфере ТГСК (лабораторное оснащение, выполненные трансплантации), финансовые отчеты о стоимости ТГСК за рубежом пациентов направленных Министерством здравоохранения РК (далее – МЗ РК). Данные об онкологической заболеваемости и заболеваемости болезнями крови по данным статистических показателей МЗ РК с прогнозом методом экстраполяции. Анкетирование студентов с целью изучения мотивации к донорству ГСК, т.е. к вступлению в Регистр доноров гемопоэтических стволовых клеток (далее – РД ГСК).

Мировая история развития РД ГСК в мире насчитывает более 30 лет, когда была проведена первая ТГСК и появились первые мысли о создании РД ГСК. Одними из первых Регистров явились регистр Великобритании, Франции, США, Голландии, Германии, Италии, Австрии и Бельгии в 1988 году данные РД ГСК с общим количеством доноров в 150 000 объединились в международный регистр Bone Marrow Donors Worldwide (BMDW) [7]. На сегодняшний день BMDW объединяет 19 989 458 доноров [8].

Основные цели которые преследует BMDW: увеличить шансы в поиске донора ГСК путем предоставления доноров доступных в мире; свести к минимуму усилия, прилагаемые в поиске

доноров ГСК; обеспечить оценку шансов на обнаружение донора СК и ПК для конкретного пациента; обеспечить передовыми программами для поиска и определения детальной совместимости доноров ГСК; способствовать и давать советы в организации поискового запроса в интернете; представить соответствующую общую информацию на благо пациента; обеспечить статистическим данными об увеличении доноров в различных регистрах, числа ДНК типирования доноров и прочее.

Согласно международным требованиям Регистр должен соответствовать следующим основным требованиям:

РД ГСК должен быть некоммерческой организацией, имеющей основное государственное финансирование (в софинансировании могут принимать участие некоммерческие фонды). При этом BMDW строго контролирует соблюдение Регистром доноров ГСК требований международного права (в первую очередь, добровольность, безвозмездность и анонимность) и стандартов, разработанных BMDW и касающихся функции, обязанностей, структуры и всех видов деятельности.

- РД ГСК должен координировать деятельность трансплантационного центра и донорских служб в данной стране. Деятельность независимых регистров координирует РД ГСК. Для участия в международном обмене в рамках BMDW необходимо соответствующая аккредитация регистра.

- РД ГСК должен брать на себя ответственность и разрабатывать процедуры всех медицинских донорских затрат, начиная с диспансерного тестирования обследования до забора, процедуру забора и все медицинские расходы после забора, которые напрямую связаны с жертвованием. Ни один донор не должен брать на себя финансовые обязательства за какую-либо часть диспансерного тестирования и / или забор стволовых клеток / процесс поставки.

- РД ГСК несет ответственность за все разумные затраты, понесенные донором.

- РД ГСК должен поддерживать страховые обязательства.

- РД ГСК должен иметь адекватные административные структуры и финансовые ресурсы, чтобы гарантировать оплату по всем счетам в должный срок.

В Казахстане «официальной датой» создания РД ГСК является 27 декабря 2011 года когда МЗ РК был подписан приказ № 926 «Об утверждении Правил ведения Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток» и в качестве организации осуществляющей ведение данного Регистра обозначено Республиканское государственное предприятие «Научно-производственный центр трансфузиологии» г. Астана [9].

В это же время Министром здравоохранения был подписан приказ регулирующий вопросы определения гистосовместимости органов и тканей в том числе и донорства ГСК, а также перечень НЛА исследований для вступления в РД ГСК [10].

Однако в главном своде законов в сфере здравоохранения - Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» отсутствует в понятийном аппарате термин РД ГСК как и детализация аспектов трансплантации именно ГСК или костного мозга. В Кодексе на настоящий момент существует одна глава № 27 регламентирующая трансплантацию в целом, содержащая 3 статьи - Статья №169. Трансплантация тканей и (или) органов (части органов) и условия их изъятия; Статья №170. Порядок трансплантации тканей и (или) органов (части органов) Статья №171. Права донора и реципиента [11].

В настоящее время ведется работа по усовершенствованию вышеназванного закона с внесением понятий связанных с ГСК (термин ГСК, ТГСК, ввоз и вывоз ГСК и т.д.) ряд этих изменений продиктован необходимостью внесения изменений в соответствие с нормами и правилами регулирования отношений в рамках Таможенного союза Казахстана, России и Белоруссии. В тоже время отсутствуют нормы регулирования вопросов страхования донора перед ТГСК равно как страхование медицинской ответственности перед донором. Любое медицинское вмешательство, начиная со сбора проб крови и заканчивая проведением операции, сопряжено с определенной долей риска. Обязательными условиями служат не только снижение риска до минимально возможного уровня при проведении любого вмешательства, но и правильное страхование лица, подвергающегося процедуре, медицинских работников, выполняющих процедуру, а также того лечебного учреждения, где она осуществлялась. И если пациент с тяжелым заболеванием соглашается пойти на определенный риск, надеясь на излечение посредством данной процедуры, то для здорового донора ГСК ситуация складывается иным образом. Поэтому особенно важно, чтобы интересы донора ГСК адекватно удовлетворялись, когда его просят участвовать в донации ГСК конкретному больному [12].

Финансовая сторона вопроса ТГСК в Казахстане выглядит таким образом что, отсутствие собственных неродственных доноров побуждает государство финансировать проведение ТГСК собственным пациентам за рубежом. За период с 2009 по 2011 годы Министерство здравоохранения

РК (далее - МЗ) на ТГСК направило 30 пациентов на общую сумму более 2.5 млн. долларов США (далее - USD). В 2009 году – 11 пациентов на сумму 475 тыс. USD, в 2010 году 6 пациентов на сумму 877 тыс. USD и в 2011 году 13 пациентов на сумму более 1 млн. USD.

В 2012 года в ожидании на трансплантацию костного мозга состоит 19 человек из них 9 детей и 10 взрослых общая стоимость лечения составляет 2 769 тыс. USD что составляет 20 % среди всех пациентов РК состоящих в очереди на лечение за рубежом, при этом средняя стоимость ТГСК за рубежом составляет 145 тыс. USD (таб. 1).

Таблица 1 - Информация о пациентах, состоящих в очередности на лечении за рубежом

	Количество человек на лечение за рубежом	Средняя стоимость одного случая USD	Общая стоимость лечения в USD по группам нозологий	Удельный вес стоимости лечение от всего выделенного финансирования
Трансплантация сердца	4	285 000	1140000	8,4%
Трансплантация почек	100	47 962	4 796 200	35,3%
Трансплантация костного мозга	19	145 778	2 769 782	20,4%
Трансплантация органного комплекса сердце-легкие	3	700 000	2 100 000	15,5%
Трансплантация легкого	2	504 720	1 009 440	7,4%
Трансплантация печени	9	71 361	642 249	4,7%
ЛОР - патология	13	21 742	282 646	2,1%
Нейрохирургия	9	27 611	248 499	1,8%
Прочие	9	25 640	230 760	1,7%
Онкология	2	98 090	196 180	1,4%
Кардиохирургия	3	28 742	86 226	0,6%
Травматология	4	9 376	37 504	0,3%
Офтальмология	2	18 000	36 000	0,3%
Всего пациентов состоящих в очередности на лечение за рубежом	179	общая стоимость лечения всех пациентов	13 575 486	100%

В сравнении с вливанием средств в проведение ТГСК а именно в формирование донорской базы доноров ГСК МЗ РК выделено финансирование на типирование 500 потенциальных доноров ГСК в 2011 году 838 тыс. USD, в 2012 году до конца года запланировано 600 образцов (1 005 тыс. USD). На 2013 год планируется типирование 2000 образцов для Регистра доноров ГСК, но есть вероятность, что финансирование МЗ РК будет снижено до 1000 в год. Стоимость одного типирования составляет 1676 USD.(таб. 2).

Таблица 2 - Сравнительная таблица финансирования ТГСК за рубежом и формирования собственного РД ГСК

Годы	Финансирование ТГСК за рубежом пациентов из Казахстана USD	Количество пациентов	Финансирование собственного РД ГСК USD	Количество потенциальных доноров ГСК
2009	475 тыс.	11	РДГСК не создан	

2010	877 тыс.	6	РДГСК не создан	
2011	1 000 тыс.	13	838 тыс.	500
2012	2 769 (планируется)	19	1 005 тыс.	600
Итоги	5 121* тыс.	49	1 842 тыс.	1200

Примечание -* В случае если бы все финансирование направленное в зарубежные клиники на ТГСК использовали для формирования собственного РДГСК, то на сегодняшний день в регистре состояло бы более 3000 потенциальных доноров ГСК.

Исследуя состояние онкологической заболеваемости, болезни крови, за период 2000-2010 гг. то в Казахстане прослеживается тенденция к росту онкологической заболеваемости среди детей и подростков, зарегистрированных впервые в жизни на 100 тыс. населения (увеличилось более чем в 2 раза с 67,5 в 2000 году до 158,2 в 2010 году) (рисунок 1,2).

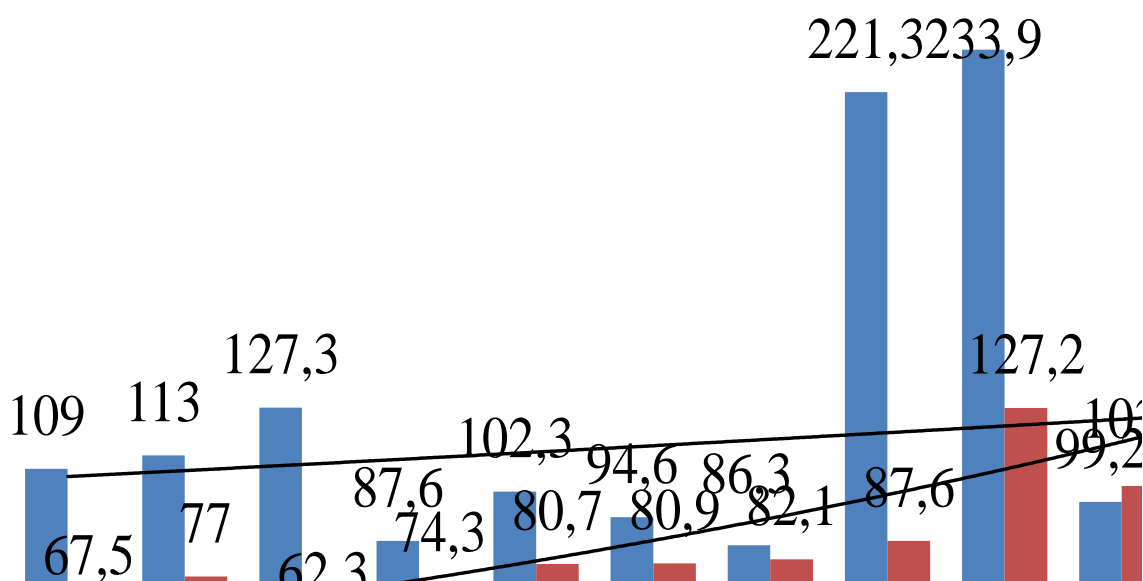


Рисунок 1 - Первичная онкологическая заболеваемость в 2000-2010 гг. с указанием линии тренда (на 100 тыс. населения)

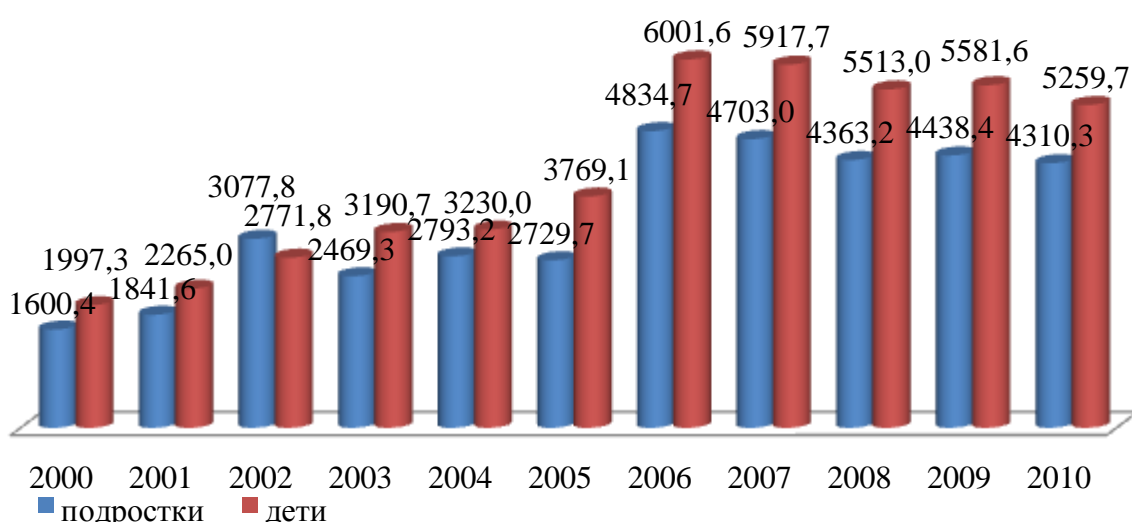


Рисунок 2 - Число болезней крови, зарегистрированных впервые в жизни в РК в 2000-2010 гг. (на 100 тыс. населения)

В Казахстане ежегодно регистрируется от 500 до 550 случаев заболеваний детей со злокачественными опухолями. Из них гемобластозы составили от 220 до 250 случаев в год (44-45%), Наибольший удельный вес в этой структуре принадлежит лейкозам, их регистрируется 185 – 220 случаев в год (37-40%) [13]. Идентичная ситуация обстоит и с заболеваниями крови. Наблюдается рост числа заболеваний данного класса, как у детей, так и у подростков.

Также среди детей (исходя из рис.2) количество впервые в жизни зарегистрированных болезней крови в 2000 году составляло 1997,3, а в 2010 году 259,7 на 100 тысяч населения. Отношение населения к донорству ГСК: нами было изучено с помощью анкетирования студентов 2-х ведущих вузов г. Астана. Мнение студентов интересно тем, что данная социальная группа соматически более здорова, хронологически более длительно может состоять в РД ГСК. Дополнительным положительным фактором является гипотетическая возможность влияния вступивших в регистр студентов на последующее поколение личным примером, что немаловажно в долгосрочном развитии регистра доноров ГСК. Были выделены две группы респондентов: студенты медицинского ВУЗа (далее СМВ) и студенты аграрно-технического ВУЗа (далее - СТВ).

Половозрастная структура респондентов выглядела следующим образом. Мужчин было 66 (32,8%), женщин 135 (67,2%). Возраст опрошенных составил: до 19 лет – 121 человек (60,2%), от 20 до 24 лет - 80 человек (39,8%). В качестве донора ГСК для незнакомого человека из всего пула респондентов согласились всего 36,8%, отказались 26,4%, затруднились ответить 36,8%. Среди СМВ 41,0% согласились стать донором ГСК, отказались 19,0%, затруднились ответить 40,0% респондентов. Среди СТВ согласились стать донором ГСК 32,7%, отказались 33,7%, затруднились ответить 33,7% (таб.3).

Таблица 3 - Распределение респондентов по возможности стать донором для незнакомого человека

Распределение респондентов по возможности стать донором ГСК для не знакомого	СМВ		СТВ		Всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Да	41	41,0	33	32,7	74	36,8
Нет	19	19,0	34	33,7	53	26,4
Затрудняюсь ответить	40	40,0	34	33,7	74	36,8
Всего	100	100,0	101	100,0	201	100,0

В качестве лабораторного сопровождения ТГСК и трансплантационных центров в Казахстане существует одна лаборатория иммунологического типирования тканей для проведения НЛА исследований потенциальных доноров ГСК на базе Научно-производственного центра трансфузиологии г. Астана, а так же 3 центра готовых проводить ТГСК из них 2 детских центра (Научный центр педиатрии и детской хирургии г. Алматы; Национальный научный центр материнства и детства г. Астана) и 1 для взрослой ТГСК (Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи г. Астана). Отсутствует автоматизированная информационная система по ведению Регистра доноров ГСК. Слабая агитационно-просветительская работа по освещению проблем донорства ГСК.

На основании выше изложенного произведен PEST-анализ макросреды для развития РД ГСК (таб.4).

Таблица 4 - PEST-анализ формирования регистра доноров ГСК в РК

	Фактор	Описание	Действие
Политика	Законодательство	Несовершенство нормативно-правовой базы	<p>Внесение изменений в кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» следующих поправок:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Включение соответствующих терминов (Регистр доноров ГСК, ГСК, КМ, Трансплантация ГСК/КМ); • Внесение поправок по страхованию медицинской ответственности перед ТГСК/КМ; • Внесение поправок по страхованию донора перед ТГСК/КМ

Экономика	Финансирование ТГСК за рубежом	Высокие затраты государства на единичные ТГСК за рубежом	Развитие собственных высокоспециализированных медицинских технологий. Перераспределение средств в сторону формирования собственной донорской базы
	Финансирование собственного РД ГСК	Низкие затраты на создание собственной донорской базы для проведения ТГСК	Выделение средств для формирования собственного РД ГСК
Общество	Онкологическая заболеваемость	Рост показателей онкологической заболеваемости и болезни крови среди детей и подростков	Развитие высокоспециализированных медицинских технологий (ТГСК)
	Агитационная работа	Слабая агитационно-просветительская деятельность	Создание программы по освещению и развитию донорства ГСК
	Общественное мнение	Недоверие граждан к здравоохранению	Создание благоприятного мнения о здравоохранении через средства массовой информации
	Научная деятельность	Возможность изучения генофонда населения РК	Развитие и изучение HLA генофонда населения РК в целях изучения генетических обусловленных заболеваний
Технологии	Лабораторная служба	Наличие одной лаборатории иммунологического типирования тканей	Развитие лабораторной сети в РК
		Высокая стоимость HLA типирования	Расширение лабораторной сети позволит снизить стоимость исследований
	IT сопровождение Регистра доноров ГСК	Отсутствует автоматизированная информационная система	Создание автоматизированной информационной системы позволит увеличить скорость обработки запросов с последующей интеграцией в международную базу доноров ГСК

Таким образом, исследовав социально-экономическую «почву» для развития регистра доноров ГСК в РК, считаем целесообразным создание данного регистра с созданием предварительных «благоприятных» условий: усовершенствование нормативно-правовой базы; достаточное финансирование; развитие лабораторной сети; повышение социального доверия граждан к донорству и здравоохранению в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана».
- 2 Румянцев А.Г., Аграненко В.А., Гемотрансфузионная терапия в педиатрии и неонатологии. Москва: МАКС Пресс – 2002г. - 644 с.
- 3 Шулуток Б.И., Макаренко Е.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. – 1999. – 68 с.
- 4 Смолянинов А.Б., Жаров Е.В., Козлов К.Л., Кириллов К.А. Основы клеточной и генной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. – М., 2005. – 192 с.
- 5 Менткевич Г.Л., Долгополов И.С., Равшанова Р.С., Бояршинов В.К. «Трансплантация стволовых клеток крови в детской онкологии» Вестник Российской Академии медицинских наук 2001. – № 9. - С. 89-92.
- 6 Abilgaard C.F., Suzuki Z., Harisson J. Et al. Serial in studies in von disease: variability versus childhood leukemia “variants”//Blood. 1980.-Vol.56. -P.712-716.
- 7 Bone Marrow Donors Worldwide - Annual report 2009.
- 8 [Http://www.bmdw.org/index.php?id=85](http://www.bmdw.org/index.php?id=85).

9 Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 926 от 27 декабря 2011 года.

10 Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 928 от 27 декабря 2011 года «О некоторых вопросах трансплантации органов и тканей».

11 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.04.2012 г.).

12 Rosenmayr A, Hartwell L, Egeland T, on behalf on the Ethics Working Group of the World Marrow Donor Association. Informed consent – suggested procedures for informed consent for unrelated haematopoietic stem cell donors at various stages of recruitment, donor evaluation, and donor workup. Bone Marrow Transplant 2003; 31: 539–545

13 Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Ж., Жумашев У.К. Проблемы детской онкологии // Сб. научных трудов международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы онкологии» Алматы, 2003. – С. 50-52.

Научно-производственный центр трансфузиологии г. Астана. Материал поступил в редакцию 01.10.12.

Түйін

Ж.К. БҮРКІТБАЕВ, С.Д. РАЙСОВ, Р.З. МАҒЗУМОВА, А.К. ОМАРОВА, А. Қ. ТУРҒАМБАЕВА

ҚАЗАҚСТАНДА ГЕМОПОЭТИКАЛЫҚ ДІҢГЕК ЖАСУШАЛАРЫ ДОНОРЛАРЫНЫҢ РЕГИСТРІН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ МАКРООРТАСЫН ЗЕРТТЕУ

Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы, Астана қ.

Қазақстан Республикасында гемопоэтиндік діңгек жасушалары донорларының регистрін дамытудың әлеуметтік-экономикалық факторларын зерттеуді орынды деп есептейміз. Осы регистрді құру үшін: нормативтік-құқықтық базаны жетілдіру; жеткілікті қаржыландыру; зертханалық желілердің дамуы; донорлыққа және жалпы денсаулық сақтауға деген азаматтардың әлеуметтік сенімін жоғарылату секілді алдын ала «қолайлы» жағдайларды жасау қажет.

Кілтті сөздер: Қазақстанда гемопоэтикалық діңгек жасушалары донорларының регистрін қалыптастырудың макроортасы

Abstract

ZH.K. BURKITBAYEV, S.D. RAISSOV, R.Z. MAGZUMOVA, A.K.OMAROVA, A.K. TURGAMBAEVA

STUDY OF MACROMEDIA IN FORMATION OF HEMATOPOIETIC STEM CELLS DONOR REGISTRY IN KAZAKHSTAN

Research center of transfusion, Astana city

Researches of socio-economic factors show the expediency of hematopoietic stem cells donor register in Kazakhstan. To establish the register its necessary pre-register "favorable" conditions: improvement the legal and regulatory framework, adequate funding, the development of laboratory networks, increase social trust in the donation and health care in general.

Key words: hematopoietic stem cells, donor registry

УДК 616-083.5-005.962.1(574)

Ж.К. БҮРКІТБАЕВ., Р.З. МАҒЗУМОВА., Ж.Н. АЛИЕВА, А.М. БАБАТОВА
А.К. АХМЕТКЕРЕЙ, Ж.С. КУАНЫШБАЙ, А.К. ТЕРЕКУЛОВА

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ СЛУЖБЫ КРОВИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В статье представлено современное состояние службы крови в Республике Казахстан. Отмечается положительная динамика: увеличение числа донаций на 4%, увеличение объемов заготовленной донорской крови на 6%, улучшены показатели обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности донорских компонентов крови, выдаваемых в медицинские организации.

Ключевые слова: управление, технологии, служба крови, медицинские организации, донор.

Введение. Организационно-управленческие технологии в здравоохранении в условиях ограниченности ресурсов и активизации рыночных методов хозяйствования приобретают особую значимость [1]. Внедрение современных управленческих моделей в здравоохранении обеспечит контроль за бизнес процессами и снизит зависимость от субъективных факторов, влияющих на управляемость медицинскими учреждениями, что возможно только при внедрении современных инновационных информационных технологий управления [2]. Анализ основных показателей развития здравоохранения свидетельствует о сохранении в отрасли экстенсивного типа развития: необоснованного роста ресурсов при снижении их «загрузки», сохранения диспропорций между секторами здравоохранения, уровнями иерархии, организации медицинской помощи и др. Эти процессы в значительной мере связаны с потерей управляемости отраслью (по вертикали и по горизонтали), что обусловлено трудностями перехода от административных к экономическим методам управления, децентрализацией финансового обеспечения отрасли, ослаблением контроля над инвестициями на уровне региона и другими причинами. С целью преодоления нарастающих негативных тенденций развития отрасли необходимо восстановление утраченной управляемости отрасли и решительный переход на интенсивные модели развития. В качестве инструмента решения этой важнейшей проблемы предлагается использование планирования – как одно из наиболее действенных методов управления [3,4].

Служба крови является одной из актуальных областей отечественного здравоохранения. Новый взгляд на проблемы данной сферы обусловлен как экономическими преобразованиями в системе охраны здоровья граждан, так и современным уровнем развития технологий, применяемых в мировой трансфузиологической практике.

В целях определения основных направлений дальнейшего развития отечественной службы крови утверждена «Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы».

Результаты и обсуждения: для решения задач по технической модернизации и совершенствованию деятельности службы крови была разработана и утверждена Постановлением Правительства РК «Программа по совершенствованию службы крови РК на 2008-2010 годы». В рамках программы в 10 регионах страны построены и оснащены новые центры крови. Внедрены современные технологии автоматизированной заготовки и переработки крови и ее компонентов. Все областные центры оснащены оборудованием для проведения вирусной инактивации компонентов крови. Кроме того, в рамках программы осуществлено структурное преобразование службы крови в соответствии с международными принципами, которая представлена 20 центрами крови. Из 120 отделений переливания крови при центральных районных больницах осуществляют заготовку донорской крови в настоящее время 4. Это позволило повысить рациональность использования дорогостоящих и ресурсоемких технологий заготовки и скрининга донорской крови.

Кадровый потенциал организаций службы крови представлен врачами-трансфузиологами, врачами-лаборантами, средним медицинским персоналом. Укомплектованность врачами Центров крови по республике в среднем составила – 71%, средним медицинским персоналом – 89 %. За период реализации программы выделены значительные средства на повышение квалификации специалистов службы крови. Благодаря этому более 170 человек из всех регионов республики прошли обучение по различным направлениям трансфузиологии в ближнем и дальнем зарубежье. Был изучен опыт организации службы крови Польши, Чехии, Израиля.

Количество медицинских организаций в республике, оказывающих трансфузионную терапию – 491. Из них в 448 организациях выделены отделения (кабинеты) трансфузиологии и только в 74 медицинских организациях, осуществляющих трансфузионную терапию, выделены освобожденные ставки врачей трансфузиологов, что составляет 15%. Завершена централизация процессов диагностики трансфузионных инфекций на уровне областного центра.

Во всех регионах скрининг образцов донорской крови на трансфузионные инфекции проводится двухэтапным методом (иммунологический метод определения антител + антигенов инфекционных агентов и молекулярно-генетический метод выявления вирусных РНК/ДНК). В 100% случаев образцы донорской крови апробируются методом ИФА и в 80% методом ПЦР. Доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА на автоматических анализаторах закрытого типа составила 34%. Доля скрининга образцов донорской крови методом ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа составила 73%.

Информационное сопровождение производственных процессов осуществляется лишь в 10 центрах крови.

Заготавливается в год по республике порядка 190 тысяч литров донорской крови, осуществляется 290 тысяч донаций, из них 84% являются безвозмездными. Доля добровольных донаций от общего количества безвозмездных донаций составила 57%, а 43% – донации целевые (осуществляются родственниками пациентов). Удельный вес донаций в выездных условиях в среднем по республике составляет 27%. Количество донаций на 1000 населения в среднем по республике 18. Абсолютный брак составляет 5,6%, из них брак, связанный с инфекциями - 75%.

Анализ мониторинга основных показателей деятельности службы крови демонстрирует наличие положительной динамики в объемах внедрения современных технологий переработки компонентов крови. Доля проводимого аппаратного плазмафереза в среднем по РК составляет 64%. Доля получаемых аферезных тромбоцитов возросла до 35%.

Для повышения иммунологической и инфекционной безопасности трансфузионной терапии центрами крови осуществляется лейкофилтрация, карантинизация и вирусная инактивация компонентов крови.

Удельный вес выданных лейкофильтрованных эритроцитсодержащих компонентов в медицинские организации составил 52%, свежезамороженной лейкофильтрованной плазмы 22%, тромбоцитов 77% (по состоянию на 1 октября 2012 года). Доля выданной карантинизированной плазмы в медицинские организации республики составила 48%. Удельный вес вирусинактивированной плазмы, выданной в медицинские организации республики составил в 2012 году – 16%. Выросли объемы проведения вирусной инактивации тромбоцитов. Доля выданных в медицинские организации вирусинактивированных тромбоцитов составила 40% .

Вывод: Таким образом, современное состояние службы крови в Республике Казахстан характеризуется стабильными показателями развития. Отмечается положительная динамика: увеличение числа донаций на 4%, увеличение объемов заготовленной донорской крови на 6%, улучшены показатели обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности донорских компонентов крови, выдаваемых в медицинские организации; эффективная реализация Программы совершенствования службы крови на 2008-2010 годы позволила укрепить материально-техническую базу службы крови, создать условия для повышения квалификации специалистов службы.

Создан Научно-производственный центр трансфузиологии, обладающий кадровым потенциалом для проведения анализа деятельности службы крови республики и выработки проектов управленческих решений, направленных на ее дальнейшее совершенствование. На базе Научно-производственного центра трансфузиологии создана лаборатория тканевого типирования, Регистр потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток, внедрена технология рентгеновского облучения компонентов крови (эритроцитсодержащих компонентов и тромбоцитов) для пациентов с измененным иммунным статусом.

Совершенствована нормативная база: в течение 2011-2012 годов проведен анализ нормативных актов, регулирующих деятельность службы крови республики. Итогом анализа стала разработка 5 новых и внесение изменений в 5 действующих приказов Министерства здравоохранения по вопросам службы крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Атаманчук Г.В. Теория государственного управления, 2004. - Изд. Омега –Л.: - 301 с.
- 2 Сунгатов Р.Ш. Инновационные организационно-управленческие технологии повышения эффективности системы здравоохранения, Дис. к.э.н., Казань, 2005. - 239 с.
- 3 Акопян А.С., Кузьмин Н.Б., Глухов Г.Н., Шиленко Ю.В. Организационно-экономические аспекты проблемы реформирования российского здравоохранения // Бюл. НИИ соц.гиг., эконом. и управл. здравоохран. им Н.А.Семашко. - 2000. - № 2. - С. 89-105.
- 4 Бизнес планирование в медицинском учреждении. Учеб.-метод. пособие. Кемерово, 1998.

Научно-производственный центр трансфузиологии г.Астана, КОМУ МЗРК, ККМФД МЗРК, Главный военный клинический госпиталь МО РК. Материал поступил в редакцию 23.10.12.

Түйін

Ж.К. БҮРКІТБАЕВ, Р.З. МАҒЗУМОВА, Ж.Н. АЛИЕВА, А.М. БАБАТОВА
А.К. АХМЕТКЕРЕЙ, Ж.С. ҚУАНЫШБАЙ, А.К. ТЕРЕҚҰЛОВА

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ҚАН ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

ҚР ДСМ трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы, Астана қ.
КОМУ МЗРК, ККМФД МЗРК,
ҚР ҚМ Бас әскери клиникалық ауруханасы

Қазақстан Республикасында қан қызметінің қазіргі заманғы жағдайы дамудың тұрақты көрсеткішімен айқындалады. Бұл салада оң динамика белгіленген: донация саны 4% ұлғайған, дайындалған донорлық қанның көлемі 6% көбейген, медициналық ұйымдарға таратылатын қан компоненттерінің инфекциялық және иммунологиялық қауіпсіздігін қамтамасыз ету көрсеткіштері жақсарды.
Кілтті сөздер: басқару, технологиялар, қан қызметі, медициналық ұйымдар, донор.

Abstract

Z. BURKITBAEV, R. MAGZUMOVA, J. ALIYEV A. BABATOVA
A. АНМЕТКЕРЕУ, Ж. КУАНЫШБАУ, А. ТЕРЕКУЛОВА

MANAGEMENT'S TECHNOLOGY OF BLOOD SERVICES
IN KAZAKHSTAN

Research and production center of transfusiology of MH RK, Astana
Committee of payment for medical services of MH RK, Committee of medical and pharmaceutical activity MH
RK,
Head military clinical hospital MD RK

The current state of the blood service in the Republic of Kazakhstan is characterized by stable development indicators. The positive dynamics: the increase in the number of donations to the 4% increase in the volume of stored blood by 6% and improved the security of infectious and immunological safety of donated blood components issued to medical organizations.

Keywords: management, technologies, blood service, medical organizations, donor.

УДК 616-072.5:331.108-005.962.1(574)

Ж. К. БУРКИТБАЕВ, Р.З. МАГЗУМОВА., Ж.Н. АЛИЕВА, Н.А. ДЕМИН,
Г.А. КАМАЛОВА, Л.Е. САБИРОВА, К.М. ДАРЖУМАНОВА, А.К. ТЕРЕКУЛОВА

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ СЛУЖБЫ КРОВИ В КАЗАХСТАНЕ

В статье отражены об уровне удовлетворенности персонала трудом в Службе крови на критической точке, когда необходимо принимать меры на государственном уровне, в первую очередь, материальной и социальной мотивации сотрудников; низкий уровень укомплектованности врачами (71%) и медицинскими сестрами (89%); в Центрах крови имеет место высокий показатель совместительства врачей, который составил в среднем у врачей - 1,4, у медицинских сестер 1,3; низкий уровень категорированности врачей (47%); высокий показатель совместительства трансфузиологов в стационарах (85%); высокий уровень текучести кадров в Центрах крови.

Ключевые слова: кадровый менеджмент, служба крови, трансфузиолог, социальная мотивация.

Введение. Способность поддерживать и повышать интеллектуальный кадровый потенциал путем обучения становится критически важным фактором для обеспечения конкурентоспособности страны [1].

При бурном развитии новых технологий все большую значимость приобретает обеспечение предприятий квалифицированными кадрами. Своевременное комплектование нужными кадрами всех ключевых подразделений предприятия становится невозможным без разработки и реализации кадровой политики [2,3].

Оценочные критерии эффективности кадровой политики: результативность труда, удовлетворенность работников трудом, «текучесть кадров», наличие трудовых конфликтов, наличие жалоб, частота рабочего травматизма [4].

Целью исследования явилось оценить степень удовлетворенности персонала трудом с центрах крови Казахстана.

Результаты и обсуждения. По критерию удовлетворенность работников трудом, нами было проведено анкетирование сотрудников пяти Центров крови (г.Астана, г.Алматы, г.Шымкент, г.Тараз, г.Актау). Результаты анкетирования, проведенной оценки удовлетворенности персонала трудом представлены в табл.1

Таблица 1- Результаты проведенного анкетирования персонала сотрудников Центров крови на удовлетворенность трудом

Факторы	Показатель удовлетворенности трудом, %				
	Астана	Актау	Мангыстау	Караганда	Усть-Каменогорск
Признание/ вознаграждение	72(± 4,3)	65(± 3,4)	37(± 7,6)	48(± 5,4)	67(± 3,9)
Оплата труда	63(± 9,7)	54(± 2,7)	38(± 2,8)	43(± 3,5)	61(± 5,1)
Условия работы	91(± 1,2)	67(± 2,7)	69(± 6,4)	93(± 4,4)	73(± 6,4)
Перспективы профессионального роста	62(± 2,9)	47 (± 6,4)	32(± 3,4)	51(± 7,4)	42(± 3,8)
Возможность проявления инициативы	77(± 1,8)	68 (± 7,4)	46(± 7,1)	72(± 12,9)	58(± 5,7)
Социальная поддержка	41(± 3,2)	39 (± 14,4)	24(± 5,1)	32(± 1,9)	27(± 4,3)
Режим работы	85(± 0,4)	85 (± 7,4)	68(± 4,7)	83(± 6,2)	87(± 7,1)
Итого	70,1(± 15,5)	60,7 (± 14,1)	44,8(±16,1)	60,2(±20,9)	59,2(±18,3)

Нормой является показатель удовлетворенности персонала трудом 65-70%. Анализируя данные анкетирования, видно, что уровень удовлетворенности трудом у персонала низкий. Факторы социальной поддержки и оплаты труда низкие у сотрудников Службы крови, что влияют в целом, на общий показатель удовлетворенности персонала трудом.

Целью создания внутри отрасли Службы крови Казахстана системы кадрового менеджмента может стать рекрутинг, ротация, формирование, обучение и переподготовка кадрового потенциала для решения управленческих, производственных и клинических задач в сфере производственной и клинической трансфузиологии на основе создания и обеспечения функционирования на всех уровнях системы здравоохранения Казахстана кадровой политики трансфузиологов.

Результат функционирования подобной постоянно действующей системы подготовки трансфузиологов, и впоследствии, использования этих кадров в практическом здравоохранении позволит усилить кадровый потенциал Службы крови республики в качественном и количественном составе.

Под решением обозначенных задач подразумевается активизация трансфузиологов в систему здравоохранения; трансфузиологов - получивших современные знания как по производственной так и по клинической трансфузиологии; трансфузиологов - опирающихся на научно-обоснованные методы трансфузиологии, а не только на интуицию и практический опыт.

Без качественного изменения формы, методов и содержания управления Службы крови, крайне трудно будет видоизменить сложившуюся, в некотором роде, ставшую консервативной модель управления, как на уровне конкретного лечебно-профилактического учреждения, так и системы здравоохранения в целом.

Кадровый потенциал организаций Службы крови представлен врачами-трансфузиологами, врачами-лаборантами, средним медицинским персоналом.

По данным первого полугодия 2012 года, укомплектованность врачами Центров крови по республике в среднем составила – 71%, средним медицинским персоналом - 89%. Уровень категорированности врачей – 47%, среднего медицинского персонала – 56%. Наибольший дефицит врачебных кадров в ГЦК г.Алматы, Мангистауской, Костанайской, Жамбылской, Северо-Казахстанской областях, где укомплектованность штатов врачебных должностей варьирует от 42% до 61%. Соответствие имеющихся ставок врачей центров крови типовым штатным нормативам, утвержденным приказом МЗ РК от 07.04.2010 года № 238 "Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» составило 73%, а среднего медицинского персонала 81% (таб.1).

Таблица 1- Кадровая статистика Службы крови Казахстана за период 2010 - 2012 за первое полугодие года

Области	Количество врачей в ЦК			Укомплектованность врачами ЦК (%)			Категорированность врачей ЦК (%)		
	2010	2011	1 пол. 2012	2010	2011	1 пол. 2012	2010	2011	1 пол. 2012
Акмолинская	18	19	19	64	63	65	28		63
Актюбинская	15	13	14	100	100	100	47	62	57
Алматинская	22	18	19	100	100	71	36	56	53
Атырауская	13	13	15	53	68,4	78,9	31	54	33
ВКО	33	30	27	79	67	80	58	60	59
Жамбылская	14	17	14	70	66,6	55	43	29	36
ЗКО	21	20	19	70	66,7	63,3	38	70	63
Карагандинская	28	31	28	82	77,9	77	54	52	50
Костанайская	26	24	24	71	100	54	35	33	33
Кызылординская	14	12	8	100	68	72,7	57	33	38
Мангистауская	12	12	9	100	100	42	8	8	11
Павлодарская	18	19	21	98	66,7	68	83	79	71
СКО	17	19	13	60,3	64,9	61	53	58	77
ЮКО	29	29	29	97	97	97	48	52	38
НПЦТ г.Астана	49	43	47	67,8	82	86	41	44	55
ГЦК г.Алматы	12	16	17	88,6	44,1	51,5	17	19	24
РЦК	30	34	36	89,8	78,5	79	33	18	22
По РК	371	369	359	82	77	71	42	43	47

Количество медицинских организаций в Казахстане, оказывающих трансфузионную терапию - 491. В 74 организациях выделены освобожденные ставки врачей трансфузиологов, что составляет 15%, в остальных МО выделенные 0,25-0,5 ставки врача-трансфузиолога занимают совместители. Сертификаты специалиста по трансфузиологии имеют 47%.

Заключение. Таким образом, уровень удовлетворенности персонала трудом в Службе крови на критической точке, когда необходимо принимать меры на государственном уровне, в первую очередь, материальной и социальной мотивации сотрудников; низкий уровень укомплектованности врачами (71%) и медицинскими сестрами (89%); в Центрах крови имеет место высокий показатель совместительства врачей, который составил в среднем у врачей - 1,4, у медицинских сестер 1,3; низкий уровень категорированности врачей (47%); высокий показатель совместительства трансфузиологов в стационарах (85%); высокий уровень текучести кадров в Центрах крови.

Следовательно, необходимо: поиск новых форм и методов кадрового менеджмента в Службе крови Казахстана, причем не в рамках количественного изменения этих форм и методов управления - их интенсивного развития, а в форме качественного преобразования интеллектуальной составляющей функции кадрового менеджмента; провести анализ источников привлечения специалистов в Службу крови Казахстана, обучить специалистов отделов кадров коммуникативным навыкам при оформлении новых сотрудников на работу, а также навыкам набора персонала; формирование стабильного коллектива в Центрах крови; необходимо улучшить имидж специальности трансфузиология, в первую очередь, путем поиска материальной и социальной мотивации медицинских работников; объединение трансфузиологов Казахстана в Ассоциацию, проведение ежегодного съезда по трансфузиологии в конце года, с целью планирования реализации решений на следующий год; ежегодное проведение международных научно-практических конференций по трансфузиологии, с целью привлечения специалистов других стран; объединение «теории и практики» – обучение трансфузиологов на клинических базах Центров крови, формирование преподавательского состава из врачей, имеющих практический стаж в Службе крови; централизованное, коллегиальное планирование обучения трансфузиологов за пределами Казахстана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Назарбаев Н. А. К экономике знаний — через инновации и образование: Лекция Президента Н. А. Назарбаева в Евразийском национальном университете им. Л. Н. Гумилева (26 мая 2006 г.) // В кн.: Евразийский университет и мир Евразии. Изд. 2-е / Сост.: С. А. Абдыманапов, С. В. Селиверстов. Астана: ЕНУ им. Л. Н. Гумилева, 2006. -713 с.

2 Травин В.В., Дятлов В.А Основы Кадрового менеджмента.- М.: Дело, 1995. - 336 с.

3 Якушев А. Привлечение и набор персонала через систему Интернет // Управление персоналом ,1998. - № 12. - С. 47-50.

4 Лукичева Л.И. Учебное пособие «Управление персоналом», ООО Издательство «Омега-Л», Москва, 2009. - С. 37.

Научно-производственный центр трансфузиологии МЗ РК, г.Астана,

Областной Центр крови, г.Караганда,

Национальный научный медицинский центр, г.Астана

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗРК. Материал поступил в редакцию 23.10.12.

Түйін

Ж. К.БҮРКІТБАЕВ, Р.З. МАҒЗУМОВА., Ж.Н. АЛИЕВА, Г.А. ҚАМАЛОВА, Л.Е.САБИРОВА,
К.М.ДАРЖҰМАНОВА

ҚАЗАҚСТАНДА ҚАН ҚЫЗМЕТІНІҢ КАДРЛЫҚ ӘЛЕУЕТІ

ҚР ДСМ трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы, Астана қ.

Қарағанды облысының қан орталығы, Қарағанды қ.

Ұлттық ғылыми медициналық орталық, Астана қ.

ҚР ДСМ Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті

Қызметкерлердің қан қызметіндегі еңбегімен қанағаттануының деңгейі сын көтермейтін жағдайда, мұндай кезде мемлекет деңгейінде шара қабылдау қажет, бірінші кезекте қызметкерлерді материалдық және әлеуметтік тұрғыдан ынталандыру тиіс; қан қызметі дәрігерлермен (71%) және мейірбикелермен (89%) төмен деңгейде қамтамасыз етілген; Қан орталықтарында дәрігерлердің қосымша жұмыс атқаруы жоғары көрсеткішпен белгіленді, яғни дәрігерлердің екінші жұмысты қоса атқаруының орташа көрсеткіші - 1,4 болса, ал мейірбикелердің осы көрсеткіші - 1,3 құрады. Одан басқа, дәрігерлер санаттылығының төмен деңгейі (47%), трансфузиологтардың стационарларда қосымша қызмет атқаруының жоғары деңгейі (85%), Қан орталықтарда кадрлардың ағымы жоғары деңгейде екені анықталды.

Кілтті сөздер: кадр менеджменті, қан қызметі, трансфузиолог, әлеуметтік тұрғыдан ынталандыру

Abstract

Z. BURKITBAY, R. MAGZUMOVA, Z. ALIEVA, G.KAMALOVA, L.SABIROVA, K.DARZUMANOVA

ANALYSIS OF HUMAN BLOOD SERVICES BUILDING IN KAZAKHSTAN

Research and Production center of transfusiology of MH RK, Astana

Regional Blood Center, Karaganda,

National research medical center, Astana

Committee of medical and pharmaceutical activity MH RK

The results of the situational analysis of human resources services in Kazakhstan revealed a low blood level of staffing of physicians (71%) and nurses (89%). The regional blood center has a high rate of combining physicians who averaged doctors - 1.4, with 1.3 nurses. Low level categories of physicians (47%). There is high rate of combining transfusion in hospitals (85%).

Keywords: HR management, blood service, transfusiologist, social motivation.

УДК 613.98: 614.21-07

Г.Н. ДОСЖАНОВА, А.А. АБДУЛДАЕВА

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Представленные данные по заболеваемости свидетельствует о высокой потребности лиц пожилого и старческого возраста в медицинской помощи на стационарном этапе. Особое внимание следует обратить на болезни системы кровообращения, нервной системы и органов дыхания, требующее повышения эффективности лечебно- профилактических мероприятий на этапе первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: возраст, старческий, пожилой, патологии, Казахстан.

Введение. В послании главы государства народу Казахстана отмечается, что здоровье народа – это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей и ставится конкретная задача уменьшения общей смертности на 30%, снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и, при этом, увеличения продолжительности жизни до 72 лет [1].

В последние десятилетия во всех странах мира, включая Казахстан, происходит неуклонный, довольно быстрый процесс уменьшения в общей численности населения доли детей и молодежи и увеличения доли пожилых [1,2,3].

Вследствие увеличения относительной доли лиц старшего возраста возрастает процент хронических болезней и сочетанной патологии. Состояние здоровья является одной из важнейших проблем пожилого и старческого контингента. Старение характеризуется как процесс необратимых структурных изменений в организме, сопровождающийся постепенным снижением функций человека, нарушающий адаптацию человека к окружающей его среде [4,5]. Причинами же нарушения здоровья в старости не всегда являются лишь типичные для старческого возраста болезни. Большую роль играют болезни, приобретенные в средние и даже молодые годы, недостаточно активно леченные, принявшие хронический характер. Обычно такие заболевания прогрессируют медленно и достаточно поздно становятся причиной тяжелого нарушения здоровья старого человека. Другие болезни могут начаться в пожилом и старческом возрасте и протекать тяжело, приводя человека к инвалидности.

В Казахстане уровень заболеваемости у лиц старшей возрастной группы (60-74 года) в среднем в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75-89) в 4 раз выше, чем у людей трудоспособного возраста. Заболеваемость пожилых имеет определенные особенности, к числу которых, в первую очередь, относятся полиморбидность и хронизация патологии [3,4]. Согласно материалам Всемирной Ассамблеи ООН по проблемам старения, у 80-86% лиц соответствующего возраста имеются хронические заболевания, снижающие физическую и социальную активность.

В связи с этим, *целью нашего исследования* явилось изучение структуры общей заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста на стационарном этапе.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе госпиталя для инвалидов и участников Отечественной войны. Информация получена из сведений статистического отдела о структуре всех видов стационарной помощи за период с 01.01.10 года по 30.11.12 года. Всего изучены сведения по общей заболеваемости 5369 выписанных пациентов: за 2010 год- 1801, 2011год -1481, 2012 год- 2087 человек, из них доля пожилых людей (60-74 лет) – 1564, что составило – 29,1%, доля лиц старческого возраста (75-89 лет) – 1480 (27,5%). Для лиц пожилого и старческого возраста характерны разнообразные нарушения функционального статуса, что чаще всего связано с нестабильным течением заболевания, увеличением количества хронических заболеваний, наличием ассоциированных заболеваний, снижением реактивности организма и методами лечения. Результаты изучения структуры общей заболеваемости ранжированы по часто встречающимся нозологиям у пожилого и старческого контингента и представлены в таблице.

Таблица - Структура общей заболеваемости ранжированные по часто встречающимся нозологиям у пожилого и старческого контингента

№	Болезни	Пожилые (60-74 лет)	Старые (75-89 лет)
1	Стенокардия	488	554

2	Цереброваскулярные болезни	476	365
3	Гипертензивная болезнь:		
	- без сердечной недостаточности	189	172
	- с сердечной недостаточностью	63	35
4	Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией	52	39
5	Хроническая обструктивная болезнь легких	46	59
6	Атеросклеротическая болезнь сердца	43	67
7	Астма	26	19
8	Остеоартроз	26	17
9	Хронический панкреатит	22	9
10	Фибрилляция и трепетание предсердий	15	23
11	Хроническая ишемическая болезнь сердца	12	21

Анализ распространенности болезни системы кровообращения в зависимости от возрастной градации в РК свидетельствует о значительном превалировании распространенности БСК, среди людей пожилого и старческого возраста, лидируя в структуре общей заболеваемости на стационарном этапе – 810 пожилого и 864 человек старческого возраста, где большую часть занимают стенокардия, цереброваскулярная, гипертензивная болезнь и атеросклероз. Наиболее частыми осложнениями атеросклероза и гипертензивной болезни у пожилых являются инфаркт миокарда, мозговой инсульт и сердечная недостаточность. Второе место занимают заболевания органов дыхания – 72 и 78, среди которых наиболее распространенными у пожилого и старческого контингента являются ХОБЛ и астма; на третьем месте – заболевания центральной нервной системы - 528 и 404. Далее следуют, заболевания опорно-двигательного аппарата и пищеварительной системы.

По данным научных исследований, уровень госпитализации больных старших возрастных групп в 2 раза превышает пациентов трудоспособного возраста. Потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной помощи также в 2-3 раза выше [5]. По мере дальнейшего увеличения в общей популяции численности пожилых, их доля в потребности медицинской помощи также будет расти. Необходимо учитывать, что длительность стационарного лечения у лиц пожилого и старческого возраста намного выше, соответственно требуются значительные материальные и финансовые ресурсы здравоохранения.

Заключение. Таким образом, представленные данные по заболеваемости свидетельствует о высокой потребности лиц пожилого и старческого возраста в медицинской помощи на стационарном этапе. Особое внимание следует обратить на болезни системы кровообращения, нервной патологии и органов дыхания, требующее повышения эффективности лечебно - профилактических мероприятий на этапе первичного звена здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание президента РК Н.А. Назарбаева народу Казахстана 28.01.2011г. «новое десятилетие - новый экономический подъем – новые возможности Казахстана».
- 2 Демографический ежегодник Казахстана: Стат.сб.//Под. ред.А.А. Смаилова - Астана, 2011. – 608 с.
- 3 Доклад Уполномоченного по правам человека РК «О соблюдении прав пожилых людей в РК».
- 4 Шарман А. Горизонты долголетия // Астана, 2011.
- 5 Михневич А.И. О потребности лиц пенсионного возраста в лечебно- профилактической помощи// Москва.- 2009. - С. 18-21.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 19.11.12.

Түйін

Г.Н. ДОСЖАНОВА, А.А. АБДУЛДАЕВА

СТАЦИОНАРЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ
АУРУШАҢДЫҒЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ
«Астана медицина университеті» АҚ

Қарт және егде жастағы адамдардың аурушаңдылық құрылымы олардың стационарлық кезеңде жоғарғы медициналық көмекті қажет ететінін көрсетеді. Денсаулық сақтаудың алғашқы буыны кезеңінде емдеу-профилактикалық шаралардың тиімділігін жоғарылатуды талап етеді, қан айналымының ауруларына, жүйке патологиясы мен тыныс алу органдарының ауруларына айрықша көңіл бөлу қажет.

Кілтті сөздер: жас, қарт, егде жас, патологиялар, Қазақстан.

Abstract

G.N. DOSZHANOVA, A.A. ABDULDAEVA

STRUCTURE OF MORBIDITY OF THE ELDERLY AND SENILE AGE PERSONS ON THE STATIONARY STAGE

JSC «Astana medical university»

Morbidity structure gives evidence about high need of elderly and senile people in medical care on in-patient phase. Should be paid special attention to cardiovascular diseases, pathology of the nervous and respiratory systems, demanding greater effectiveness of treatment and preventive measures on primary health care stage.

Key words: age, geriatric, elderly, pathologies, Kazakhstan.

УДК 614.88:614.8:005.52

Т.Ш. ЕСКАРАЕВ, Н.Ж. ЫРЫМБАЕВА, К.Д. ТОСЕКБАЕВ, Ж.С. ИСМАИЛОВА

АНАЛИЗ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

В статье отражены результаты взаимодействия между службами скорой медицинской помощи вместе со службами экстренной помощи (101,102,112 и медицины катастроф), улучшает показатели своевременного и квалифицированного оказания медицинской помощи. Выявлены некоторое снижение количество вызовов, относящиеся к категории ЧС.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, служба экстренной медицинской помощи, служба медицины катастроф, станция скорой медицинской помощи.

1.

Введение. Чрезвычайная ситуация — внезапно возникшее событие, техногенного или природного характера в результате которого два или больше человека погибли, либо пять или более человек пострадали/заболели (для некоторых инфекционных заболеваний учитывается каждый случай заболевания или подозрения на него).

Служба экстренной медицинской помощи (СЭМП) в Казахстане, или употребляемое в последние годы по аналогии с зарубежными странами наименование “служба медицины катастроф” (СМК) - это централизованная служба в приоритетной подсистеме “Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС”.

Станции скорой и неотложной медицинской помощи(ССМП) в Службу медицины катастроф (СМК) не входят, рассматриваются как резервные формирования СМК, но на ССМП лежит большая часть догоспитальной медицинской помощи пострадавшим. Они принимают самое активное участие в ликвидации медицинских последствий ЧС, осуществляет свою работу в тесном взаимодействии с подразделениями Департамента по чрезвычайным ситуациям и другими структурными подразделениями, участвующими в ликвидации последствий происшествия.

Цель исследования - оценить взаимодействия службы СМП и экстренных служб («101», «102», ЧС, ЦМК) при оказании помощи при ЧС.

Материалы и методы. Для достижения цели нами проведен анализ работы ГГКП «Городская станция скорой медицинской помощи г. Астана» за 9 мес. 2011 года и 9 мес. 2012 года.

Всего за 9 мес. 2011 года было выполнено 231 719 вызовов, из них к категории чрезвычайных ситуаций отнесено 50 (0,3%) вызовов. За 9 мес. 2012 года было выполнено 277 203 вызовов, из них к категории чрезвычайных ситуаций отнесено 45 (0,2%) вызовов.

Важным для эффективной организации оказания различных видов помощи, в том числе медицинской, при чрезвычайных ситуациях является своевременность и достоверность поступления

первичной информации. С этой целью нами изучена структура поступления информации о ЧС из различных источников.

Результаты и обсуждение. Значительная доля поступающих вызовов на станцию скорой медицинской помощи по поводу ЧС приходится на прохожих, соседей, случайных свидетелей (36,0% в 2011 году и 40,0% в 2012 году, $p > 0,05$). Это является закономерным, так как внезапность ситуации не предполагает нахождения на месте происшествия специализированных служб. Даже в тех случаях, когда информация на ГССМП поступает от подразделений экстренного реагирования («101», «102», ЧС, ЦМК) - первичная информация, как правило, исходит от свидетелей ЧС. В этой связи большое значение приобретает организация работы с населением различных диспетчерских отделов. Необходимо отметить, что специальная подготовка персонала и наличие компьютерной системы по автоматизации диспетчерской службы на ГССМП г. Астана со специальным алгоритмом опроса звонящих, позволяет максимально точно за короткий промежуток времени разговора собрать интересующую информацию и передать её БЭР.

Необходимо также отметить, что разработанная и объединяющая все службы экстренного реагирования города схема оповещения о ЧС (определяющая обмен и распространение информации), дает возможность в короткие сроки известить все заинтересованные службы о чрезвычайном происшествии и принять экстренные меры. Доступность телефонной связи и наличие единого номера «службы спасения» позволяют передать информацию каждому звонящему в спецслужбы, и способствует дальнейшему её распространению. Так по сравнению с 2011 годом в 2012 году увеличилось количество вызовов, переданных со стороны службы «102» (4,0% и 8,9% соответственно, $p < 0,05$) и департамента по ЧС (6,0% и 11,1% соответственно, $p < 0,05$) на ГССМП. Нами также проанализирована частота возникновения чрезвычайных ситуаций в различных местах. По сравнению с 2011 годом в 2012 году увеличилось (38,0% и 51,1% соответственно, $p < 0,05$) количество вызовов по поводу ЧС, происшедших в частных помещениях (частные дома, квартиры). В большинстве случаев причиной вызова явились пожары. Вероятно, такое увеличение связано с общим ростом города за счет нового жилья, в том числе частного сектора с децентрализованным отоплением и недостаточным вниманием или пренебрежением населения к правилам противопожарной безопасности.

Станция скорой помощи г. Астана работает в тесном взаимодействии со службами, отслеживающими ситуацию по исполнению правил техники безопасности на производстве. Информация об ЧС, произошедших на рабочих местах, незамедлительно передается по схеме оповещения в контролирующие инстанции для принятия мер в связи с полученными производственными травмами, а в случаях летальных исходов возбуждения следственных мероприятий. В результате проводимой работы отмечается некоторое снижение травматизма на стройках и производствах (в 2011 году 24,% и в 2012 году 13,3%, $p > 0,05$).

Анализ половозрастной структуры пострадавших показал, что основная часть пострадавших относится к работоспособному населению (52,1%). Своевременно оказанная медицинская помощь улучшает прогнозы по выздоровлению и восстановлению, что важно не только в медицинском аспекте, но также и в экономическом. В то же время каждый пятый пострадавший при ЧС - ребенок.

Имеется некоторое увеличение числа пострадавших детей при ЧС в 2012 году (26,0% и 31,1% соответственно, $p > 0,05$). Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи детям в ЧС имеет свои особенности в медицинском и психологическом аспектах. Прежде всего, при поступлении информации или выявление в процессе медицинской сортировки наличия в очаге происшествия пострадавших детского возраста необходимо обеспечить выезд на место ЧС специалистов соответствующего профиля. На ГССМП для обслуживания пациентов детского возраста имеются специализированные педиатрические бригады. С целью исключения задержек по оказанию медицинской помощи при ЧС алгоритмам при различных состояниях у взрослых и детей обучен медперсонал всех бригад, включая фельдшерские. Таким образом, в очаг поражения при необходимости может быть направлена любая свободная бригада скорой медицинской помощи.

Важное значение, имеет своевременность передачи вызова и прибытия бригады на место. Соблюдение правила «золотого часа» улучшает все прогностические значимые показатели оказания медицинской помощи. Сроки исполнения вызова являются одним из индикаторов качества работы экстренной медицинской службы.

Следует отметить, что время по реагированию на поступление вызова диспетчерской службой скорой медицинской помощи ($4,8 \pm 0,9$ мин $4,1 \pm 1,0$ мин. в 2011 и 2012 годах соответственно, $p > 0,05$) соответствуют установленным стандартам (стандарт передачи вызова бригаде по диспетчерской службе - до 5 минут). Однако средняя длительность прибытия («доезда») к месту

происшествия ($19 \pm 2,3$ мин. и $17 \pm 2,1$ мин. в 2011 и 2012 годах соответственно, $p > 0,05$) несколько превышена (стандарт 15 минут), что может быть объяснено в некоторых случаях удаленностью места ЧС, а так же затруднением продвижения по загруженным автомагистралям города. Но необходимо отметить, что данный показатель в 2012 году имеет некоторую тенденцию к улучшению.

По сравнению с 2011 годом в 2012 году увеличилось количество случаев токсического действия окиси углерода, что объясняется увеличением количества вызовов на пожары в частных домах и хозяйственных постройках ($55,7\%$ и $62,9\%$ соответственно, $p > 0,05$). Стало больше травматизма, в основном связанного с автодорожными происшествиями ($9,8\%$ и $12,9\%$ соответственно, $p > 0,05$).

В настоящее время действует двухэтапная система помощи пораженным при ЧС с использованием единых методов лечения и соблюдением строгой преемственности и последовательности в данном процессе. На первом этапе осуществляется оказание первой медицинской и врачебной помощи, сортировка и эвакуация в лечебные учреждения непосредственно в зоне ЧС. На втором этапе - оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи, организуемой за пределами зоны ЧС. В реализации первого этапа активное участие принимают бригады экстренного реагирования (БЭР) станций (отделений) скорой медицинской помощи. БЭР - это мобильные медицинские формирования, обладающие высокой готовностью и способные немедленно приступить к оказанию медицинской помощи пораженным лицам, при любой чрезвычайной ситуации.

Транспортировка пораженных лиц - одна из основных задач для БЭР. Для перевозки используют санитарный транспорт, и только в исключительных случаях допускается применение транспортных средств общего назначения, имеющих соответствующее медицинское оборудование. Транспортировка осуществляется в непрерывном режиме, возможно нескольких пострадавших одновременно (с учетом состояния) с предварительным согласованием по ЛПУ города.

Проведенный анализ показал, что тяжесть травматизма остается на прежнем уровне, более половины пострадавших доставляются в стационар ($54,1\%$ и $53,2\%$ соответственно, $p > 0,05$). В то же время значительно сократилось количество случаев смерти до прибытия бригады ($14,8\%$ и $9,7\%$ соответственно, $p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, следует отметить достаточно высокий уровень организации работы службы скорой медицинской помощи в условиях ЧС. Тем не менее, для улучшения оказания качества предоставляемых медицинских услуг необходим постоянный мониторинг выездов на случаи ЧС с дальнейшим анализом проводимых действий. Совместные учения с другими экстренными службами также позволят выявить слабые звенья в системе оказания экстренной медицинской помощи при ЧС и работать для их исправления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Касимов Н.К., Удербаяев Н.Н. и др. Пути совершенствования скорой и неотложной медицинской помощи в регионах Республики Казахстан. //«Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан». 2010. - № 1. - С. 22-24.

2 Удербаяев Н.Н., К.П. Ошакбаев. и др. Состояние, проблемы и перспективы службы скорой неотложной медицинской помощи Казахстана. //«Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан». – 2011. - № 4/1. - С. 70-75.

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

Городская станция скорой медицинской помощи, г. Астана. Материал поступил в редакцию 05.10.12.

Түйін

Т.Ш. ЕСКАРАЕВ, Н.Ж. ЫРЫМБАЕВА, К.Д. ТӨСЕКБАЕВ, Ж.С. ИСМАИЛОВА

ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ ҚЫЗМЕТІНІҢ ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАР КЕЗІНДЕГІ ЖҰМЫСЫН ТАЛДАУ

Шұғыл медициналық жәрдем республикалық ғылыми орталығы, Астана қ.

Астана қ. Қалалық медициналық жәрдем станциясы.

Науқастар мен зардап шеккендерге шұғыл жәрдем қызметтерінің көмек көрсетуі зерделенді, жедел медициналық көмек және кезек күттірмейтін қызметтер (101,102,112 және апаттар медицинасы) арасындағы өзара іс-қимыл медициналық жәрдемді дер кезінде және білікті беру көрсеткіштерін жақсартады.

Мақалада Астана қаласы бойынша жедел медициналық жәрдем қызметінің 2011 және 2012 жылдарының 9 айы ішіндегі жұмысына салыстырмалы талдау жасалынған. Төтенше жағдай санатына жататын шақыртулар санының бір шама төмендегені анықталды (2011 және 2012 жылдары 50 және 45).

Кілтті сөздер: төтенше жағдай, кезек күттірмейтін медициналық көмек, апаттар медицинасы қызметі, жедел медициналық жәрдем станциясы

Adstract

T.SH.YESKARAYEV, N.ZH.YRYMBAYEVA, K.D.TOSEKBAYEV, ZH.S. ISMAILOVA

ANALYSIS OF HEALTH CARE SERVICES IN EMERGENCY

Republican scientific center for emergency care, Astana city

Municipal station for emergency care, Astana city

Interactions between the ambulance service with emergency services (101,102,112 and Disaster Medicine), improves indicators of timely and qualified medical care.

The article presents a comparative analysis of the Ambulance service in Astana city for 9 months of 2011 and 2012. Some decrease in the number of calls relating to the category of emergency (50 and 45 respectively in 2011 and 2012) was revealed.

Keywords: emergency, emergency medical services, ambulance station.

УДК 616.8-006:502 (574)

Н.С. ИГИСИНОВ, Е.В. КИСАЕВ, С. Ж. ИЛЪЯСОВ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЮ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ИРТЫШСКОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗОНЕ КАЗАХСТАНА

В работе дана эпидемиологическая оценка заболеваемости злокачественными опухолями (ЗО) ЦНС в Иртышской экозоне, за период 2004-2011 гг. Применялись дескриптивные и аналитические методы современной онкоэпидемиологии. Установлено, что в Иртышской экозоне средний возраст больных ЗО ЦНС составил 47,9 лет, грубый показатель заболеваемости – $4,9^{0}/_{0000}$. Возрастные показатели имели унимодальный рост с пиком в 50-59 лет – $12,6^{0}/_{0000}$. Тренды заболеваемости имели различную тенденцию.

Ключевые слова: злокачественные опухоли ЦНС, заболеваемость, экозоны.

Введение. Актуальной и сложной проблемой общественного здравоохранения является проблема установления связи между воздействием факторов окружающей среды и состоянием здоровья населения. Одним из важных аспектов данной проблемы является выяснение причинных факторов в этиологии заболеваний, которые, безусловно, очень изменчивы и зависят от анализируемого заболевания, географических, социально-экономических и других особенностей исследуемого региона [1,2]. Исследования по оценке влияния факторов окружающей среды на заболеваемость злокачественными опухолями устанавливают взаимосвязь, уровень и степень влияния, а так же результаты воздействия. Установлено, что «причина далеко не всегда реализуется в следствие, т.е. причинный фактор не всегда приводит к болезни, и что все поныне известные этиологические или причинные факторы имеют характер «вероятностной», а не так называемой «строгой» причинности. Для реализации причины в следствие необходим ряд дополнительных факторов и условий» [3].

Для практической эпидемиологии с позиции профилактики очень важным является знание о вероятностно-статистических этиологических факторах опухолей. В этой связи в эпидемиологических исследованиях первым этапом является наблюдение и формулировка гипотезы, т.е. по результатам дескриптивного изучения выстраиваются гипотезы [3]. Дескриптивные эпидемиологические исследования злокачественных опухолей, проводимые в Казахстане в последние годы [4, 5] указывают, что высокие показатели заболеваемости установлены в Павлодарской области и ВКО, т.е. территориально в Иртышской экологической зоне [6].

Цель настоящего исследования изучение заболеваемости злокачественными опухолями (ЗО) ЦНС в зонах высокого онкологического риска – в Иртышской экологической зоне.

Материалы и методы. Данными для исследования послужили материалы онкоучреждений республики, касающиеся новых случаев ЗО ЦНС в Павлодарской области и ВКО за 2004-2011 гг. Показатели заболеваемости определены по общепринятой методике, применяемой в современной медико-биологической статистике [7, 8]. Вычислены экстенсивные, грубые, стандартизованные и выравненные показатели заболеваемости, тренды и среднегодовые темпы ($T_{пр/уб}$, %), динамического ряда, средний возраст больных, среднее значение (P), средняя ошибка (m) и 95% доверительные интервалы (95% ДИ), кумулятивный риск.

Результаты и обсуждение. За период 2004-2011 в Иртышской экологической зоне было зарегистрировано 843 новых случая ЗО ЦНС, из них 290 (34,3%) в Павлодарской области и 553 (65,6%) в ВКО. Распределение больных по возрастным группам представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных ЗО ЦНС в Иртышской экологической зоне по возрастным группам за 2004-2011 гг.

Возрастные группы, лет	Павлодарская область		ВКО		Иртышская экозона	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 30	59	20,3	91	16,5	150	17,8
30-39	32	11,0	60	10,8	92	10,9
40-49	41	14,1	91	16,5	132	15,7
50-59	81	27,9	167	30,2	248	29,4
60-69	49	16,9	83	15,0	132	15,7
70+	28	9,7	61	11,0	89	10,6
Всего	290	100,0	553	100,0	843	100,0
Средний возраст	47,1±1,4 лет		48,3±0,8		47,9±0,8 лет	
	95% ДИ=44,3-49,9 лет		95% ДИ=46,7-50,0 лет		95% ДИ=46,4-49,4 лет	
	$T_{пр}=+1,4\%$		$T_{пр}=+0,9\%$		$T_{пр}=+1,2\%$	

В Павлодарской области, ВКО и в целом по Иртышской зоне высокий удельный вес больных был установлен в возрастной группе 50-59 лет – 27,9%, 30,2% и 29,4% соответственно (таблица 1).

Средний возраст больных ЗО ЦНС в Иртышской экозоне составил 47,9±0,8 лет (95% ДИ=46,4-49,4 лет). Тренды среднего возраста больных растут, а среднегодовой темп прироста составил $T_{пр}=+1,2\%$ (таблица 1).

Средний возраст больных ЗО ЦНС составил в Павлодарской области 47,1±1,4 лет (95% ДИ=44,3-49,9 лет) и в ВКО – 48,3±0,8 лет (95% ДИ=46,7-50,0 лет). Разница статистически не значимая ($p<0,05$). Тренды среднего возраста больных в указанных областях растут (таблица 1).

Среднегодовые возрастные показатели заболеваемости ЗО ЦНС имели высокие значения в 50-59 лет – 12,6±1,2⁰/₀₀₀₀ (95% ДИ=10,2-14,9⁰/₀₀₀₀) и 60-69 лет – 11,1±0,8⁰/₀₀₀₀ (95% ДИ=9,4-12,7⁰/₀₀₀₀). На формирование данных показателей влияют одинаковые причинные факторы, поскольку их 95% ДИ накладывались друг на друга, т.е. нет статистически значимой разницы ($p>0,05$). При этом при сравнении с показателями заболеваемости до 50 лет установлена статистически значимая разница ($p<0,05$), поскольку их 95% ДИ не накладывались друг на друга (таб.2).

Таблица 2 – Показатели заболеваемости ЗО ЦНС в Иртышской экологической зоне за 2004-2011 гг.

Возрастные группы, лет	Павлодарская область		ВКО		Иртышская экозона	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
00-29	2,1±0,3	1,6-2,6	1,7±0,2	1,4-2,0	1,9±0,2	1,6-2,2
30-39	3,6±1,0	1,5-5,6	3,7±0,6	2,6-4,8	3,6±0,6	2,5-4,8
40-49	4,4±1,0	2,5-6,4	5,4±1,0	3,5-7,3	5,1±0,7	3,6-6,5
50-59	12,7±2,6	7,5-17,8	12,6±0,9	10,8-14,4	12,6±1,2	10,2-14,9
60-69	11,9±2,2	7,7-16,1	10,6±1,2	8,2-13,1	11,1±0,8	9,4-12,7
70+	8,4±2,1	4,3-12,6	8,3±1,1	6,1-10,5	8,4±0,7	6,9-9,8
Всего	4,9±0,6	3,8-6,0	4,9±0,2	4,5-5,2	4,9±0,2	4,5-5,2

Возрастные показатели в Павлодарской области и в ВКО характеризовались пиком в 50-59 лет, и практически с одинаковыми показателями 12,7 и 12,6 случаев на 100 000 населения (таблица 2).

Среднегодовые грубые показатели заболеваемости ЗО ЦНС в Павлодарской области, ВКО и в целом в Иртышской экозоне были одинаковыми составил $4,9^{0/0000}$.

В динамике возрастные показатели в Павлодарской области имели тенденцию к росту в старшем возрасте ($T_{пр}=+9,7\%$), а в остальных возрастах показатели снижались и наиболее высокие среднегодовые темпы убыли отмечены в 30-39 лет ($T_{уб}=-24,6\%$) (таб.3).

Таблица 3 – Темпы прироста/убыли выравненных показателей заболеваемости ЗО ЦНС в Иртышской экозоне за период 2004-2011 гг.

Возрастные группы, лет	Павлодарская область	ВКО	Иртышская экозона
00-29	-8,6	-1,6	-4,3
30-39	-24,6	-0,4	-7,7
40-49	-16,9	-3,0	-7,1
50-59	-17,6	-2,9	-7,5
60-69	-9,6	+5,9	+0,1
70+	+9,7	+7,8	+8,5
Всего	-11,4	+0,8	-3,4

В динамике возрастные показатели заболеваемости в ВКО и в целом изучаемой экозоне имели тенденцию к росту в 60-69 лет ($T_{пр}=+5,9\%$ и $T_{пр}=+0,1\%$ соответственно) и 70 лет и старше ($T_{пр}=+7,8\%$ и $T_{пр}=+8,5\%$ соответственно), а в остальных возрастах тренды снижались (таблица 3).

С целью элиминирования, т.е. исключения влияния возрастного состава населения изучаемого региона была произведена стандартизация. Так, мировой стандарт составил $4,3\pm 0,2^{0/0000}$ (95% ДИ= $3,9-4,7^{0/0000}$), европейский – $5,2\pm 0,2$ (95% ДИ= $4,8-5,7^{0/0000}$) и африканский – $3,5\pm 0,2^{0/0000}$ (95% ДИ= $3,1-3,9^{0/0000}$). Также рассчитаны стандартизованные показатели заболеваемости ЗО ЦНС в Павлодарской области и ВКО (рисунок 1).

Вычислен кумулятивный риск, который показывает риск развития конкретного злокачественного новообразования, в частности ЗО ЦНС, которому лицо подверглось бы в течение определенного периода жизни, при условии отсутствия всех прочих причин смерти.

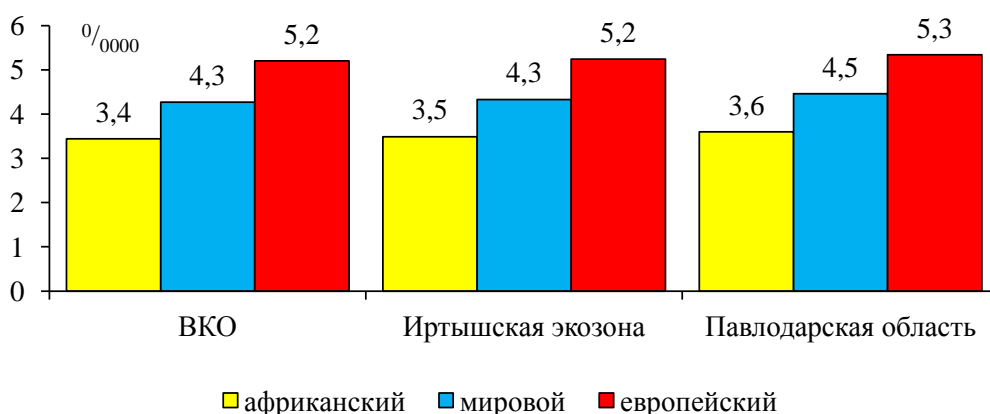


Рисунок 1 – Стандартизованные показатели заболеваемости ЗО ЦНС в Иртышской экозоне за период 2004-2011 гг.

Важно обозначить период жизни, за который аккумулируется риск: обычно это 0-74 года, что представляет весь период жизни. Так, кумулятивный риск в Иртышской экозоне за изучаемый период составил $0,45\pm 0,02\%$ (95% ДИ= $0,41-0,48\%$), по областям был следующим: в ВКО – $0,44\pm 0,01\%$ (95% ДИ= $0,41-0,48\%$) и Павлодарской области – $0,46\pm 0,06\%$ (95% ДИ= $0,35-0,57\%$), статистических различий не выявлено ($p>0,05$).

Заклучение. Таким образом, результаты дескриптивного эпидемиологического изучения заболеваемости ЗО ЦНС в Иртышской экозоне рокзывают рекомендуются использовать органам здравоохранения для проведения целенаправленной противораковой борьбы населения данного региона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Румянцев Г.И., Новиков С.М., Шашина Е.А. Современные проблемы оценки риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения / http://erh.ru/n_pub/n_pub03.php.
- 2 Клейн С.В. Оценка риска здоровью населения при воздействии химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух, для задач социально-гигиенического мониторинга (на примере г. Перми) // Здоровье семьи – 21 век (электронное издание) <http://fh-21.perm.ru/download/2-4.pdf>
- 3 Заридзе Д.Г. Профилактика рака: руководство для врачей. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 224 с.
- 4 Игисинов Н.С., Игисинов С.И., Терешкевич Д.П., Билялова З.А. К экологической эпидемиологии рака в Казахстане // Денсаулық сақтауды дамыту журналы – 2011. – № 2 (59). – С. 92-96.
- 5 Bilyalova Z., Igissinov N., Moore M. et al. Epidemiological Evaluation of Breast Cancer in Ecological areas of Kazakhstan – Association with Pollution Emissions // Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. – 2012. – Volume 13. – N 4 – P. 2341-2344.
- 6 Водные ресурсы Казахстана в новом тысячелетии. – Алматы: ПРООН, 2004. – 23 с.
- 7 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.
- 8 Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. – М.: 2004. – 180 с.

ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана
АО «Медицинский университет Астана», Астана
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», Астана. Материал поступил в редакцию 23.10.12.

Түйін

Н.С. ИГІСІНОВ, Е.В. КИСАЕВ, С. Ж. ИЛҮЯСОВ

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ЕРТІС ЭКОЛОГИЯЛЫҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ ОРТАЛЫҚ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІМЕН АУЫРУ КӨРСЕТКІШТЕРІ

ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана
«Астана медицина университеті» АҚ
АО «Нейрохирургия республикалық ғылыми орталығы», Астана

Ертіс экологиялық аймағындағы орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісігімен ауыру көрсеткіштерінің ерекшеліктері эпидемиологиялық тұрғыдан бағаланды. Осы мақсатта қазіргі таңда қолданылатын онкоэпидемиологиялық зерттеудің дескриптивті және аналитикалық әдістері қолданылған. Осының нәтижесінде көрсетілген аймақта орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісігіне шалдыққан науқастардың орташа жасы 47,9, ал ауруға шалдығу көрсеткіші долбарлы есеппен– $4,9^{0/0000}$ құрады. Науқастардың жасына қарай топтар бойынша аурудың ең жоғарғы көрсеткіші 50-59 жас аралығында ($12,6^{0/0000}$) анықталған. Орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісігімен ауыру көрсеткіштерінің жас тобына байланысты өсу қарқыны (тренді) әртүрлі бағыта өзгеретіні көрсетілген.

Кілтті сөздер: қатерлі ісік, Ертіс аймағы, аурушандық, өсу қарқыны (тренді).

Abstract

N. IGISSINOV, Y. KISSAYEV, S.G. ILYASOV

INCIDENCE RATE OF MALIGNANT TUMORS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN THE IRTYSH ECOLOGICAL ZONE OF KAZAKHSTAN

ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана
JSC «Astana Medical University», Astana city
JSC «Republican research center of neurosurgery», Astana city

The aim of the research of incidence rate of malignant tumors (MT) in the central nervous system (CNS) in the Irtysh ecological zone. A retrospective study for 2004-2011 years. The descriptive and analytical methods of modern oncologic epidemiology. It was determined that in the Irtysh ecological zone the average age of patients of MT CNS was 47.9 years old, crude incidence rate is $4.9^{0/0000}$. Age-specific incidence rate had unimodal growth with a peak at 50-

59 years 12.6⁰/0000. Trends of incidence rate had different trend.

Key words: malignant tumors of CNS, incidence, eozones.

УДК 614.2:616-084-039.57(1-22)

Р.У. КУМПЕИСОВА

РОЛЬ ПМСП ПРИ РЕФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ НА СЕЛЕ

В статье описывается уровень состояния здоровья народа и определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи. Данные анализа деятельности врачебной амбулатории с. Коростели Бородулихинского района Восточно-Казахстанской области подтверждают эффективность проведения профилактических осмотров, скринингов, которые регламентированы в нормативных документах Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Ключевые слова: состояние здоровья, амбулаторий на селе, реформирование в системе здравоохранения.

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике.

В своем Послании 2010 года Президентом были поставлены конкретные задачи на ближайшее десятилетие. Нурсултан Абишевич указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения».

В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Министерством Республики Казахстан была утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы и определены приоритетные стратегические направления.

Реализация Программы предполагает дальнейшее развитие и совершенствование системы оказания ПМСП на селе, включая дальнейшее повышение мотивации медицинских работников села (предоставление жилья, выплата единовременных пособий), формирование мобильных медицинских бригад для сельских труднодоступных регионов, динамичное развитие системы здравоохранения путем создания условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрения специальных социальных услуг, а также создания условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, профессионального и личностного роста медицинского персонала, адаптации системы здравоохранения к современным требованиям и рыночным условиям общества.

Определенные результаты были достигнуты в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 - 2010 годы (далее - Госпрограмма), в том числе проведено реформирование службы первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), действующей по принципу общей врачебной практики, проводятся профилактические осмотры детей, взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения, скрининговые исследования женщин на предмет раннего выявления онкопатологии репродуктивной системы, скрининги на предмет выявления глаукомы и онкологической патологии прямой кишки и предстательной железы. [1].

В реализацию Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» разработан и утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2131 новый государственный норматив сети организаций здравоохранения, предусматривающий упорядочение сети государственных организаций здравоохранения, создание сети многопрофильных больниц, обеспечение доступности ПМСП, в первую очередь сельскому населению. Кроме того, поэтапный перевод медицинских организаций в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения направлен на совершенствование системы управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повышение экономической эффективности деятельности медицинских организаций и решение вопросов кадрового обеспечения.

На современном этапе реформирования здравоохранения совершенствование первичной медицинской помощи (ПМП), расширение ее объема, повышение качества и эффективности рассматриваются как одна из важнейших задач. Необходимо отметить, что первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению [2].

Так, например, по данным анализа реформирования здравоохранения российских авторов, в секторе здравоохранения имеется ряд фундаментальных проблем. Так, отрасль здравоохранения нуждается в дополнительных вложениях, особенно в развитие первичной медико-санитарной помощи. Обсуждая пути совершенствования охраны здоровья населения, считают решающим звеном в этом процессе первичную медицинскую помощь, а также что основой реорганизации первичного звена медицинской помощи должен стать врач общей практики (семейный врач) (Павлов В.В., Галкин Р.А., Кузнецов С.И., 1997). Причем, главными критериями оценки выбранного направления при проведении реформ в здравоохранении должны быть удовлетворенность пациентов и врачей (Комаров Ю.М., 1997). [3].

Таким образом, одним из направлений, позволяющих повысить социальную, экономическую и медицинскую эффективность функционирования системы охраны здоровья населения, является реформирование первичного медико-санитарного звена - основного компонента программы реформы здравоохранения.

Термин "первичная медико-санитарная помощь" (ПМСП) появился в период подготовки и проведения под эгидой всемирной организации здравоохранения Международной конференции (Алма-Ата, 1978). На этой конференции были сформулированы основные принципы организации ПМСП, был дан мощный толчок развитию международного сотрудничества в этой области.

В документах ВОЗ определены следующие основные принципы организации ПМСП: достижение удовлетворительного уровня здоровья для всех, доступность методов и технологий лечения в максимально короткие сроки и в должном объеме всех слоев населения, активное участие населения в охране здоровья.

Анализ деятельности ПМСП Болгарии показал, что первичную медико-санитарную помощь населению оказывают врачи общей практики, работающие в индивидуальных и групповых врачебных практиках и/или поликлиниках. Каждый болгарский гражданин имеет право свободного выбора врача общей практики и стационарного медицинского учреждения. Однако, распределение врачей общей практики по территории страны неоднородно, зависит от региона и оговаривается в Национальной карте здоровья. Эта неоднородность вызывает неравенство доступа к медицинскому обслуживанию; особенно это касается жителей сельской местности [4].

Согласно статистическим данным в республике функционировало сельских врачебных амбулаторий (СВА) 1502 в 2010 году (2011 году-1514). Из них в Восточно-Казахстанской области соответственно 177 (176). Таблица 1.[5].

Таблица 1- Количество сельских врачебных амбулаторий в РК и ВКО в 2010-2011 г.г.

№ п/п	Наименование	Количество СВА	
		2010 год	2011 год
1	Республика Казахстан	1502	1514
2	Восточно-Казахстанская область	177	176

СВА с. Коростели Бородулихинского района Восточно-Казахстанской области обслуживала в 2010 г. 1459 всего населения, в 2011 году-1406 чел.

Анализ СВА с. Коростели Бородулихинского района Восточно-Казахстанской области за 2010-2011 годы показал, что число профилактических посещений составило всего: в 2010 г. -2862, в 2011г.-3037, а по поводу заболевания соответственно -1662 и 2014. Таблица 2.

Таблица 2 - Число и структура посещений врачом СВА за 2010 - 2011 г.г.

№ п/п	Годы	Число посещений включая профилактические		Число посещений по поводу заболевания		Число посещений на дому		
		Всего	в т.ч. дети	взрослые	дети	всего	дети	Из них по поводу заболевания
1	2010	2862	1196	1239	423	942	836	93
2	2011	3037	1058	1514	500	666	517	75

Таблица 3 - Количество профилактических осмотров и количество выявленных заболеваний среди детского и взрослого врачом СВА за 2010 – 2011г.г.

№ п/п	Наименование	Подлежало		Осмотрено		Выявлено		Оздоровлено	
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
1	Дети	325	328	325	328	66	45	16	35
2	Осмотр на выявления болезни системы кровообращения среди взрослых	207	344	207	344	5	3	5	3
3	Осмотр на выявление предопухолевых состояний и рака шейки матки среди взрослых	76	76	76	76	-	30	-	30
4	Осмотр на выявления предопухолевых состояний и рака молочной железы среди взрослых	75	75	75	75	1	16	1	16
5	На выявление глаукомы среди взрослых	-	277	-277	-	-	-	-	-
6	На выявление сахарного диабета среди взрослых	-	334	-	334	-	1	-	1
7	На выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой прямой кишки среди взрослых	-	178	-	178	178	178	178	178
8	Осмотрено с целью выявлению больных туберкулезом/из них детей до 14 лет включая реакцию Манту среди взрослых	273/63	617/94	-	-	-	-	-	-

Анализ показал, что в результате проведенного профилактического осмотра населения преобладали: предопухолевые состояния и рак шейки матки, предопухолевые состояния и рак молочной железы, предопухолевые и опухолевые заболеваний толстой прямой кишки. Таблица 3.

Таблица 4 -Общая заболеваемость населения с. Коростели за период 2010 -2011 гг.

Наименование	2010		2011	
	абс	%	абс	%
Всего	1904	135,4	1739	123,6
Взрослые	1319	93,8	119	85,1
Подростки	127	9,03	115	8,17
Дети	458	32,5	427	30,3

Общая заболеваемость населения в 2011 году имеет тенденцию к снижению на 12%, что связано как с миграцией населения, так и с своевременным выявлением и оздоровлением заболеваний на данном участке.

Таблица 5- Первичная заболеваемость населения с. Коростели за период 2010 -2011 гг.

годы	Всего		взрослые		подростки		Дети	
	Абс	%	абс	%	Абс	%	Абс	%
2010	1111	790,1	640	455,1	101	71,83	370	263,1
2011	995	707,6	568	403,9	78	55,47	349	248,2

Показатель первичной заболеваемости в 2011 году также снизился на 82,5% в результате ранней выявляемости, полноты охвата периодическими профилактическими осмотрами (100%), полноты охвата целевыми профилактическими осмотрами (100%), полноты охвата профилактическими прививками (100%) и оказания своевременной медицинской помощи, в результате чего показатели эффективности деятельности СВА в 2011 году выглядели следующим образом: общая смертность 2010 г. составила 14,3 %, в 2011 г.– 7,8%; а показатель первичного выхода на инвалидность -0. (таблица 5).

Таким образом, данные анализа деятельности СВА с. Коростели Бородулихинского района Восточно-Казахстанской области подтверждают эффективность проведения профилактических осмотров, скринингов, которые регламентированы в нормативных правовых документах Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113.
- 2 Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Приказ от 15 мая 2012 г. N 543н « Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
- 3 Павлов В.В., Галкин Р.А., Кузнецов С.И., 1997. Пути дальнейшего развития и совершенствования здравоохранения.
- 4 Обзор системы здравоохранения Болгарии (интернет ресурсы).
- 5 Статистический сборник Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году. г. Астана , 2012 г., Министерство здравоохранения Республики Казахстан. стр. 118.
- 6 Статистические показатели деятельности КГКП «Врачебная амбулатория с. Коростели Бородулихинского района за 2010-2011 годы.

КГКП «Врачебная амбулатория с. Коростели Бородулихинского района»
Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области. Материал поступил в редакцию 24.10.12.

Түйін

Р.У. ҚҰМПЕИСОВА

АУЫЛДЫҚ ДӘРІГЕРЛЕР АМБУЛАТОРИЯСЫ ҚЫЗМЕТІНІҢ МЫСАЛЫНДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН РЕФОРМАЛАУ КЕЗІНДЕГІ БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ РӨЛІ

Шығыс Қазақстан облысының Денсаулық сақтау басқармасының Бородулихин ауданы Коростели ауылының Дәрігерлер амбулаториясы МКҚК

Халықтың денсаулық жағдайының деңгейі елдің әлеуметтік-экономикалық, мәдени және индустриалды дамуын айқындайды. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру ауылдарда бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсетудің жүйесін одан әрі дамыту мен жетілдіруді көздейді. Бастапқы медициналық-санитариялық көмек медициналық көмек көрсету жүйесінің негізі болып табылады. Шығыс-Қазақстан облысы Бородулихин ауданы Коростель ауылының дәрігерлік амбулатория қызметін талдау деректері Қазақстан

Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің нормативтік құжаттарында регламенттелген профилактикалық тексерулер, скринингтерді өткізудің тиімділігін растайды.

Кілтті сөздер: денсаулық жағдайы, ауылдық амбулатория, денсаулық сақтау жүйесіндегі реформирмалау.

Abstract

R.U. KUMPEISSOVA

PRIMARY HEALTH CARE ROLE IN REFORM ON THE EXAMPLE OF OUTPATIENT CLINICS IN RURAL AREAS

«Medical ambulance in Korosteli, Borodulikhin district», Department of health, East-Kazakhstan region

The level of health determines the measure of socio-economic, cultural and industrial development of the country. Implementation of the state program for the development of Health "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015 envisages further development and improvement of primary health care in rural areas. Primary health care is the foundation of the system of care. Data analysis of medical ambulance in Korostel Borodulikhin district of East Kazakhstan region confirm the effectiveness of preventive examinations, screenings, which are regulated in the regulations of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: health condition, ambulatory in rural areas, reform of health system.

УДК [614.212:616-07]:658.14/.17

И.И. ЛИ

ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ

В статье описывается постоянное поступательное развитие системы здравоохранения в Республике Казахстан вносит определенные коррективы в организацию медицинской помощи. Наибольшим структурным изменениям подверглась первичная медико-санитарная помощь и в том числе, диагностические центры, как одно из подразделений ПМСП.

Ключевые слова: финансово-экономические системы, право хозяйственного ведения, здравоохранение.

Введение. Постоянное поступательное развитие системы здравоохранения в Республике Казахстан вносит определенные коррективы в организацию медицинской помощи. Наибольшим структурным изменениям подверглась первичная медико-санитарная помощь и в том числе, диагностические центры, как одно из подразделений ПМСП.

Созданные более 20-ти лет назад диагностические центры в крупных областных центрах были учреждениями с самыми передовыми диагностическими технологиями, позволяющими оказывать диагностическую помощь населению всего региона. В последнее время с усовершенствованием деятельности ПМСП и СВА, оснащением поликлиник современным диагностическим оборудованием, развитием широкой сети частных медицинских центров, имеющих достаточно дорогостоящее современное оборудование, открытие при стационарах платных диагностических отделений – государственные диагностические центры становятся неконкурентоспособными и экономически бесперспективными. С одним только «но» - если мы с вами не предпримем ряд шагов, позволяющих диагностическим центрам не только выжить, но и снова стать современными медицинскими центрами с большой буквы.

В этой связи необходимо: в рамках диагностических центров узаконить лечебно-профилактическую работу путем создания небольших многопрофильных хирургических и терапевтических блоков, где будут использоваться только самые передовые медицинские технологии.

И второе совершенствование финансово-экономической системы с целью достижения хороших финансовых результатов, позволяющих улучшать материально-техническое обеспечение за счет собственных средств.

Как показывает международный опыт, высокий уровень управленческой самостоятельности поставщиков медицинской помощи является неотъемлемым атрибутом современной, конкурентоспособной и высокоэффективной системы здравоохранения. Это обусловлено тем, что в системе здравоохранения, в отличие от других секторов социальной сферы, большинство оперативных решений разного вида (управленческие, организационные, клинические и т.д.) необходимо принимать на уровне субъекта здравоохранения (поставщика медицинских услуг) в зависимости от множества факторов.

В этих условиях, излишняя регламентация и необходимость согласования административных действий с вышестоящей организацией или органом управления, приводит лишь к формальному соблюдению бюрократических процедур, а не к достижению результата оптимальным образом. Для достижения конкретных целей, стоящих перед системами здравоохранения всех стран (контроль стоимости, эффективное использование ресурсов и более высокое качество услуг), поставщикам медицинской помощи необходимо обладать большей гибкостью в организационном, кадровом и финансовом аспектах предоставления услуг.

Низкий уровень самостоятельности поставщиков способствует росту негативных финансовых факторов в системе здравоохранения. Это обусловлено, в том числе, ограниченной возможностью материального стимулирования врачей, которые предоставляют качественные услуги на хорошем уровне. Оптимальным, на данном этапе, способом повышения самостоятельности государственных субъектов здравоохранения является их реорганизация в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения.

В соответствии со ст. 138 Закона «О Государственном имуществе» они пользуются полной самостоятельностью в таких вопросах как, комплектование штата, формы оплаты труда, размеры должностных окладов, системы премирования и иного вознаграждения, в пределах фонда оплаты труда.

Размеры должностных окладов руководителя, его заместителя, главного бухгалтера, система их премирования устанавливаются местным исполнительным органом.

Право хозяйственного ведения является вещным правом государственного предприятия, получившего имущество от государства как собственника и осуществляющего в пределах, установленных законодательными актами, права владения, пользования и распоряжения этим имуществом.

Существенным отличием права хозяйственного ведения от права собственности является ограничение права распоряжения имуществом, а также использование переданного имущества исключительно в соответствии с предметом деятельности, целями и задачами государственного предприятия. Оно самостоятельно может распоряжаться не относящимся к основным средствам движимым имуществом, закрепленным за предприятием.

То есть закон позволяет, в целях производственной необходимости, обменивать и реализовывать малоценные товары, приобретаемые для оказания медицинских услуг.

Законодательно закрепляется право на приобретение основных средств. Правда, приобретение медицинского оборудования возможно только за счет поступлений от оказываемых медицинских услуг на платной основе.

Так как в стоимость тарифов на медицинские услуги по государственному заказу не входит восстановление затрат на приобретение основных средств (в виде процента на амортизацию). И на сегодняшний день механизм закупа медицинского оборудования за счет средств от выполнения государственного заказа предусмотрен, в основном, только в виде централизованно закупаемого оборудования, через уполномоченный орган. Что вызывает сложности и по срокам поставки и по ассортименту. Понятно, что самостоятельный закуп позволит в более короткие сроки провести процедуру закупа и более скрупулезно, учитывая все нюансы, подойти к выбору оборудования.

Преимущества и особенности хозяйственной деятельности государственных предприятий на праве хозяйственного ведения требуют, с изменением организационно-правовой формы юридического лица, проведения ряда преобразований в управлении и финансовой деятельности организации, таких как:

1. Перевод бухгалтерского учета и финансовой отчетности организации здравоохранения на международные стандарты бухгалтерского учета и финансовой отчетности. Этот процесс должен сопровождаться оценкой элементов финансовой отчетности (активы, обязательства, капитал) с использованием методов и в порядке, предусмотренном международными стандартами.

2. Наличие в государственном предприятии на праве хозяйственного ведения профессионального бухгалтера. Несоблюдение этого требования может привести к административной ответственности.

3. Государственное предприятие на праве хозяйственного ведения, являясь организацией публичного интереса, обязано публиковать в средствах массовой информации годовую финансовую отчетность.

4. Обязательное, для государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, страхование гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей, в соответствии с классами профессионального риска, несоблюдение которого влечет административную ответственность.

5. Обязательное отчисление части чистого дохода в доход бюджета соответствующего уровня.

Государственные предприятия на праве хозяйственного ведения могут быть получателями средств целевых текущих трансфертов, в том числе основных средств.

И, согласно стандартам МСФО средства целевых текущих трансфертов, в виде медицинского оборудования в том числе, будут отражены в финансовой отчетности как доход.

Что, к сожалению, отрицательно отразится на финансовом результате.

То есть увеличение доходной части повлечет за собой увеличение суммы отчислений в бюджет от чистого дохода предприятия.

Поскольку при формировании тарифов на медицинские услуги, предоставляемых в рамках ГОБМП, администратором бюджетных программ не включается прибыль поставщика медицинских услуг, следует ожидать, что коммерческая деятельность государственных предприятий на праве хозяйственного ведения будет осуществляться за счет предоставления медицинских услуг, не охваченных ГОБМП, то есть платных медицинских услуг.

Согласно Закона «О государственном имуществе», цены на товары (работы и услуги), производимые государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения, должны обеспечивать полное возмещение понесенных предприятием затрат на их производство, безубыточность и финансирование за счет собственных доходов.

С каждым годом увеличивается конкуренция государственным диагностическим центрам со стороны коммерческих медицинских центров, как правило, оборудованных гораздо лучше. Ценовая политика терпит серьезные ограничения, так как даже обоснованное повышение цен с точки зрения окупаемости, не всегда целесообразно, учитывая растущую жесткую конкуренцию, с которой мы сталкиваемся каждый день.

В настоящее время, учитывая все эти факторы, предприятие, в рамках закона, может получать прибыль, в основном, только за счет увеличения количества и расширения спектра оказываемых услуг.

Несколько слов об изменении трудовых отношений.

Отличительной особенностью трудовых отношений является тот факт, что работники государственных предприятий на праве хозяйственного ведения утрачивают статус гражданских служащих.

Основанием для приема на работу становится трудовой договор, условием его заключения является соответствие потенциального работника квалификационным требованиям, предъявляемым работодателем.

Согласно Закона «О государственном имуществе», форма оплаты труда, штатное расписание и должностные оклады устанавливаются работодателем самостоятельно. Механизм оплаты труда позволяет выбрать любую систему, не противоречащую требованиям Закона и уставным целям предприятия на праве хозяйственного ведения.

Так, например принятая в Региональном диагностическом центре г. Алматы (далее–РДЦ) система оплаты труда (таб.1) подразумевает дифференцированный подход к начислению заработной платы. Сотрудники, оказывающие услуги на платной основе, получают сумму заработка в процентном выражении от полученного дохода, что стимулирует рост доходной части предприятия. В свою очередь эта система не исключает необходимости внутреннего аудита медицинских услуг.

Процент от дохода, идущий на зарплату оговаривается в условиях трудового договора, заключаемого с сотрудником центра. Указанная система позволила повысить уровень заработной платы сотрудников до 50%.

Таблица 1 - Сравнительные данные роста заработной платы в Региональном диагностическом центре за период 2009-2011 гг. (в тенге)

Наименование показателя	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Заработная плата врачей РДЦ	66180,00	76439,00	117300,00

Также, в результате перехода РДЦ на право хозяйственного ведения и последующих изменений в системе оплаты труда и системе ценообразования, значительно увеличились поступления средств от оказания услуг на платной основе (таб.2).

Таблица 2 - Анализ поступления доходов в Региональном диагностическом центре за период 2009-2011 гг. (в тенге)

Наименование показателя	2009 г	2010 г	2011г
Доход от оказания услуг	446 743,9	486 634,7	649 773,1

Увеличение доходной части позволило в первом квартале 2012 года произвести самостоятельно закуп необходимого медицинского оборудования на 95 млн. тенге с целью обновления устаревшего, морально и физически, оборудования. Что, в свою очередь, позволило получить дополнительный доход с учетом эксплуатации нового оборудования уже по состоянию на 1 августа текущего года (таб.3).

Таблица 3 - Анализ поступления доходов в Региональном диагностическом центре за 8 месяцев 2010-2012 годов (в тенге)

Наименование показателя	За 8 месяцев 2010г	За 8 месяцев 2011г	За 8 месяцев 2012г
Доход от оказания услуг	319 869,0	380 206,0	396 920,2

Таким образом, в целях дальнейшего развития экономики государственных субъектов здравоохранения на праве хозяйственного ведения, необходимо:

Во–первых, рассмотрения возможности выделения средств предприятиям здравоохранения на праве хозяйственного ведения, в рамках выполнения государственного заказа по ГОБМП, для самостоятельного закупа медицинского оборудования. Данное мероприятие должно положительно повлиять на финансовую ситуацию, то есть исключается фактор, увеличивающий доходную часть без соответствующих денежных поступлений, что позволит самостоятельно решать вопросы приобретения оборудования и сократить сроки процедуры закупа.

Во-вторых, учитывая растущую конкуренцию на рынке медицинских услуг, изменить условия и размер неналоговых отчислений процента от чистого дохода предприятия на ПХВ, чтобы позволить оставлять в своем распоряжении большую часть средств от чистого дохода для направления этих средств на дальнейшее развитие.

В результате вышеперечисленных изменений ожидается:

1. Улучшение лечебно-диагностического процесса, который станет непрерывным.
2. Улучшение экономической стороны деятельности центра, что позволит планировать закуп современного оборудования, обучать персонал коммуникациям с другими центрами, в том числе и зарубежными, развивать стимулирующий компонент заработной платы.
3. Деятельность лечебно-диагностического центра с такой функциональной программой и усовершенствованной финансово-экономической системой позволит уйти от прикрепления населения и обеспечить постепенный переход к взаимоотношениям с пациентами в рамках страховой медицины, как одной из перспективных форм медицинского обслуживания граждан страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента РК – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», г. Алматы, 2012 г.
- 2 Закон РК «О государственном имуществе», № 413-IV, 01.03.2011 г.
- 3 Закон РК «О конкуренции» (с изменениями по состоянию на 19.03.2010 г.).

4 Приказ и.о. МЗРК «Об утверждении Методических рекомендаций по реорганизации организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения (ПХВ)», № 407, 14.08.2009 г.

5 Т. Шарманов, «Здоровье народа - основа социально-экономического развития страны», г. Алматы, 2011 г.

Республиканский диагностический центр, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 18.10.12.

Түйін

И.И. ЛИ

ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҚТА ҚАРЖЫ-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖҮЙЕНІ БҰДАН КЕЙІН ЖЕТІЛДІРУ
«Өңірлік диагностикалық орталық» ШЖҚ МКК директоры, Алматы қ.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің тұрақты үдемелі дамуы медициналық жәрдемді ұйымдастыруға белгілі бір түзетулер енгізуде.

Ең ірі құрылымдық өзгерістер алғашқы медициналық-санитарлық жәрдем қызметінде, оның ішінде осы қызметтің бір бөлігі ретінде диагностикалық орталықтарда орын алған.

Кілтті сөздер: қаржы-экономикалық жүйелер, шаруашылық жүргізу құқығы, денсаулық сақтау.

Abstract

И. I. LEE

IMPROVEMENT OF FINANCIAL AND ECONOMIC SYSTEM IN STATE DIAGNOSTIC CENTER AT THE RIGHT OF ECONOMIC CONTROL
State Public Enterprise on the right of business "Regional Diagnostic Center" Almaty city.

Continual progressive development of Health System in the Republic of Kazakhstan imports some correction in the organization of Medical Care.

Advantages and specialties of the economic activities of state organizations on the right of business requires a change of the legal form, a series changes in the management and financing activities of the organization, leading to improving of diagnostic and treatment process and economic process.

Keywords: financial-economical systems, right of economic management, health care.

УДК 614.2:537:574

А.М. ТЕКЕБАЕВА, Н.К. ХОЖАМУРАТОВА

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ АНТРОПОГЕННОЙ ПРИРОДЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Накоплено большое количество данных о неблагоприятном влиянии электромагнитных полей на организм человека. Необходимо дальнейшее изучение с разработкой рекомендаций по уменьшению воздействия.

Ключевые слова: электромагнитное поле, биологический эффект, санитарно-эпидемиологический надзор.

Введение. В последние десятилетия в связи с бурным и повсеместным развитием радиовещания, телевидения, радиолокации, использованием различных бытовых и профессиональных радиоэлектронных средств: компьютеров, копировальных аппаратов, мобильных и стационарных радиотелефонов, телевизоров, микроволновых печей позволяет ощутить реальный технический прогресс. Однако все чаще появляются высказывания ряда ученых о неблагоприятном влиянии достижений научно-технического прогресса, прежде всего на здоровье человека [2, 8].

Основой для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора в указанной области являются принятые Правительством Республики Казахстан постановления «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с источниками физических факторов (компьютеры и видеотерминалы), оказывающих воздействие на человека» 1

декабря 2011 года № 1430 и «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских населенных пунктах, почвам и их безопасности, содержанию территорий городских и сельских населенных пунктов, условиям работы с источниками физических факторов, оказывающих воздействие на человека» от 25 января 2012 года № 168.

Медицинским центром Управления делами Президента Республики Казахстан при изучении условий труда государственных служащих центральных государственных органов проведены физико-инструментальные лабораторные исследования напряженности электромагнитного излучения на рабочих местах работников. При оценке уровней напряженности электромагнитного излучения от мониторов и клавиатуры [7], установлено, что до 6% мониторов имели превышения предельно-допустимого уровня по электрической составляющей в диапазоне 5 Гц-2 кГц и до 0,5% - по магнитной составляющей в том же диапазоне. Небольшая часть мониторов давала превышения по электрической и магнитной составляющим в диапазоне 2-400 кГц.

В настоящее время электромагнитные поля (далее - ЭМП) антропогенной природы приобрели значение экологического фактора, они проникли во все сферы жизни и деятельности современного человека, их постоянному всевозрастающему воздействию подвергается практически все население Земли. ЭМП - особая форма материи, посредством которой осуществляется взаимодействие между электрически заряженными частицами. ЭМП в вакууме характеризуется вектором напряженности электрического и магнитного поля, которые определяют силы, действующие со стороны поля на неподвижные и движущиеся заряженные частицы. Магнитное поле и электрическое могут существовать отдельно, но только тогда, когда их величины неизменны. Переменные магнитное и электрическое поля отдельно друг от друга существовать не могут.

Спектр электромагнитных колебаний радиочастот условно делят на диапазоны по частоте колебаний или длине волны. По частоте колебаний электромагнитные волны подразделяют на диапазоны низких (НЧ), средних (СЧ), высоких (ВЧ), очень высоких (ОВЧ), ультравысоких (УВЧ), сверхвысоких (СВЧ) и крайне высоких частот (КВЧ).

По длине волны различают километровые, гектаметровые, декаметровые, метровые, дециметровые, сантиметровые, миллиметровые диапазоны.

Вопрос о биологическом действии электромагнитных радиоволн возник еще в 30-е годы двадцатого века, однако, детальная его разработка началась позднее - с 1950 года. Это стало возможным благодаря организации в 1953 году, по инициативе А.А. Летавета, специальной профильной лаборатории, первым руководителем которой стала З.В. Гордон, внесшая огромный вклад в ее становление, развитие и подготовку квалифицированных специалистов. Затем, в течение 25 лет сотрудниками лаборатории ЭМП Института медицины труда, а также коллективами Санкт-Петербургского НИИ гигиены труда и профзаболеваний, Харьковского НИИ гигиены труда и профзаболеваний, Киевского НИИ общей и коммунальной гигиены было выполнено ряд исследований, направленных на разработку гигиенических регламентов ЭМП РЧ, дифференцированных с учетом облучаемых контингентов (профессионалы, непрофессионалы, население) и биологической активности воздействующего частотного диапазона. Большинство исследователей выявляли четкие биоэффекты, выраженность которых зависела как от интенсивности поля, так и от функционального состояния организма. Позднее было показано, что ЭМП могут оказывать определенное воздействие на организм и при гораздо меньших уровнях выраженности. При этом, увеличение интенсивности воздействующего поля на 1-2 порядка в сравнении с естественными полями приводит к возникновению в основном стимуляции возбуждения [9]. Это позволяет применять ЭМП для лечебных целей.

Учитывая специфику воздействия электромагнитных полей на население (возможность круглосуточного и в течение всей жизни воздействия на большие контингенты людей, в том числе детей, обладающих повышенной чувствительностью к их вредному влиянию), неблагоприятными следует считать достоверные отрицательные отклонения от контроля любой жизненно важной функции организма.

Возникновение реакций биосистем при незначительной напряженности, воздействующих ЭМП многими специалистами расценивается как возможное проявление влияния на информационные процессы в организме. С этих позиций Г.Ф.Плеханов (1978) предполагает, что поля с поверхностной плотностью потока энергии $10\text{-}5\text{ мкВт/см}^2$ (6 мВ/м) являются оптимальными с позиций функционирования организма человека, а пороговыми представляются величины порядка $10\text{-}10\text{ мкВт/см}^2$ (0,02 мВ/м). Возможность возникновения статистически достоверных реакций в различных биосистемах (в том числе и у человека) при воздействии столь слабых полей экспериментально

подтверждена многими специалистами. Например показано, что электромагнитное поле с уровнем 10^{-6} мкВт/см² (2мВ/м) в диапазоне частот от 0,1 до 960 МГц при непрерывном режиме воздействия в течение 50 минут (синусоидальная форма сигнала) и уровнем 10^{-9} мкВт/см² (0,06 мВ/м) в диапазоне частот от 8,5 до 9,6 ГГц при импульсном режиме воздействия в течение того же времени у людей вызывают изменения энцефалограммы (увеличение либо уменьшение амплитуды альфа-ритмов, увеличение индекса медленных волн, десинхронизацию). Эффект зависит от частоты ЭМП и времени суток. С увеличением интенсивности поля или времени его воздействия реакции биосистем возрастают по амплитуде и (или) по продолжительности сохранения после прекращения воздействия, что говорит об увеличении их биологической значимости для организмов. При определенных условиях реакции могут становиться неблагоприятными, возникают нарушения в функционировании организма. Биоэффекты в таких случаях могут определяться не только изменением информационных процессов в организме, но и прямым влиянием энергии поля на биоструктуры (изменением проницаемости мембран, поляризацией белковых молекул, резонансным разрушением их и так далее). Порог энергетического действия ЭМП, вызывающего неблагоприятные реакции в организме человека лежит в области величин порядка 10 мкВт/см² (6,1 В/м). Он изменяется в зависимости от частоты ЭМП, условий воздействия, размеров тела и так далее.

С помощью цитологических исследований определены наиболее чувствительные показатели крови при воздействии электромагнитных излучений (изменения дифференцировки мегакариоцитов, неспецифические реакции, репопуляция бластных клеток и др.) [6]. Выявлено, что плотность потока энергии в непрерывном режиме (1, 2 и 4 месяца) менее $0,01$ мВт/см² – клеточные реакции не выходят за пределы физиологической нормы (находятся ниже порога активации адаптивных реакций), можно оценить как подпороговые, допустимые для воздействия в населенных пунктах.

Плотность потока энергии $0,05$ - $0,1$ мВт/см² является пороговой (на уровне компенсаторных процессов) – для производственных условий. Уровни выше $0,5$ мВт/см² в непрерывном и импульсно-прерывистом режиме относятся к критическим, так как в этих условиях выявлена существенная активация регенерации ретикулярных и бластных клеток, инволюции мегакариоцитов, апаптоза, изменений лейкоцитов, их метаболизма и других показателей костного мозга, реактивность которого оказалось более высокой по сравнению с кровью, селезенкой, тимусом.

В настоящее время, рядом исследователей установлено, что электромагнитные поля, индуцируемые сотовыми телефонами, оказывают неблагоприятное влияние на состояние здоровья организма человека, которое проявляется в снижении энергетического потенциала во всех жизненно важных системах организма, нарушении процессов обмена веществ, снижении иммунной защиты организма [5,10]. Кроме того, отмечены нарушения функции памяти и снижении концентрации внимания, зафиксированы нарушения эмбрионального развития плода, повышение риска онкологических заболеваний, болезни Крона [4].

Обнаруженное влияние сверхнизкочастотных полей и радиочастот при сверхнизкочастотной модуляции на выход кальция из мозговой ткани при низких уровнях поля (до $0,05$ мВт/см²) объясняет воздействие электромагнитных полей на микроокружение клетки мозга и, в частности, как мембрану нервной клетки [11]. Так как ионы кальция участвуют в процессах возбуждения аксона и синаптической передачи, то эти результаты указывают на возможный механизм воздействия низких уровней электромагнитных полей на поведение животных. Считается, что в этих процессах участвуют конформационные изменения белковых молекул мембран. Поэтому возможный механизм действия низких уровней электромагнитных полей заключается в передаче энергии поля колебательным модам макромолекул, что приводит к изменению их конформации.

По данным [1], при обследовании эпидермиса кожи и роговицы у животных, находившихся в электрическом поле, выявлено увеличение плотности расположения клеток в базальном слое эпидермиса. Одновременно, у животных выявлены злокачественные и доброкачественные опухоли, развившиеся из производных эпидермиса. Менее выраженные изменения отмечены во внутренних органах. Так, в почках животных, находившихся в электрическом поле, возросла доля крупных почечных телец, выявлена дилатация сосудистых клубочков нефронов. В печени животных, отмечено снижение числа Купферовских, жирнонакапливающих и эндотелиальных клеток. В соматических клетках животных отмечено увеличение частоты межхроматидных обменов и торможение их биосинтетической активности. У животных выявлены также признаки ускоренного прохождения постнатального онтогенеза (увеличение постнатальной смертности, более раннее развитие опухолей, увеличение доли крупных почечных телец).

Однако следует подчеркнуть, что экстраполяция результатов экспериментальных исследований с животных на человека является одним из наиболее сложных вопросов. Проблема усугубляется тем,

что биологический эффект электромагнитных полей на высоких (тепловых) уровнях определяется количеством поглощенной энергии, а на низких уровнях (не вызывающих нагревание тканей) связан в основном с информационным и лишь частично – с энергетическим воздействием.

Таким образом, есть все основания считать, что ЭМП являются биологически значимым фактором даже при очень низких уровнях, лишь на 1-2 порядка превышающих средние значения естественного фона Земли на организм: информационное и энергетическое. Величина и характер биологического эффекта ЭМП определяются не только уровнем поля и временем воздействия, но и другими параметрами (поляризацией, частотой, формой сигнала и т.д.). При определенных условиях ЭМП могут вызывать неблагоприятные реакции организма. Так, изучение состояния здоровья людей, подвергающихся воздействию этого фактора, показало, что он может вызывать неблагоприятные изменения в центральной нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой системах, приводить к ухудшению самочувствия людей, снижению сопротивляемости организма. При этом наблюдаемые изменения возрастают по мере увеличения времени пребывания в электромагнитном поле.

Заключение. На основании выше изложенного, можно заключить, что воздействие на организм электромагнитных полей антропогенной природы, диктует необходимость проведения дальнейшего изучения влияния неионизирующего излучения на организм человека, с целью сохранения здоровья и повышения работоспособности населения Республики Казахстан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белкин А.Д. О роли техногенных вращающихся электрических полей в эндо- и экзозоологических взаимосвязях //Медицина труда и промышленная экология. 1999. - № 6. - С. 27-30.
- 2 Григорьев Ю.Г., Степанов В.С. Электромагнитная безопасность человека. М.: Наука, 1999. - С. 185-197.
- 3 Григорьев Ю.Г. Электромагнитные поля и здоровье населения //Гигиена и санитария. 2003. - № 3. - С. 14-16.
- 4 Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Магнитные поля, адаптационные реакции и резистентность организма. М.: Наука, 1978. - С. 131-148.
- 5 Некрасов В.А. Энергоинформационные излучения Земли и их влияние на здоровье человека. - Тверь, 2001. - 310 с.
- 6 Обухан Е.И. Роль клеточных факторов неспецифической защиты в гигиенической оценке электромагнитных неионизирующих излучений //Медицина труда и промышленная экология. 1999. - № 12. - С. 9-13.
- 7 О санитарно-гигиенических условиях труда государственных служащих /Хожамуратова Н.К., Текебаева А.М., Ахметова А.М., Мусина А.Ш. //Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. 2012. - № 3(46). - С. 6-10.
- 8 Пальцев Ю.П. Состояние и задачи гигиенического регламентирования электромагнитных полей радиочастот //Медицина труда и промышленная экология. 1999. - № 6. - С.2-5.
- 9 Плеханов Г.Ф. Электричество, магнетизм, информация и живые системы. Томск. – 1978. - С. 13-18.
- 10 Роль электромагнитных излучений при работе с видеодисплейными терминалами /Рябов Ю.Г., Бабурин В.М., Лопаткин С.М. и др. //Проблемы электромагнитной безопасности человека. Фундаментальные и прикладные исследования.-Москва. - 1996. - С. 80-81.
- 11 Questions and answers about EMF. Electric and magnetic fields associated with the use of electric power.-Washington: National Institute of Environmental Hith Sciences and US department of Energy. - 1995.

Медицинский центр Управления Делами Президента Республики Казахстан. Материал поступил в редакцию 01.10.12.

Түйін

А. М. ТЕКЕБАЕВА, Н. Қ. ҚОЖАМУРАТОВА

АНТРОПОГЕНДЫК ЭЛЕКТРОМАГНИТТІ ӨРІСІНІҢ ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ
Қазақстан республикасы Президенті Іс басқармасының Медициналық орталығы

Электромагниттік өрістің адам денсаулығына зиян әсері туралы көптеген деректер жинақталған. Теріс әсерді зерттеп, оны азайту бойынша ұсыныстар әзірлеу қажет.

Кілтті сөздер: электромагниттік өріс, биологиялық әсер, санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау

Abstract

A. ТЕКЕБАЕВА, N. KHOZHAMURATOVA

INFLUENCE OF THE ELECTROMAGNETIC FIELDS OF ANTHROPOGENIC NATURE ON HEALTH OF HUMAN ORGANISM

Medical Center of President's affairs Administration of the Republic of Kazakhstan

A lot of data has been presently accumulated on an unfavorable effect produced by electromagnetic fields on human organism. It's necessary the prerequisites of the mentioned recommendation as well as their topicality and possible application.

Key words: electromagnetic field, biological effect, disease surveillance

УДК 616.831.9:303.094.5(574)

К.А. УМИРЗАХОВА

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕНИНГИТОМ В КАЗАХСТАНЕ

В статье отражены уровни заболеваемости менингитом, на основе которых составлена картограмма и определены следующие группы областей: с низкими показателями (до $1,19^{0/0000}$); со средними показателями (от $1,19$ до $2,44^{0/0000}$) с высокими показателями (от $2,44^{0/0000}$ и выше).

Ключевые слова: менингит, заболеваемость, картограмма.

Введение. Диагностика и лечение неврологической инфекционной патологией достигла значительного прогресса. Но, несмотря на применение современных методов терапии, и новейших антибактериальных препаратов, заболевание отличается тяжелым течением, высокими показателями летальности, развитием поздних осложнений, нередко приводящим к инвалидизации больных [1, 2, 3, 4]. Заболеваемость менингитом в мире имеет широкие диапазоны, и колеблется со временем, и может проявляться в виде спорадических случаев, вспышек и эпидемий и имеет региональные особенности. Заболеваемость менингитом в мире колеблется в диапазоне от 0,2 до 14 случаев на 100 000 населения. Люди в большинстве частей мира, за исключением юга от Сахары в Африке, где заболеваемость может достигать 1 000 случаев на 100 000 человек во время эпидемий [4]. Важным эпидемиологическим методом научного исследования является оценка распределения заболевания среди населения, при этом она должна учитывать особенности природно-климатических, экологических, социально-экономических и других факторов. Одним из видов предоставления данной оценки является медико-географическая картограмма заболеваемости [5, 6]. В этой связи в данной статье представлена картограмма заболеваемости менингитом в Казахстане.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили данные о новых случаях менингита, зарегистрированных в амбулаторных учреждениях. Информация взята из программы Data Presentation System (DPS) с сайта ТОО «Мединформ» (www.medinfo.kz). По общепринятым методам медико-биологической статистики вычислены среднегодовые значения (P), средняя ошибка (m), доверительный интервал (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста/убыли ($T_{пр/уб}$, %) [7, 8].

Применен способ составления картограммы, предложенный в 1974 г. профессором Игисиновым С.И. [9], основанный на определении среднеквадратического отклонения (σ) от среднего (x). Шкала ступеней вычислена так: приняв σ за интервал, определили максимальный и минимальный уровни заболеваемости согласно формуле: $x \pm 1,5\sigma$, причем минимальный показатель равен $x - 1,5\sigma$ и максимальный равен $x + 1,5\sigma$.

Результаты и обсуждение. За 1999-2011 гг. в республике впервые было зарегистрировано 3 457 случаев менингита. Среднегодовой показатель заболеваемости менингитом в республике составил $1,75 \pm 0,16$ на 100 000 всего населения (95% ДИ= $1,43-2,07^{0/0000}$). В динамике показатели

имели тенденцию к снижению с $2,27^{0}/_{0000}$ (1999 г.) до $0,75^{0}/_{0000}$ в 2011 году. При выравнивании также была установлена вышеуказанная тенденция, а среднегодовой темп убыли составил $T_{y6}=-7,1\%$ (рисунок 1).

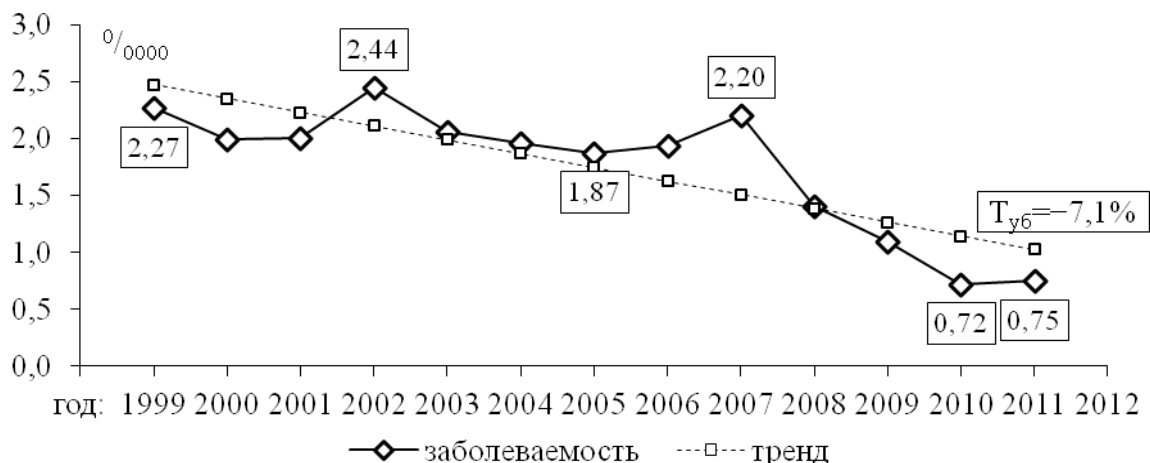


Рисунок 1 – Динамика показателей заболеваемости менингитом в Республике Казахстан за 1999-2011 гг.

Среднегодовые показатели заболеваемости менингитом по областям имели максимальный уровень в г. Астана ($5,53 \pm 0,82^{0}/_{0000}$), а минимальный – в Костанайской области ($0,54 \pm 0,14^{0}/_{0000}$). Установленные различия между данными регионами статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 1 – Среднегодовые показатели заболеваемости менингитом в Казахстане по регионам за 1999-2011 гг.

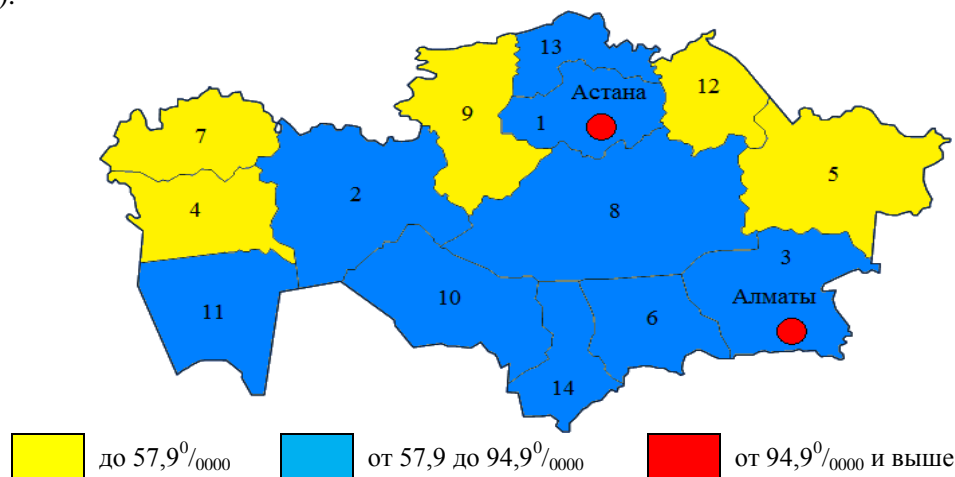
Область / город	P	m	95% ДИ		$T_{пр}, \%$
Костанайская	0,54	0,14	0,27	0,81	-27,1
Западно-Казахстанская	0,81	0,10	0,61	1,01	+1,2
Павлодарская	0,94	0,18	0,57	1,30	-10,1
Восточно-Казахстанская	1,05	0,08	0,90	1,20	-3,9
Атырауская	1,08	0,23	0,63	1,52	-40,7
Кызылординская	1,21	0,29	0,64	1,77	-34,3
Алматинская	1,30	0,12	1,07	1,53	-4,5
Северо-Казахстанская	1,55	0,25	1,07	2,03	-9,2
Жамбылская	1,64	0,23	1,20	2,09	-7,2
Южно-Казахстанская	1,68	0,20	1,29	2,08	-8,3
Карагандинская	1,70	0,24	1,22	2,18	-10,3
Республика Казахстан	1,75	0,16	1,43	2,07	-7,1
Мангыстауская	1,90	0,75	0,42	3,38	-28,1
Актюбинская	2,05	0,28	1,49	2,61	-10,6
Акмолинская	2,19	0,34	1,53	2,86	-7,1
г. Алматы	3,86	0,47	2,94	4,79	-4,7
г. Астана	5,53	0,82	3,92	7,15	-4,6

В динамике показатели заболеваемости менингитом имели тенденцию к росту только в Западно-Казахстанской области ($T_{пр}=+1,2\%$). В остальных регионах тренды снижались, а наиболее высокие темпы убыли были установлены в Атырауской области ($T_{y6}=-40,7\%$). Далее были определены уровни заболеваемости менингитом, на основе которых составлена картограмма (рисунок 2) и определены следующие группы областей:

1. с низкими показателями (до 1,19⁰/₀₀₀₀) – Костанайская (0,54⁰/₀₀₀₀), Западно-Казахстанская (0,81⁰/₀₀₀₀), Павлодарская (0,94⁰/₀₀₀₀), Восточно-Казахстанская (1,05⁰/₀₀₀₀) и Атырауская (1,08⁰/₀₀₀₀) области;

2. со средними показателями (от 1,19 до 2,44⁰/₀₀₀₀) – Кызылординская (1,21⁰/₀₀₀₀), Алматинская (1,30⁰/₀₀₀₀), Северо-Казахстанская (1,55⁰/₀₀₀₀), Жамбылская (1,64⁰/₀₀₀₀), Южно-Казахстанская (1,68⁰/₀₀₀₀), Карагандинская (1,70⁰/₀₀₀₀), Мангыстауская (1,90⁰/₀₀₀₀), Актюбинская (2,05⁰/₀₀₀₀) и Акмолинская (2,19⁰/₀₀₀₀) области.

3. с высокими показателями (от 2,44⁰/₀₀₀₀ и выше) – г. Алматы (3,86⁰/₀₀₀₀) и г. Астана (5,53⁰/₀₀₀₀).



Области: 1. Акмолинская, 2. Актюбинская, 3. Алматинская, 4. Атырауская, 5. Восточно-Казахстанская, 6. Жамбылская, 7. Западно-Казахстанская, 8. Карагандинская, 9. Костанайская, 10. Кызылординская, 11. Мангыстауская, 12. Павлодарская, 13. Северо-Казахстанская, 14. Южно-Казахстанская

Рисунок 2 – Картограмма заболеваемости менингитом в Казахстане за период 1999-2011 гг.

Заключение. Таким образом, Выявленные региональные особенности заболеваемости менингитом помогут в проведении целенаправленных мероприятий по дальнейшему снижению данной патологии в Казахстане. Выяснение причинно-следственных связей будут приоритетными научными направлениями наших перспективных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лысковцев М.М., Эйхнер Э.Э. Бактериоскопия «толстой» капли крови и ликвора как метод экспресс-диагностики менингококковой инфекции. // Педиатрия. – 1984. - № 3. – С. 36-37.
- 2 Волкова М.О. Биологические особенности штаммов *S.pneumoniae*, вызывающих менингиты у детей: автореф... к.м.н. – СПб, 1993. – 20 с.
- 3 Rosenstein N.E., Perkins B.A., Stephens D.S., et al. Meningococcal disease // N Engl J Med. – 2001, 344. – P. 1378-1388.
- 4 Yogev R., Tan T. Meningococcal disease: the advances and challenges of meningococcal disease prevention // Hum Vaccin. – 2011, 7 (8). – P. 828-837.
- 5 Власов В.В. Эпидемиология: Учеб. пос. для вузов. – М., 2004. – 464 с.
- 6 Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – СПб., 2005. – 752 с.
- 7 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л., 1974. – 384 с.
- 8 Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М.; 1999. – 460 с.
- 9 Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике// Здрав. Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71.

Медицинский центр Управления делами Президента Республики. Материал поступил в редакцию 03.10.12.

Түйін

К.А. ӨМІРЗАҚОВА

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ МЕНИНГИТ АУРЫН КЕҢІСТІК-МЕЗГІЛДІК ТҰРҒЫДАН БАҒАЛАУ
Қазақстан республикасы Президенті Іс басқармасының Медициналық орталығы.

Осы мақалада менингитпен ауыру деңгейлері көрсетілді, олардың негізінде картограмма әзірленіп, мынадай топтар анықталды: көрсеткіштері төмен – $1,19^{0/0000}$ дейін, орташа – 1,19-дан $2,44^{0/0000}$ -ке дейін, жоғары көрсеткіштер – $2,44^{0/0000}$ - және одан да жоғары.

Кілтті сөздер: менингит, аурушаңдық, картограмма.

Abstract

К.А. UMIRZAKHOVA

SPACE-TIME ESTIMATE OF MENINGITIS INCIDENCE IN KAZAKHSTAN
Medical centre of President affairs Administration of the Republic of Kazakhstan

Presented spatio-temporal evaluation meningitis in some regions of Kazakhstan. The levels of meningitis incidence for cartograms: low – up to $1.19^{0/0000}$, the average – from 1.19 to $2.44^{0/0000}$, high – from $2.44^{0/0000}$ and over. High rates are set in the cities of Almaty and Astana.

Key words: meningitis, incidence, cartogram.

УДК 614.82-005.6:33.112.1(574.24)

А.Н. ЦОЙ, Л.Л. КАРП, Т.Б. ПОТАПЧУК, М.С. МАТЧАНОВА, Г.Б. БАЙГУЛОВА,
Г.З. САДИЕВА, Ж.А. КАРПИКБАЕВА

К ПРОБЛЕМЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТОЛИЧНОГО РЕГИОНА
КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье описаны результаты проведенного анкетирования пациентов города Астаны показал, что существенная часть респондентов (56,2%) удовлетворена полученной медицинской помощью. Пациенты, составившие 22,5%, скорее не удовлетворены, 7,2% - полностью не удовлетворены. Выявление и ликвидация причин неудовлетворенности медицинской помощью в столичном регионе позволит повысить не только качество медицинских услуг, но и поднять престиж медицины.

Ключевые слова: удовлетворенность населения, медицинская помощь, пациенты, респонденты, качество медицинских услуг.

Введение. Уровень состояния здоровья народа определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике [1].

По результатам масштабного исследования NFO Direct Services для определения наиболее благоприятной страны обитания среди 9 европейских стран (Бельгии, Франции, Германии, Ирландии, Италии, Испании, Великобритании, Греции, Норвегии) был представлен оценочный перечень, в котором наравне с такими критериями, как состояние окружающей среды, безопасность, красоты местности, развитие инфраструктуры, социальная поддержка, оценивалась удовлетворенность населения медицинским обслуживанием [2].

В соответствии с концепцией ВОЗ из существующих трех аспектов качества (структуры, процесса, результата) - результаты оказания медицинской помощи характеризуются состоянием здоровья населения, достижением определенных клинических результатов, удовлетворенностью населения уровнем оказания медицинской помощи. Критерий удовлетворенности пациентов медицинской помощью носит субъективный характер и его оценивать сложнее всего [3].

Поскольку это обстоятельство затрудняет оценку степени выраженности удовлетворенности населения медицинской помощью, наиболее информативным методом изучения мнений пациентов относительно работы системы здравоохранения признано проведение социологических опросов [4].

На основании действующих нормативно-правовых актов в Казахстане определение степени удовлетворенности граждан уровнем оказания медицинских услуг проводится путем проведения анкетирования пациентов и (или) их родственников [5].

В связи с реализацией Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) в Казахстане каждый гражданин наделен правом свободного выбора лечебно-профилактической организации (ЛПО). Так как больные получают медицинскую помощь в разных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, то и конечный результат лечения (а следовательно, удовлетворенность им пациента) определяется зачастую деятельностью не того этапа лечения, на котором проводился социологический опрос, а предшествующих этапов. Кроме того, при каждом конкретном опросе его результаты могут испытывать на себе "следовые" влияния предыдущего опыта взаимодействия пациента с системой здравоохранения [6].

Целью данного исследования является анализ степени удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических организациях столичного региона в 2012 году.

Материалы и методы. В качестве инструмента исследования было использовано анонимное анкетирование, проведенное в течение октября месяца в различных жилых районах на территории города Астаны. Общее количество респондентов составило 409 человек, количество анализируемых анкет с учетом отбракованных 405. Статистическая погрешность составляет не более 1 %.

Анкета содержала тринадцать закрытых вопросов. Два из них отражали половую принадлежность и возраст респондента, одиннадцать – отношение к оказываемой медицинской помощи.

Результаты анкетирования представлены в числовом и процентном соотношении в виде таблиц и диаграмм.

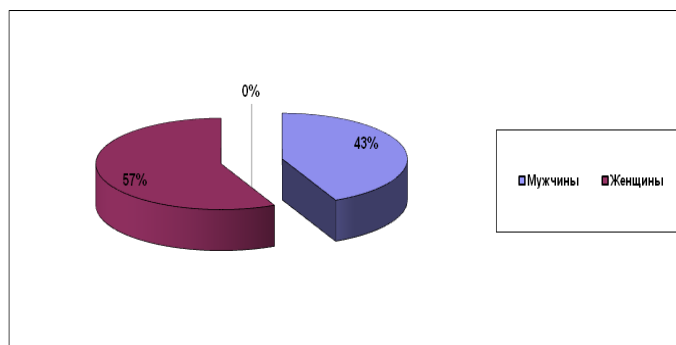


Рисунок 1- Распределение респондентов по половой принадлежности

Из общего числа опрошенных: 229 (56,5%) респондентов составили женщины и 176 (43,5%) мужчины, что ещё раз подтверждает данные многочисленных исследований о невнимательном отношении к своему здоровью мужской половины населения.

Распределение респондентов по возрастному составу показало наибольшее участие в анкетировании среди возрастной категории 20-29 лет - 44,4% (рис.2).

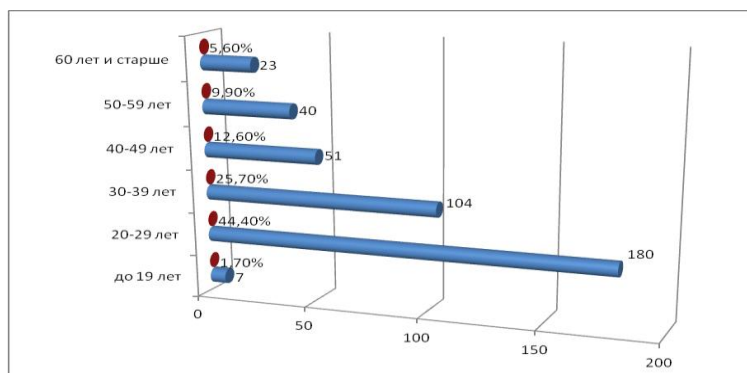


Рисунок 2- Распределение респондентов по возрасту

Распределение количества респондентов по условиям оказания медицинской помощи на разных этапах отражено в таблице 1.

Таблица 1 –Обращаемость за медицинской помощью

Вид оказания медицинской помощи	Кол-во человек	Обращений на 100 опрошенных
Поликлиники	248	61,2
Женские консультации	92	22,7%
Врач общей практики	55	13,6%
Стоматологические поликлиники	105	25,9%
Стационары города	57	14,1%
Специализированные диспансеры (противотуберкулезный, кожно-венерологический и др.)	32	7,9%
Диагностический центр	46	11,3%
Скорая помощь	82	20,2%
Частная клиника, кабинет	64	5,8%

По результатам анкетирования отмечена высокая потребность в амбулаторно-поликлинической (61,2%) и стоматологической (25,9%) медицинской помощи, наименьшее количество респондентов получали медицинскую помощь в условиях специализированных диспансеров (7,9%) и частных клиник (5,8%).

Существенная часть респондентов (56,2%) удовлетворена полученной медицинской помощью.

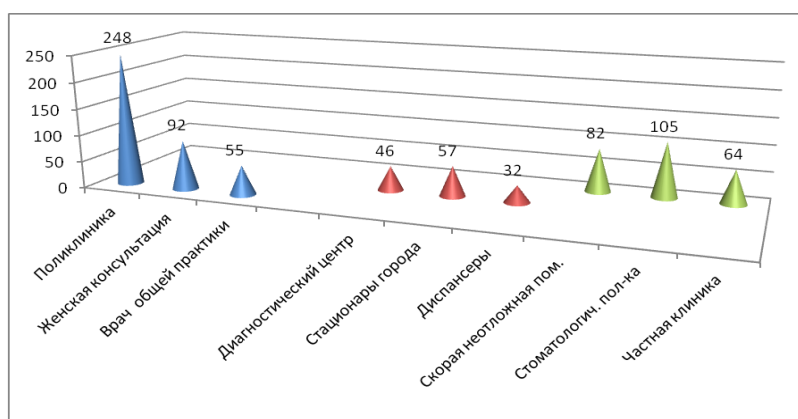


Рисунок 3 – Обращаемость респондентов по видам оказания медицинской помощи

Пациенты, составившие 22,5%, скорее не удовлетворены, 7,2% - полностью не удовлетворены итогом посещения ввиду невнимательного отношения медперсонала (29,6%), недостаточности

объема и качества диагностических исследований (12,6%), недостаточного обеспечения лекарственными препаратами (25,6%), недостаточной квалификации врачей (26,9%).

В связи с этим особое значение приобретает изучение общественного мнения с выявлением причин неудовлетворенности, возникших при обращении за медицинской помощью в лечебно-профилактические организации города Астаны (рисунки 4,5).



Рисунок 4 – Проблемы в организации работы медицинских организаций

Из числа опрошенных наибольшее количество респондентов (29,6%) указывают на недостаточное внимание со стороны медицинского персонала и только в 14,3% случаях респонденты довольны всем.

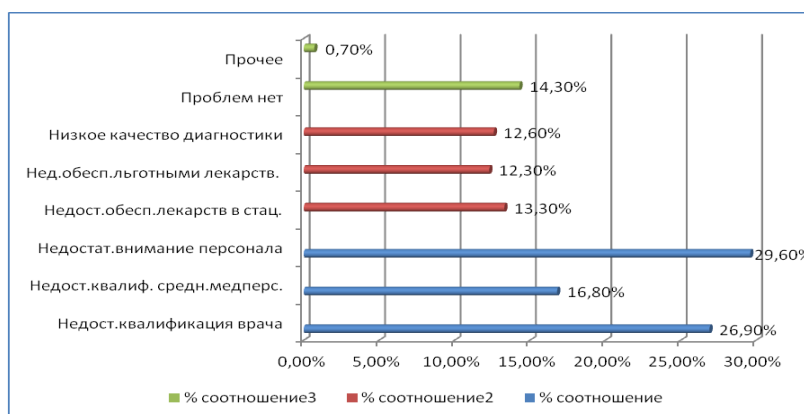


Рисунок 5 – Причины неудовлетворенности пациентов

В заключительной части анкеты респондентам было предложено дать оценку качества полученных медицинских услуг по пятибалльной шкале (рис.6).

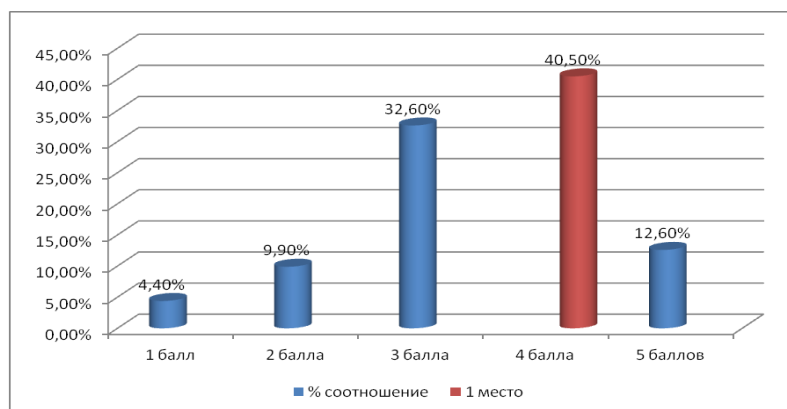


Рисунок 6 - Оценка качества предоставляемых медицинских услуг по пятибалльной шкале

Оценки анкетирования в плане удовлетворенности качеством показали, что в целом респонденты удовлетворены оказанными медицинскими услугами, о чем свидетельствует высокий показатель (более 40%) по позиции 4 балла, на втором месте (32,6%) оценка в 3 балла, третье место в ранговом ряду (12,6%) принадлежит высшей оценке в 5 баллов.

Заключение. Анализ результатов проведенного исследования показал, что респонденты активно участвуют в процессе анкетирования с целью выявления сильных и слабых сторон лечебно-профилактического процесса, отмечена заинтересованность респондентов молодого возраста (20-29 лет/44,4%) в сохранении своего здоровья, что соответствует стратегии государства об ответственности каждого гражданина за своё здоровье.

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от ряда субъективных ощущений и объективных факторов.

Неудовлетворенность пациентов организационными моментами, такими, как график работы участковой службы и узких специалистов, очереди в регистратуре и длительность плановой госпитализации, низкое качество и недостаточный объем диагностических исследований, недостаточное обеспечение лекарственными препаратами, зависят непосредственно от медицинских организаций.

Труднее справиться с необоснованными запросами и требованиями к медицинскому персоналу, которые возрастают пропорционально повышению уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, распространенности информационных технологий, что делает удовлетворение этих вопросов весьма непростой задачей [7].

Общественное мнение, как результат обратной связи, позволяет выявить недостатки функционирования системы оказания медицинской помощи населению. Выявление и ликвидация причин неудовлетворенности медицинской помощью в столичном регионе позволит повысить не только качество медицинских услуг, но и поднять престиж медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Назарбаев Н. А. «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Указ Президента Республики Казахстан от 29.11.2010г.

2 http://www.mirtv.ru/rubrics/3/2665_1.html.

3 Куницкая С.В. «К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью», Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск. 2006. – С. 89-91.

4 Колесник А. Международный опыт мониторинга медицинских услуг и оценка результативности в сфере здравоохранения. – Режим доступа: <http://ecsocman.edu.ru/db/msg/307667/print.html>.

5 Приказ МЗ РК от 27 декабря 2011 года № 923 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации работы Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций».

6 Пенюгина Е.Н., Петрова Н.Г., Железняк Б.С. «Новые подходы к проведению социологических опросов о качестве медицинской помощи», издание: Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1999. - № 4. - С.11-14.

7 Фоменко А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения», г. Минск // Медицинские новости, 2011. - № 11. – С. 25-46.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 22.11.12.

Түйін

А.Н. ЦОЙ, Л.Л. КАРП, Т.Б. ПОТАПЧУК, М.С. МАТЧАНОВА, Г.Б. БАЙГУЛОВА,
Г.Д. САДИЕВА, Ж.А. ҚАРПЫҚБАЕВА

АСТАНА ӨНІРІ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР САПАСЫМЕН
ҚАНАҒАТТАНУЫ МӘСЕЛЕСІ

«Астана медицина университеті» АҚ

Астана қаласындағы науқастардың арасында жүргізілген сауалнама бойынша, респонденттердің басым көпшілігі (56,2%), алатын медициналық көмектің сапасына қанағаттанатынын көрсетті. Ал науқастардың 22,5 %-ті медициналық қызмет сапасына көңілі толмайтынын, 7,2% - толық қанағаттанбайтындығын көрсетті.

Астана өңірінде медициналық көмектің сапасына қанағаттанбау себептерін анықтау және оларды жою, медициналық қызметтің сапасын жоғарлатумен қатар, барша Республика тұрғындарының арасында Астана қаласының медициналық қызметтің мәртебесін жоғарлатуына мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: халықтың қанағаттануы, медициналық жәрдем, науқастар, респонденттер, медициналық қызметтер сапасы.

Abstract

A.TSOY, L. KARP, T.B. POTARCHUK, M. MATCHANOVA, G. BAYGULOVA, G. SADIEVA, ZH. KARPIKBAEVA

TO THE PROBLEM OF SATISFACTION OF THE CAPITAL POPULATION
BY THE QUALITY OF HEALTH CARE

Astana Medical University

The aim of the study was to analyse the level of satisfaction of the quality of health care in Astana in 2012. The survey consisted of a short self-administered questionnaires. The number of respondents was 409 (43.5% are male and 56.5% are female). It was revealed that young people are interested in own health. There is a big need in primary health care (61.2%). This study indicated the main reasons of dissatisfaction of health care in Astana.

Keywords: satisfaction of population, care, patients, respondents, quality of medical services.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



ӘӨЖ 612.428:616.617:616.12-071.3-091

М.К. ЖАНАЛИЕВА

ПОСТНАТАЛДЫ ОНТОГЕНЕЗ КЕЗІНДЕГІ АДАМ НЕСЕПАҒАРЫ МЕН ҚУЫҒЫНЫҢ
КІЛЕГЕЙЛІ ҚАБЫҒЫНДА ОРНАЛАСҚАН ЛИМФОИДТЫ ТҮЙІНШЕЛЕРІ
ПІШІНДЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Несепағар мен қуықтың кілегейлі қабығында орналасқан домалақ және сопақ пішінді лимфоидты түйіншелер ІІ балалық шақ кезеңінде басым болады да, кейін ержеткен, бойжеткен шақта олардың пайыздық қатынасы 2,03 есе төмендейді. Созылыңқы пішінді лимфоидты түйіншелердің пайыздық жиынтығы айтарлықтай өзгермейді, тек егде жаста, балалық шақтың ІІ кезеңімен салыстырғанда, мәнсіз көлемде төмендейді. Бұрыс пішінді лимфоидты түйіншелер тек балалық шақтың ІІ кезеңінде пайда болады.

Кілтті сөздер: лимфоидты түйіншілер, балалық шақ, несепағар жолдар, постнаталдфк онтогенез.

Кіріспе. Ас қорыту, тыныс алу жүйелеріндегі қуысты ағзалардың шеткері лимфоидты түзілістер ғылыми әдебиеттерде несеп-жыныс аппаратына қарағанда дәлірек толығырақ берілген. Несепағар мен қуықтың биологиялық препараттарының алуының қиындығына байланысты аз зерттелген. Зәр бөлу ағзаларының лимфоидты түйіншелердің саны, пішіні, өлшемі біз қол жеткізген ғылыми әдебиеттердегі деректерде жинақсыз берілген. Әдебиеттерде бұл дәлелдерді түсіндіретін деректер аз. Сонымен ұсынылған жұмыстың өзектілігі адам жынысына байланысты несепағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістерінің анатомо-топографиялық ерекшеліктерін анықтау.

Зерттеу мақсаты. Постнаталды онтогенез кезіндегі адам несепағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түйіншелері пішіндерінің ерекшеліктері.

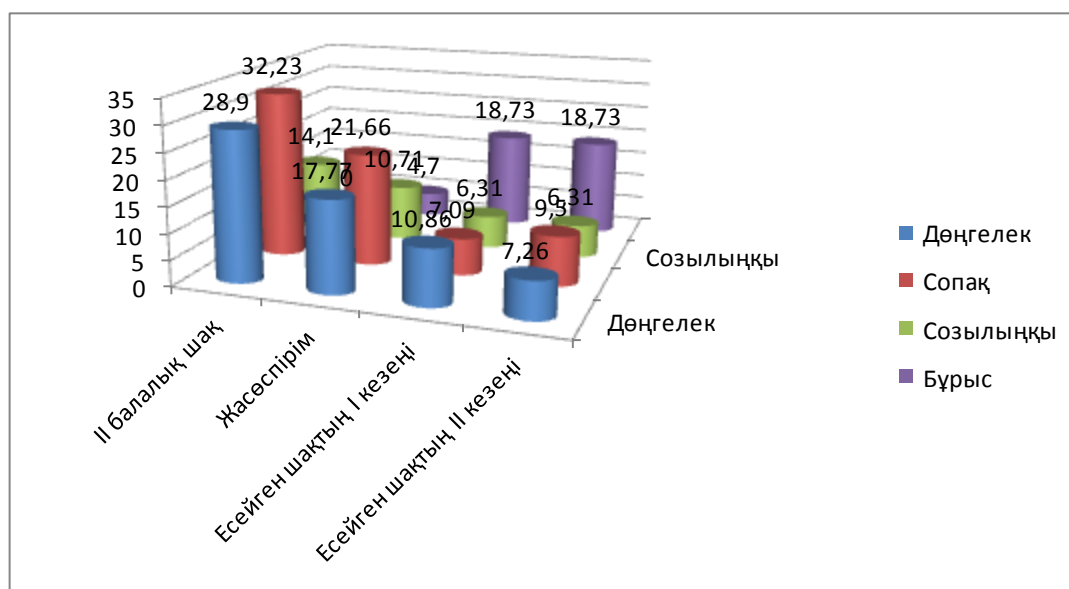
Материалдар және әдістер. ІІ балалық шақ пен егде жас аралығында несепағар мен қуықтың әртүрлі бөлімінің 87 мәйіттен алынған биологиялық препараттар.

Зерттеу нәтижелері. Біз ұзына бойлы кесіндегі зәр бөлу ағзаларының (несепағар, қуық) лимфоидты түйіншелерінің пішіндеріне сараптау жүргіздік. Пішін нұсқаларының алғашқы саны бізге толықтай зәр бөлу ағзаларындағы лимфоидты түйіншелердің әр түрлі пішіндерінің толық пайыздық қатынасын көрсетуге мүмкіндік берді.

Кесте – Әр жастағы зәр бөлу жолдарының әр пішініндегі лимфоидтық ұлпаларының % құрамы ($X \pm Sx$; min - max %)

Жасы	n	Лимфоидты түйіншелерінің пішіндерінің нұсқалары			
		Дөңгелек	Сопақ	Созылыңқы	Бұрыс
Екінші балалық шақ	5	36,24±0,85 33,44-40,56	36,32±1,04 42,40-46,10	20,14±0,75 18,54-24,20	7,30±1,34 0-10,15
Балдырған шақ	6	29,20±1,70 23,37-36,17	34,28±1,14 28,50-37,10	24,22±1,47 14,08-25,16	12,30±1,21 6,20-15,28
Кемел шақтың I - ші кезеңі	19	17,36±1,17 14,28-30,64	19,26±3,02 9,32-32,1	20,24±2,67 8,30-28,32	43,14±4,21 24,64-56,3
Егде жас	28	14,32±2,77 9,54-30,42	16,42±2,38 12,50-30,4	18,65±2,67 8,30-28,38	50,47±4,74 24,64-60,3

Мұндағы: n - бақылау саны



Сурет – Әр жастағы зәр бөлу жолдарының әр пішініндегі лимфоидтық ұлпаларының % құрамы

Сонымен, ұзына бойлы кесіндіде домалақ, сопақ, созылыңқы (таспапішінді) және бұрыс пішінді лимфоидты түйіншелер байқалады. Олардың пайыздық қатынасы жасқа байланысты өзгеріп отырады.

Зәр бөлу мүшелерінде домалақ және сопақ пішінді лимфоидты түйіншелер (түйіншелердің жалпы санының (36,24 % және 36,32 %) II балалық шақ кезеңінде басым болады да, кейін ержеткен, бойжеткен шақта олардың пайыздық қатынасы 2,03 есе, ал егде шақта 2,44 есе ($p < 0,05$) төмендейді. Жалпы алғанда, сопақ пішінді түйіндер домалақ пішіндіден бірнеше көп және олардың арасындағы айырмашылық 2-5% көлемінде құбылып отырады.

Постнатальді онтогенездің көпшілік бөлігінде созылыңқы пішінді лимфоидты түйіншелердің пайыздық жиынтығы айтарлықтай өзгермейді, тек егде жаста, балалық шақтың II кезеңімен салыстырғанда, мәнсіз көлемде төмендейді (1,08 есе, $p > 0,05$).

Бұрыс пішінді лимфоидты түйіншелер тек балалық шақтың II кезеңінде пайда болады (барлық лимфоидты түйіндердің 7,3%). Бұл көрсеткішпен салыстырғанда кемел шақтың I кезеңінде оның мәні 5,9 есе ($p < 0,05$), егде шақта 6,91 есе ($p < 0,05$) көбейеді.

Зәр бөлу ағзаларындағы әр түрлі пішінді лимфоидты түйіншелердің максималды жастық динамикасы мен жеке максималды пайыздық жиынтығы орташа арифметикалық көрсеткіштердің жастық өзгерістерін көрсетеді.

Қорытынды. Несепағар мен куықтың кілегейлі қабығында орналасқан домалақ және сопақ пішінді лимфоидты түйіншелер II балалық шақ кезеңінде басым болады да, кейін ержеткен,

бойжеткен шақта олардың пайыздық қатынасы 2,03 есе, ал егде шақта 2,44 есе төмендейді. Ал сопақ пішінді түйіншелер домалақ пішіндіден бірнеше көп және олардың арасындағы айырмашылық 2-5% көлемінде құбылып отырады.

Созылыңқы пішінді лимфоидты түйіншелердің пайыздық жиынтығы айтарлықтай өзгермейді, тек егде жаста, балалық шақтың II кезеңімен салыстырғанда, мәнсіз көлемде төмендейді. Бұрыс пішінді лимфоидты түйіншелер тек балалық шақтың II кезеңінде пайда болады Бұл көрсеткішпен салыстырғанда кемел шақтың I кезеңінде оның мәні 5,9 есе, егде шақта 6,91 есе көбейеді.

Тізім әдебиет

- 1 Досаев Т.М., Анатомия и эмбриогенез органоиммунной системы.// Алматы. 2000. – 129 б.
- 2 Галактионов В.Г. Иммунология //М.:Академия. -2004. - 520 б.
- 3 М.Р.Сапин Лимфатическая система и её роль в иммунных процессах // Морфология. - 2007. - Том 131. - № 1. - Б. 16-23.
- 4 Сапин М.Р., Кахаров З.А. Анатомия лимфоидных узлов в стенках мочевых путей человека. Урология и нефрология. -1988. - № 5 – Б. 47-49.
- 5 Бахмет А.А. Структура лимфоидных образований чашек и лоханки почки и начального отдела мочеточника. Морфология. -1993. - № 9 – Б. 46-47.
- 6 Сапин М. Р., Этинген Л.Е. Иммунная система человека. // М: Медицина. - 1996. – 341 б.

«Астана медицина университеті» АҚ, Материал поступил в редакцию 09.11.12.

Резюме

М.К. ЖАНАЛИЕВА

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО ФОРМЕ ТКАНИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕТОЧНИКОВ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ
«Медицинский университет Астана»

Округлые и овальные лимфоидные узелки расположенные в слизистой оболочке мочеточников и мочевого пузыря преобладают во II – м детском возрасте, затем их процентное соотношение уменьшается в подростковом возрасте 2,03 раза. Процентное содержание лимфоидных узелков вытянутой формы в мочевыводящих путях почти не меняется на протяжении большей части постнатального онтогенеза и лишь незначительно снижается в пожилом возрасте, по сравнению со II-м детским возрастом. Лимфоидные узелки неправильной формы появляются лишь во II-м детском возрасте.

Ключевые слова: лимфоидные образования, детский возраст, мочевыводящие пути, постнатальный онтогенез.

Abstract

M.K. ZHANALIEVA

PECULIAR FEATURES OF LYMPHOID FORMATIONS OF MUCOSAL MEMBRANE OF URETERS AND BLADDER DUE TO TISSUE FROM IN POSTNATAL ONTOGENESIS
JSC “Astana Medical University”

Round and oval lymphoid nodules, located in the mucosal membrane of ureters and bladder, prevail in the second period of childhood, then their prosentage decreases for 2.03 times. The percentage elongated lymphoid nodules in the urinary tract is almost unchanged for the most of the postnatal ontogenesis and is slightly decreased only in elderly age, compared to the second period of childhood.

Lymphoid nodules of irregular shape appear only in the second period of childhood.

Keywords: lymphoid education, children, urinary tract, postnatal ontogenesis.

УДК 616.831-005

А.С. ЖУСУПОВА, Д.С. АЛЖАНОВА, Ш.А. НУРМАНОВА, Б.Р. СЫЗДЫКОВА,
А.С. ДЖУМАХАЕВА, Б.С. АЛТАЕВА

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

В статье отражены как в мире формируется новая идеология оказания медицинской помощи больным с инсультом, основанная на принципах доказательной медицины. Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с инсультом, заключаются в проведении массовой и индивидуальной первичной профилактики, оптимизации оказания медицинской помощи в остром периоде, разработки системы индивидуальной вторичной профилактики и комплексной, этапной, мультидисциплинарной ранней и продолженной реабилитации.

Ключевые слова: стратегия, больные инсультом, ранняя и продолжительная реабилитация, вторичная и индивидуальная профилактика.

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности[1].

Заболеваемость церебральными инсультами в Республике Казахстан равна 3,7 на 1000 населения, причем в структуре неврологических заболеваний острые нарушения мозгового кровообращения составляют 52%. Показатель смертности от инсульта в Казахстане - 1,08 на 1000 населения, что составляет 26% в общей структуре смертности. Инсульт «лидирует» по причинам инвалидизации, в РК частота инвалидизации от мозгового инсульта составляет 104,6 на 100 000 населения.

Всемирная Федерация Инсульта, Европейская Организация Инсульта (ESO), Национальная ассоциация по Борьбе с Инсультом (НАБИ) указывают на необходимость единой противоинсультной программы, основанной на системном подходе, при этом главной задачей является снижение смертности путем снижения заболеваемости с разработкой алгоритмов профилактики, а также снижение летальности путем совершенствования медицинской помощи при остром инсульте с применением высоких технологий, разработкой для каждого больного, перенесшего инсульт, индивидуальной программы вторичной профилактики, систем ранней и продолженной нейрореабилитации [2]

Актуальность проблемы мозгового инсульта, занимающего второе место в структуре смертности и первое по причинам инвалидизации, определила необходимость Хельсингборской Конференцией (г. Хельсингборг, Швеция, 2006) разработать единые международные стратегии развития системы медицинской помощи при инсульте на 10 лет (2006-2015), основными целями которой являются:

1. выживание 85% больных в течение 1-го месяца;
2. 70% выживших больных через 3 месяца полностью независимы в повседневной жизни;
3. 80% выживших больных через 2 года продолжают жить;
4. повторные нарушения мозгового кровообращения через 2 года не более чем у 10% [2,3].

В настоящее время в мире формируется новая идеология оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, основными принципами которой являются:

- а) признание инсульта таким же неотложным состоянием как инфаркт миокарда или травма;
- б) экстренная госпитализация всех больных с инсультом и транзиторными ишемическими атаками в кратчайшие сроки в период т.н. «терапевтического окна», которое составляет 3 часа, в соответствии с концепцией «время – мозг»;
- в) все больные с инсультом и транзиторными ишемическими атаками должны лечиться в специализированных мультидисциплинарных отделениях, т.н. «инсультных центрах», что достоверно снижает риск смертности на 20% и риск инвалидизации на 30% (класс 1, уровень А) [2,3,4].

Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи больным с инсультом начинаются с организации отлаженной, комплексной и системной *первичной профилактики ОНМК*, включающей в себя диспансеризацию, применение компьютерных программ оценки степени риска и разработки индивидуальной профилактики, скрининговые исследования, контроль артериального давления,

экспресс тесты (глюкоза крови, холестерин, ультразвуковые исследования магистральных артерий), выявление и наблюдение за группами риска.

Кроме того, большое значение приобретает т.н. «массовая стратегия» первичной профилактики инсульта с привлечением средств массовой информации, включающая в себя формирование и пропаганду здорового образа жизни, создание образовательных программ для населения и для медиков, с целью ознакомления с первыми признаками нарушения мозгового кровообращения, принципами оказания помощи больным при инсульте, характером неотложных действий на догоспитальном этапе. Население должно быть осведомлено об основных факторах риска и методах профилактики ОНМК.

Совершенствование системы медицинской помощи при острой сосудистой патологии включает в себя следующие мероприятия:

1 Оптимизация работы скорой медицинской помощи:

-укрепление материально-технической базы (реанимобили, средства санитарной авиации);

-обучение и повышение квалификации медицинских работников. Специалист скорой и неотложной помощи обязан заподозрить инсульт по первым признакам, точно определить время начала заболевания с выяснением всех обстоятельств случившегося с привлечением очевидцев, провести неотложные лечебные мероприятия в соответствии со стандартами оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе и в экстренном порядке госпитализировать пациента в ближайший инсультный центр (класс III, уровень B).

2 Совершенствование диагностики инсульта, включающее в себя повсеместное обеспечение отделений, оказывающих медицинскую помощь больным с ОНМК аппаратами нейровизуализационной диагностики (КТ, МРТ), аппаратами ультразвуковой диагностики, условиями для качественной и своевременной лабораторной диагностики доступные в круглосуточном режиме 7 дней в неделю.

Необходимо совершенствовать систему подготовки медицинских кадров, готовить и повышать квалификацию специалистов лучевой и ультразвуковой диагностики, проводить циклы усовершенствования по вопросам нейровизуализационной диагностики острых сосудистых поражений головного мозга

3 Оптимизация лечения больных с инсультом в остром периоде:

-внедрение *высокотехнологичных методов* лечения (внутривенный и внутриартериальный тромболитис, реконструктивные нейроангиохирургические операции на магистральных сосудах, включая эндоваскулярные вмешательства, операции на аневризмах и артерио-венозных мальформациях и др.)

-внедрение системы *ранней нейрореабилитации*, основанной на принципах мультидисциплинарности, комплексности, этапности с использованием роботизированных реабилитационных технологий.

-внедрение методов *индивидуализированной вторичной профилактики* в остром периоде с оценкой риска повторного инсульта, составлением плана наиболее рационального ведения больного после выписки из стационара и обсуждением его с больным и родственниками, подбором базисной терапии, проведением тематических лекций, т.н. «Школ инсульта» для пациентов, перенесших инсульт и их родственников.

4 Индикация качества оказания медицинской помощи больным.

Безусловно, важное значение имеет сбор и статический анализ данных с формированием национального регистра инсульта, что позволит проводить эпидемиологический мониторинг, эффективно управлять и контролировать качество оказания медицинской помощи в рамках конкретного инсультного центра и в республиканских масштабах.

5 *Подготовка и переподготовка медицинских кадров.* Совершенствование системы медицинской помощи при остром инсульте невозможно без адекватной подготовки и повышения квалификации медицинского персонала. Необходимо поэтапное обучение неврологов, реаниматологов, нейрохирургов вопросам интенсивной терапии и реанимации при ОНМК, новым технологиям диагностики, лечения и профилактики инсультов.

Важное значение уделяется подготовке и повышению квалификации кадров мультидисциплинарной реабилитации: нейрореабилитологи, кинезиотерапевты, логопеды, физиотерапевты, психотерапевты, диетологи, социальные работники, массажисты, инструкторы ЛФК, реабилитационные медсестры.

По окончании острого периода инсульта и выписки пациента из инсультного центра необходима комплексная, этапная, мультидисциплинарная продолженная нейрореабилитация. Она включает в

себя дальнейшее лечение в отделении любой медицинской организации данной области или города, районного центра, санатория, профилактория для продолженной реабилитации.

В последующем пациенту перенесшему инсульт показаны амбулаторная реабилитация, лечение в специальных реабилитационных санаториях и реабилитационных центрах, а также реабилитация на дому.

Амбулаторная реабилитация предполагает лечение и наблюдение пациента в условиях реабилитационных отделений и кабинетов поликлиник в форме дневного стационара. В реабилитационных санаториях должны получать восстановительное лечение пациенты, обслуживающие себя и самостоятельно передвигающиеся. В реабилитации на дому нуждаются больные, не способные к самостоятельному обслуживанию и передвижению. Занятия на дому должны включать в себя упражнения с методистами ЛФК, логопедом, эрготерапевтом с обязательным обучением родственников основным принципам и методам нейрореабилитации.

Наиболее эффективны и соответственно обоснованы активные реабилитационные мероприятия в течение первого года после перенесенного инсульта.

На этапах раннего, позднего восстановительного периодов, а также в период стойких остаточных явлений перенесенного ОНМК безусловную актуальность имеет вторичная профилактика инсульта. План индивидуальной вторичной профилактики должен быть разработан еще в период пребывания больного в инсультном центре, т.е. в остром периоде ОНМК. Дальнейшее диспансерное наблюдение и контроль адекватности и эффективности мероприятий по вторичной профилактике необходимо контролировать в амбулаторных условиях неврологам, терапевтам, кардиологам, врачам общей практики и другим специалистам первичной медико-санитарной помощи.

В связи с этим огромную роль выделяют обучению специалистов поликлинического уровня терапевтического профиля. Для медицинских работников этого звена необходимо знать принципы и алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе, а так же вопросы первичной и вторичной профилактики, владеть методами амбулаторной реабилитации.

В Государственной Программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы одной из программных целей является укрепление здоровья казахстанцев путем достижения согласованности усилий всего общества в вопросах охраны здоровья. В перечень целевых индикаторов Программы включено увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения к 2015 году – до 70 лет, а также снижение общей смертности к 2015 году – до 7,62 на 1000 населения. В связи с высокой распространенностью болезнью системы кровообращения одними из основных путей достижения поставленных целей являются усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний.

Руководством и специалистами министерства здравоохранения РК изучен опыт создания инсультных центров в России и Европе, и в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» для совершенствования организации медицинской помощи больным с ОНМК предложен проект создания «инсультных центров» в Республике Казахстан.

Основным документом, регламентирующим организацию деятельности инсультных центров является Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №382 от 09.06.2011 г.

Согласно приказу региональный инсультный центр создается на базе республиканских и многопрофильных организаций здравоохранения областей и городов Астаны и Алматы, оказывающих стационарную помощь, с учетом численности населения из рекомендуемого расчета 30 коек на 250 тысяч населения с учетом географической доступности в период «терапевтического окна» и при условии наличия в нем круглосуточно функционирующих отделений:

- а) лучевой диагностики с наличием компьютерной томографии или магниторезонансной томографии;
- б) функциональной и ультразвуковой диагностики;
- в) лабораторной диагностики;
- г) нейрохирургии с операционной для проведения экстренных операций больным с ОНМК.

В состав инсультного центра входят блок интенсивной терапии и реанимации, и отделение ранней реабилитации с мультидисциплинарной бригадой в составе врачей и инструкторов лечебной физкультуры, физиотерапевты, логопед, психотерапевт.

Инсультный центр предназначен для оказания медицинской помощи больным с инсультом согласно международным стандартам с целью максимального восстановления функций организма после перенесенного инсульта и предупреждения повторных инсультов.

Все больные с подозрением на инсульт должны быть госпитализированы в экстренном порядке в инсультные центры. Оказание медицинской помощи больным с инсультом осуществляется поэтапно:

- а) догоспитальный этап - срочная транспортировка в течение 40 минут – 3 часов;
- б) госпитальный этап, включающий лечение в блоке интенсивной терапии (от 24 часов до 5 дней) и в отделении ранней реабилитации (16-18 дней) инсультного центра;
- в) этап продолженной реабилитации (18-20 дней) – восстановительное лечение по мультидисциплинарному принципу в реабилитационных отделениях или в центрах восстановительной медицины и реабилитации, созданных на базе медицинских организаций региона;
- г) этап поздней реабилитации – по показаниям долечивание в амбулаторно-поликлинических условиях (стационарзамещающая помощь) в первые 2 года после инсульта;
- д) этап диспансерного наблюдения (через 2 года после инсульта) - вторичная профилактика инсульта у больных со стойкими остаточными явлениями перенесенного инсульта на амбулаторно-поликлиническом уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Инсульт: диагностика, лечение, профилактика /Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова.-М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 288 с.
- 2 Хасанова Д.Р., Данилов В.И. и др. Инсульт Современные подходы диагностики, лечения и профилактики.–Казань: Алматы, 2010. – 87 с.
- 3 Острый инсульт/Под редакцией чл.-кор. РАМН В.И. Скворцовой. -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с.
- 4 Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO) и Авторский комитет ESO, 2008.

РГП «Медицинский центр Управления Делами Президента РК», г. Астана

АО «Медицинский университет Астана»

АО «Национальный научный медицинский центр», г. Астана. Материал поступил в редакцию 18.10.12.

Түйін

А.С. ЖҮСІПОВА, Д.С. АЛЬЖАНОВА, Ш.А. НҮРМАНОВА, Б.Р. СЫЗДЫҚОВА,

А.С. ЖҰМАХАЕВА, Б.С. АЛТАЕВА

МИ ИНСУЛЬТІНЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ЗАМАНАУИ СТРАТЕГИЯСЫ

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасының Медициналық орталығы

«Астана медицина университеті» АҚ

«Ұлттық ғылыми медициналық орталық», Астана қ.

Бүгінгі күнде әлемде дәлелдік медицина қағидаларына негізделген, ми инсультіне шалдыққан науқастарға медициналық көмек көрсетудің жаңа идеологиясы қалыптасуда. Инсультке шалдыққан науқастарға көрсетілетін медициналық жәрдемді жетілдіру шаралары бастапқы профилактиканы жаппай және жеке өткізуді, инсульттің ауыр жағдайында медициналық жәрдем көрсетуді оңтайландыруды, екінші жеке профилактиканың жүйесін әзірлеуді және кешенді, кезендік, бірнеше дисциплинарлық, ерте және ұзақ оңалтуды қамтиды.

Ключевые слова: стратегия, инсультке шалдыққандар, ерте және ұзақ оңалту, қайталама және жеке профилактика.

Abstract

A.S. ZHUSSUPOVA, D.S. ALZHANOVA, SH.A. NURMANOVA, B.R. SYZDYKOVA,
A.S. DZHUMAKHAYEVA, B.S. ALTAYEVA

CARE STRATEGY FOR PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE

Medical Center of Presidents affairs Administration of the Republic of Kazakhstan, Astana

JSC “Astana Medical University”

JSC “National research medical center”

Currently a new ideology to assist patients with stroke based on the principles of evidence-based medicine is formed. Measures to improve care for patients with stroke are to mass and individual primary prevention, optimization of medical assistance in the acute period, development of the system of individual secondary prevention and integrated, phased, multi-disciplinary early and continued rehabilitation.

Keywords: strategy, stroke patients, early and prolonged rehabilitation, secondary and individual prevention.

УДК 617-089

А.И. ИСКАКОВ, А.К. БЕГАЛИН, Р.С. АЙТБАЕВ, Е.К. ШИЛЬДЕБАЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЦЕЛЕ

В статье приводятся результаты оперативного лечения 27 пациентов с разным типом варикоцеле II-III степени методом субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомией. Анализ показал, что данная методика является эффективным и безопасным способом оперативного лечения варикоцеле.

Ключевые слова: варикоцеле, лечение, микрохирургический метод.

Введение. Варикоцеле - расширение и варикозное изменение вен гроздевидного сплетения, располагающегося вокруг яичка [1].

Длительный застой венозной крови ведет к ишемии, развитию склеротических изменений в яичке, нарушению дифференцировки сперматогенного эпителия и повреждению гематотестикулярный барьер. В дальнейшем развивается аутоиммунная агрессия, которая проявляется снижением общего сперматогенеза, и зачастую приводит к нарушению подвижности сперматозоидов, снижению функций яичка и сопровождается высокой частотой бесплодия или ранним «мужским климаксом», вплоть до атрофии яичка [2]. Считается что около 50% случаев мужского бесплодия обусловлено наличием варикоцеле (35% первичного бесплодия и более 80% вторичного) [3].

Основной принцип хирургического лечения варикоцеле заключается в прекращении тока крови по внутренней семенной вене и ее ветвям (коллатералям), а также в устранении застоя крови в расширенных венах мошонки. При этом важно сохранять внутреннюю семенную артерию и лимфатические сосуды яичка [4,5].

Цель исследования - оценить эффективность оперативного лечения варикоцеле методом субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомией.

Материалы и методы. Пролечено 27 пациентов с варикоцеле II-III степени, возраст которых колебался от 16 до 32 лет, из них 7 пациентов были с рецидивным варикоцеле, из них оперированные ранее методом Иванисевича 5 пациентов, лапароскопическим методом 2 пациента.

Для подтверждения диагноза пациентам проводилось комплексное урологическое обследование: пальпация гроздьевидного (лозовидного) сплетения, УЗИ органов мошонки с доплерографией (лежа и стоя), в некоторых случаях исследование уровня половых гормонов крови, проба Вальсальвы. При этом на УЗИ определялся ретроградный кровоток, подтверждающий диагноз варикоцеле. Степень выраженности заболевания определяли на основании спермограммы.

Всем пациентам была выполнена субингвинальная микрохирургическая варикоцелэктомия. Операция выполняется из небольшого разреза (2,5-3см) в области проекции наружного пахового кольца (место выхода семенного канатика), отступая на 1 см от основания полового члена, с помощью увеличительных очков (увеличение в 2,5– 3,5 раза). После рассечения кожи и подкожной клетчатки находили семенной канатик и перевязывали его вены. Отток крови от яичка в дальнейшем реализуется через систему поверхностных вен.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у 7,4% (у 2-х) пациентов отмечались явления орхита, которые нивелировались на 5-6 сутки после назначения противовоспалительного лечения, суспензория, физиотерапии. В остальных случаях пациенты были активными уже в 1-е сутки, выписывались на амбулаторное лечение на 3-и сутки с соблюдением домашнего режима до 7-10 суток, швы снимались на 7-е сутки, ограничение физических нагрузок до 1 месяца. Тогда как необходимость эндотрахеального обезболивания в ходе ранее проводимых

операций, увеличивала сроки реабилитации и расходы больных на лечение. Наблюдение в катамнезе в течение года показало отсутствие у наблюдавшихся больных рецидивов.

Выводы: Таким образом, анализ результатов лечения показал, что микрохирургическая техника варикоцелэктомии является эффективным, безопасным и экономичным способом оперативного лечения варикоцеле.

Его безопасность обусловлена малой инвазивностью по сравнению с остальными методами, а эффективность – наименьшим числом осложнений. В ходе операции не травмировались и сохранялись лимфатические протоки, что позволило избежать риска возникновения гидроцеле после операции. Зона выполнения лигирования вен семенного канатика была максимально приближена к яичку, что снизило риск возникновения рецидивов заболевания. Кроме того, данный способ лечения варикоцеле следует считать методом выбора в лечении рецидивов заболевания после лапароскопической варикоцелэктомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Камалов А.А., Адамян Р.Т., Верзин А.В. и др. Микрохирургические тестикуло-нижнеэпигастральные анастомозы в лечении варикоцеле// Трудный пациент.- 2006. - Т.4. № 8-1. - С. 9-12.

2 Оликов О.М., Луценко В.А., Яценко О.К., Евдокимов В.И., Харитонов А.А. Динамика показателей фертильности после микрохирургического лечения варикоцеле.// Андрология и генитальная хирургия. - 2009. - С. 141.

3 Латышев А.В., Давыдов А.А., Чепуров Д.А., Тажетдинов О.Х Сравнительная оценка лапароскопического клипирования яичковой вены и операции Мармара при варикоцеле.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2009. - № 2. - С. 10-12.

4 Лаврешин П.М., Панченко И.А. Оптимальный выбор хирургического лечения варикоцеле.//Андрология и генитальная хирургия.- 2008. - № 1. - С. 23-26.

5 Муслимов Ш., Богданов А., Дадашев Э. Варикоцеле: результаты применения разных методов лечения.// Врач. - 2011. - № 11. - С. 56-60.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 17.10.12.

Түйін

А.И. ЫСҚАҚОВ, А.К. БЕГАЛИН, Р.С. АЙТБАЕВ, Е.К. ШІЛДЕБАЕВ

ВАРИКОЦЕЛЕМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ МИКРОХИРУРГИЯЛЫҚ
ӘДІСТІ ҚОЛДАНУ

ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Мақалада субингвинальді микрохирургиялық варикоцелэктомия әдісімен II-III дәрежелі варикоцеленің әртүрлі түрімен ауыратын 27 емделушіні шұғыл емдеу нәтижелері келтірілген. Емдеу нәтижелерінің талдауы, варикоцелэктомияның микрохирургиялық техникасы варикоцелені шұғыл емдеудің тиімді және қауіпсіз тәсілі болып табылатындығын көрсетті.

Кілтті сөздер: варикоцелэктомия, микрохирургиялық

Abstract

A.I. ISKAKOV, A.K.BEGALIN, R.S.AITBAYEV, YE.K.SHILDEBAYEV

MICROSURGICAL METHOD AT THE TREATMENT OF PATIENTS WITH VARICOCELE

Central clinical hospital of MCPAA RK, Almaty city

The paper presents the results of surgical treatment of 27 patients with different types of varicocele II-III degree by subingvinalnoy microsurgical varicocelectomy. Analysis of treatment showed that microsurgical varicocelectomy technique is an effective and safe method of surgical treatment of varicocele.

Keywords: varicocele treatment microsurgical technique

УДК 616.13-089

К.Р. КАРИБАЕВ, Д.И. МАХАНОВ

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

В статье описаны результаты проведенного ретроспективного исследования 34 больных, перенесших стентирование коронарных артерий. Выявлено улучшение сократительной способности миокарда, проявлявшееся в тенденции увеличению фракции выброса левого желудочка спустя 1 месяц после инвазивного вмешательства.

Ключевые слова: стентирование коронарных артерий, систолическая функция левого желудочка

Введение. В последние десятилетия широкое распространение получила методика стентирования коронарных артерий, позволяющая значительно улучшить качество жизни у больных со стабильной стенокардией. В то же время, несмотря на применение современных стентов, нет существенной разницы в, так называемых, конечных точках, включающих развитие инфарктов миокарда и внезапной смерти, в сравнении с оптимальной медикаментозной терапией данной категории больных [1]. По данным различных авторов [2], у больных с острым коронарным синдромом своевременное инвазивное вмешательство позволяет снизить частоту серьезных осложнений. Одним из показаний для проведения стентирования является снижение сократительной способности миокарда [3]. Довольно много работ, указывающих на улучшение функции левого желудочка, после восстановления кровотока [4].

Целью исследования явилось изучение систолической функции левого желудочка после проведения стентирования в зависимости от числа гемодинамически значимых поражений коронарных артерий.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 34 историй болезней и результатов повторных эхокардиографических (ЭХОКГ) исследований пациентов, поступивших в ЦКБ МЦ УДП РК г.Алматы с диагнозом нестабильной стенокардией. Для анализа были выбраны пациенты с исходно сниженной сократительной функцией левого желудочка (ЛЖ), перенесших операцию стентирования коронарных артерий. У всех включенных в исследование имелись рубцовые изменения на ЭКГ в результате перенесенного инфаркта миокарда, подтвержденные методом ЭХОКГ. Средний возраст составил $61,7 \pm 10,6$ лет, из них 32 мужчины, 2 женщины. В комплекс исследования включались общепринятые методы. Для определения сократительной функции миокарда проводилось ЭХОКГ на аппарате Vivid-I (Израиль). Рассчитывались следующие показатели: конечно-диастолический размер (КДР, см) ЛЖ, конечно-систолический размер (КСР, см) ЛЖ, конечно-диастолический объем (КДО, мл) ЛЖ, конечно-систолический объем (КСО, мл) ЛЖ, фракция выброса (ФВ, %), фракция сократимости (ΔS , %), ударный объем (УОК, мл) и минутный объем (МО, л/мин). Всем больным проведена коронарография, по результатам, которой, проводниковая реканализация с баллонной ангиопластикой и стентированием выполнена у 6 пациентов, баллонная ангиопластика со стентированием – у 28. 9 пациентам проведена имплантация 2 стентов, у остальных - один - в симптом-связанную артерию. Во всех случаях достигнут хороший результат. Восстановление кровотока соответствует ТИМІ ІІІ. Через 7-8 дней после интервенционного вмешательства проведено промежуточное ЭХОКГ исследование. Повторное обследование выполнено спустя $30,5 \pm 4,2$ дня.

Результаты и обсуждение. Наиболее значимой артерией как симптом-зависимой явилась передняя межжелудочковая в 52% случаев, правая КА в 28% и в 20% – огибающая артерия. После имплантации стентов у 98% больных приступы стенокардии не возобновлялись. Большинство пациентов отмечали значительное улучшение общего самочувствия в первые часы после процедуры. В 2% случаев, наблюдались кратковременные боли за грудиной, прекратившиеся в течение первых 2 суток. Тяжелых осложнений, таких как инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца не наблюдалось.

Результаты анализа показателей системной гемодинамики у больных нестабильной стенокардией по данным ЭХОКГ исследования представлены в таблице.

Таблица - Показатели системной гемодинамики у больных нестабильной стенокардией по данным ЭХОКГ исследования

Показатель	Исходные (n-34)	Через 7 дней (n-34)	Через 1 месяц (n-26)
КДР, см	5,3±0,2	5,4±0,3	5,2±0,2
КСР, см	3,9±0,3*	3,2±0,3	3,1±0,2
dS, %	21,4±1,4*	26,7±1,5	31,4±1,3
КДО, см ³	135,3±8,7	141,3±7,2	129,5±5,7
КСО, см ³	65,9±5,2	63,0±2,6	59,9±2,2
ФВ ЛЖ, %	51,3±4,1	54,0±4,3	59,7±3,5
УОК, мл	54,4±7,7	65,4±96,7	70,6±9,0
МОК, л/мин	5,00±0,37**	7,53±0,55	6,78±0,43

Примечание * - различия со сравниваемыми группами достоверны, * - p<0,05; ** - p<0,01.

Как видно из представленных данных, достоверно повысилась фракция сократимости сердца (p<0,5), снизился конечно-систолический размер (p<0,05) и увеличился МОК (p<0,01). Повысились значения ФВ и УОК, но изменения были недостоверными. Как известно, нарушения сократительной способности миокарда ЛЖ у больных ИБС и перенесенным инфарктом миокарда с зубцом Q выявляется у большинства больных. Это связано с наличием зон акинезии и гипокинезии [5]. Кроме того, выраженность нарушений сократительной способности миокарда зависит от степени, числа пораженных коронарных артерий, наличия аневризм [6].

Во многих работах указывается на благоприятные изменения, которые происходят после реканализации коронарных артерий [7]. Наиболее частыми изменениями являются повышение ФВ. Объяснения этому факту находятся на поверхности. В результате улучшения перфузии миокарда, в ранее ишемизированных участках, происходит улучшение или полное восстановление сократительной способности миокарда левого желудочка.

Таким образом, стентирование является эффективным способом повышения сократительной способности левого желудочка у больных, перенесших инфаркт миокарда, и с умеренно сниженной фракцией выброса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Topol E. Intensive statin therapy. A sea change in cardiovascular prevention// N.Eng.J.Med.2004;V.350; 365-67.
 - 2 Крыжановский В.А., Пуэре Э.Р. Первичная ангиопластика у больных инфарктом миокарда//Кардиология 1999. -6:66-77.
 - 3 Кипиани Р.В. Возможности профилактики прогрессирования атеросклероза у больных ИБС после стентирования коронарных артерий//Автореф.дисс.к.м.н.- 2009. -117 с.
 - 4 Квоков А.Л., Захаров И.В., Стаферов А.В. Анализ эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях у больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка//Четвертая ежегодная сессия НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева (тезисы).- М.- 2000. - С. 23-25.
 - 5 Комаров А.А., Шахматова О.О., Илющенко Т.А. и др. Факторы, определяющие прогноз у больных со стабильной формой ишемической болезни сердца (по результатам пятилетнего проспективного наблюдения)// Кардиология. - 2012. - № 1. - С.14.
 - 6 Qureshi M.A., Safian R.D., Grines C.L. et al. Simplified Scoring system for predicting mortality after percutaneous coronary intervention. JACC 2003;42:1890-1895.
 - 7 Газарян Г.С., Захаров И.В., Мамаян И.С., Голиков А.П. Эффективность ранней инвазивной стратегии лечения при впервые возникшей стенокардии. // Кардиология.- 2011. - № 9. – С. 13-16.
- Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы. Материал поступил в редакцию 18.10.12.

Түйін

Қ.Р. КӘРІБАЕВ, Д.Ү. МАХАНОВ

КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИЯЛАРЫН СТЕНТТЕУ ОПЕРАЦИЯСЫ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ
МИОКАРДЫ ЖИЫРЫЛУЫ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ
ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Коронарлық артерияларды стенттеу операциясы жасалған 34 науқас сырқатнамасына ретроспективті зерттеу жүргізілді. Инвазивті операциядан 1 ай өткеннен кейін миокардтың жиырылу қабілеті жақсарғаны анықталды, ол сол жақ қарыншаның шығындылары фракциясының ұлғаюымен белгіленді.

Кілтті сөздер: коронарлық артерияларды стенттеу, сол жақ қарыншаның систолалық қызметі

Abstract

K.R. KARIBAEV, D.I. MAKHANOV

DYNAMICS OF INDICES OF MYOCARDIAL CONTRACTILITY IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY STENTING

Central clinical hospital of PAA RK, Almaty city

A retrospective study of 34 medical records of patients who underwent coronary stenting. An improvement of myocardial contractility, manifested in the tendency of increase in left ventricular ejection fraction, 1 month after the invasive procedure.

Keywords: coronary artery stenting, left ventricular systolic function

УДК 616.012.03:616.07:616.699

P 68

Б. КАМАЛИЕВА, Г.Ж. АБИЛЬДИНОВА, М.Ф. БАЯНОВА, А.В. БОРОВИКОВА, А.П. ВИБЕ

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

В статье отражены результаты комплексного генетического исследования, позволяющие установить генетическую причину бесплодия в браке, оценить ее частоту, степень тяжести и значение для конкретной супружеской пары и ее потомства, избежать необоснованного лечения и прогнозировать вероятность получения сперматозоидов для проведения ЭКО или ИКСИ.

Ключевые слова: мужское бесплодие, Y хромосома, AZF локус, числовые и структурные аномалии, микроделеции.

Введение. В настоящее время бесплодием страдают около 10-15% супружеских пар, при этом примерно 50% случаев обусловлено нарушением репродуктивной функции со стороны мужчины, в 20% - нарушением репродуктивной функции обоих супругов [1,2]. Примерно у 32% мужчин идиопатическое бесплодие обусловлено генетическими факторами, частота их встречаемости коррелирует с тяжестью репродуктивной патологии [3,4].

Одним из генетических факторов являются хромосомные аномалии (числовые и структурные), микроструктурные перестройки и генные мутации приводящие к нарушению детерминации пола, гормональной дисрегуляции, нарушению сперматогенеза.

Мутации генов, контролирующих этапы сперматогенеза, могут приводить к нарушению подвижности, морфологических и фертильных свойств сперматозоидов, блоку сперматогенеза, проявляясь в диапазоне от легкого снижения сперматогенной активности до полного отсутствия половых клеток в семенных канальцах (синдром "только клетки Сертоли») [5].

Одна из причин мужского бесплодия - обструктивная азооспермия, которая является следствием одностороннего или двустороннего врожденного отсутствия семявыносящих протоков. Нередко у пациентов с данным диагнозом обнаруживается мутация в одной, либо в обеих копиях гена муковисцидоза (CFTR - cystic fibrosis transmembrane conductase), локализованного на хромосоме 7 (q31.2) [6,7].

Микроделеции локуса AZF (Azoospermia Factor, фактор азооспермии) расположенного на длинном плече хромосомы Y (q11) обнаруживаются в среднем в 10-15% случаев при азооспермии и в 5-10% случаев при олигозооспермии тяжелой степени, что является одной из причин нарушения сперматогенеза [8,9].

В хромосоме Y выделены три неперекрывающихся субрегиона: AZFa, AZFb и AZFc. Гены - кандидаты AZFa-субрегиона представлены единственной копией, поэтому, даже точковые мутации могут вызывать нарушения сперматогенеза и приводить к бесплодию мужчин. Тогда как гены,

субрегионов AZFb и AZFc содержат по три десятка генов, многие из которых представлены в двух и более копиях [12,13]. Наиболее частым типом полных AZF делеций являются AZFc делеций, доля которых составляет 65-70% от всех полных AZF делеций. Второе место по частоте встречаемости 15-20% занимают делеции, захватывающие регионы AZFc и/или AZFb (AZFb+c). Наиболее редко 5-10% выявляют делеции AZFa региона. В редких случаях обнаруживают другие типы AZF делеций, например, AZF a+b и AZF a+b+c. В большинстве случаев микроделеции являются мутациями de novo, но имеются сведения об единичных случаях наследования после экстракорпорального оплодотворения [14].

Цель исследования: оценить роль генетических факторов у мужчин с идиопатическим бесплодием.

Материал и методы: материалом исследования явилась периферическая кровь 197 мужчин с бесплодием, обратившихся за медико-генетическим консультированием. Проведено комплексное генетическое исследование (цитогенетическое и молекулярно-генетическое).

Для проведения цитогенетических исследований использовали гепаринизированную, венозную кровь пациентов. Препараты хромосом получали из лимфоцитов периферической крови по стандартной методике: 1,5 мл сыворотки крупного рогатого скота, 6 мл –RPMI 1640 + стерильный L-глутамин, 0,15 мл фитогемагглютинаина, 0,5 мл периферической крови, раствор 10 γ колхицина, гипотонический раствор, охлажденный раствор фиксатора - этаноловый спирт и ледяная уксусная кислота в соотношении 3:1. Препараты окрашивали GTG-методом. Результаты цитогенетического исследования приведены согласно Международной системе номенклатуры цитогенетики человека [15].

Для проведения молекулярно-генетического исследования мутаций в локусе AZF хромосомы Y и определение носительства мутаций в гене (CFTR) муковисцидоза из периферической крови была выделена геномная ДНК (набором «Promega», USA). Высокая специфичность метода мультиплексной ПЦР задается нуклеотидной последовательностью праймеров и специально отработываемыми при создании ПЦР-тест-системы условиями их присоединения к строго специфическому для данного фрагмента ДНК (мишени). По отсутствию в реакционной смеси специфического фрагмента ДНК делали заключение в исследуемом материале о делеции определенного участка. В основе метода лежит амплификация специфического участка за счет многократного повторения циклов денатурации ДНК в исследуемой пробе, отжига специфических олигонуклеотидных затравок (праймеров), которые рассчитаны таким образом, что фрагменты ДНК, амплифицируемые в ходе ПЦР, имеют различную длину: 129 - 600 пар нуклеотидов для микроделеции локуса AZF и 66-212 пар нуклеотидов для муковисцидоза, так же зонда, меченного флуоресцентным красителем и синтеза цепей ДНК с помощью фермента Taq- полимеразы. Набор праймеров использованных при амплификации позволял исследовать 9 STS-маркеров, специфичных для AZF-локусов: 1) для субрегиона AZFa: sY86; sY84; sY615; 2) для субрегиона AZFb: sY127, sY134; 3) для субрегиона AZFc : sY254, sY255; 4) SRY; 5) ZFY.

ПЦР проводили на программируемом термоциклере TP4-ПЦР-01 (ДНК-технология). Состав ПЦР смеси: ПЦР буфер-5,0 мкл, dNTPs-12,5мкл, праймеры-1,0 мкл, Taq-полимераза-0,2 мкл, H₂O-14,3 мкл, ДНК-2,0 мкл, контрольная ДНК-2,0 мкл. Общее количество смеси -25 мкл. Программа ПЦР проводилась в следующем режиме: 95°- 5 мин; 94°- 45 сек, 65°- 45 сек, 72°- 45 сек - 30 циклов; 72°-7 мин. Набор праймеров использованных при амплификации, позволял анализировать 11 частых мутации в гене CFTR: del 21 kb, Δ F508, Δ I507, 1677delTA, 2143delT, 2184insA, 394delTT, 3821delT, L 138ins, 604insA, 3944delTG.

ПЦР проводили на программируемом термоциклере TP4-ПЦР-01 (ДНК-технология). Состав ПЦР смеси: ПЦР буфер-7,5 мкл, dNTPs-2,5мкл, праймеры-1,0 мкл, Taq-полимераза-0,3 мкл, H₂O-11,7 мкл, ДНК-2,0 мкл, контрольная ДНК-2,0 мкл. Общее количество смеси -25 мкл. Программа ПЦР проводилась в следующем режиме: 95°- 5 мин; 94°- 2 сек, 62°- 2 сек, 72°- 2 сек - 30 циклов; 72°-7 мин. Результаты амплификации оценивали методом электрофареза в 7% полиакриламидном геле.

Результаты и обсуждение. При проведении цитогенетического исследования лимфоцитов периферической крови 197 пациентам, у 168 (85%) мужчин был выявлен нормальный кариотип - 46,XY, тогда как у 29 (15%) пациентов обнаружены хромосомные патологии. Анализ кариологического исследования показал, что среди aberrаций преобладают числовые хромосомные нарушения, так в 22(75%) случаях диагностирован синдром Клайнфельтера - 47,XXY (Рис. 1); дисомия Y хромосомы - 47,XYX –в трех случаях (10%); и в четырех случаях (15%) выявлены следующие структурные хромосомные патологии - робертсоновская транслокация 45,XY, der

(14;15)(q10;q10); перичентрическая инверсия 9 хромосомы 46,XY, inv(9)(p11q13) (Рис. 2); транслокации: 46,XY,t(X;21)(q21;q12); 46,X,t(Y;1)(q12;q21.1).

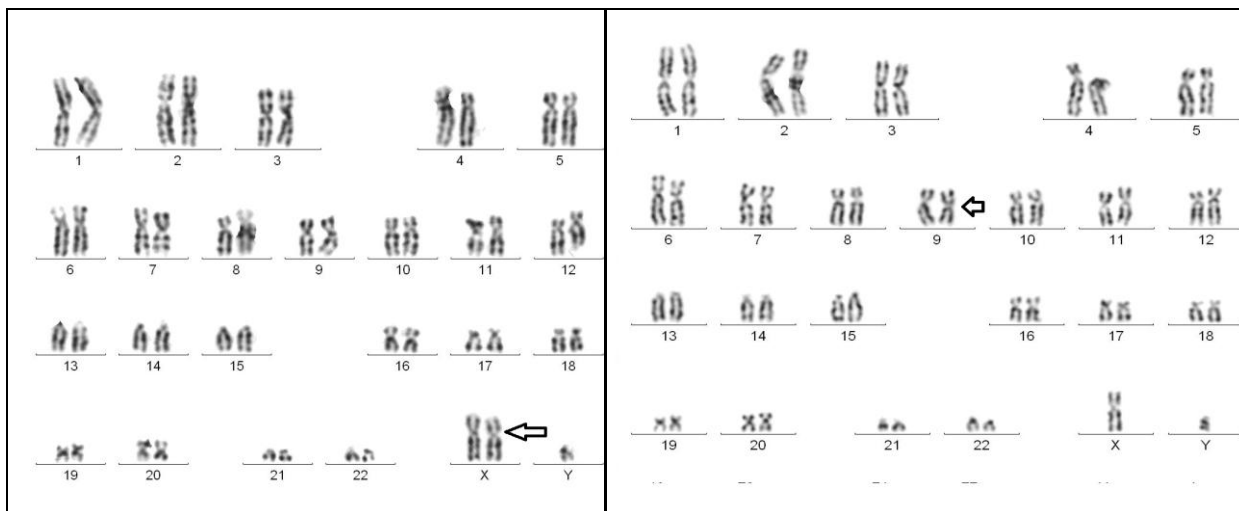


Рисунок 1 - Кариотип мужчины 1983 г.р. с числовым хромосомным нарушением - синдром Клайнфельтера - 47,XXY.

Рисунок 2 - Кариотип мужчины 1975 г.р. со структурным хромосомным нарушением - перичентрическая инверсия 9 хромосомы - 46,XY,inv(9)(p11q13).

Молекулярно-генетические исследования микроделеции Y хромосомы были проведены 91 (45%) мужчинам с патозооспермией с нормальным кариотипом – 46,XY. Микроделеции Y хромосомы обнаружены у 11 пациентов, что составило 14%. Были выявлены делеции AZF локусов: AZF a- 10%, AZF b- 10 %, AZF a+b- 10%, AZF b+c- 10% (Рис.3), AZF c - 60% .

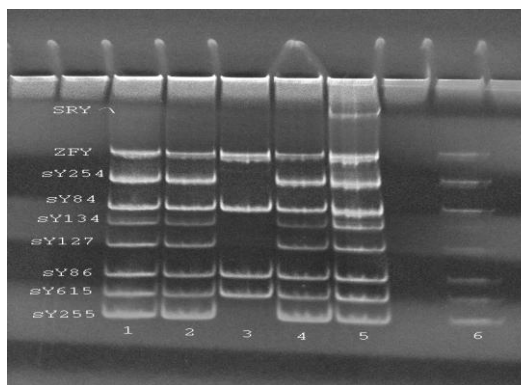


Рисунок 3 - Электрофореграмма результатов амплификации: микроделеция Y хромосомы локуса AZF b+c, дорожки 1,2,4 - образец ДНК пациента, дорожка 3 - образец ДНК пациента с делецией локусов sY254, sY134, sY127 и sY255 (AZFb и AZFc), дорожка 5 - контрольные образцы без делеций, дорожка 6 - маркер молекулярного веса λ/Pst I.

При исследовании 17 образцов ДНК молекулярно-генетическим методом 11 мутации в гене CFTR патологии не выявлено.

Заключение. Таким образом, полученные результаты показали, что генетические исследования числовых и структурных хромосомных аномалии и микроделеции Y хромосомы позволяют установить генетическую причину бесплодия в браке, оценить ее частоту, степень тяжести и значение для конкретной супружеской пары и ее потомства, избежать необоснованного гормонального или хирургического лечения и прогнозировать вероятность получения сперматозоидов для проведения ЭКО или ИКСИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Vogt P.H., et al. Human chromosome Y azoospermia factors (AZF) mapped to different subregions in Yq11. //Hum. Mol. Genet. - 1996. - № 5. - P. 933-943.
- 2 Hargreave T.B., et al., Chromosome Y microdeletions and male subfertility. Androl 1996. - V. 28, Suppl. - P. 19-21.
- 3 Pryor I.L., et al., Microdeletions in the Y chromosome of infertile men. //New Eng J Med 1997. - V.336. - P. 534-53.
- 4 Черных В.Б. AZF делеции - частая генетическая причина бесплодия у мужчин: современное состояние исследований //Проблемы репродукции. - 2009. - № 1. - С. 10-14.
- 5 Вартанян Э.В., Петрин А.Н., Курносов Т.Р. Генетические факторы мужского бесплодия //Проблемы репродукции. - 2010. - № 2. - С. 74-78.
- 6 Федорова И.Д., Кузнецова Т.В. Генетические факторы мужского бесплодия. //Журнал акушерства и женских болезней. - 2007. - № 1. - С. 64-72
- 7 Foresta C., et al., Y chromosome microdeletions and alterations of spermatogenesis // Endocr. Rev. 2001. -V. 22. - P. 226-239.
- 8 Черных В. Б., Курило Л. Ф., Шилейко Л. и др. Анализ микроделетий в локусе AZF у мужчин с бесплодием: совместный опыт исследований. //Медицинская генетика. - 2003. -№ 8. - С. 367-379.
- 9 Глинкина Ж.И., Кузьмичев Л.Н., Бахарев Л.Н. Профилактика наследования мутаций в AZF-локусе хромосомы Y у потомства мужчин с нарушением репродуктивной функции. // Акушерство и гинекология.-2009. - № 1. - С. 52-55
- 10 Черных В.Б. Макро- и микроструктурные перестройки Y хромосомы. //Медицинская генетика. - № 10. -2007. - С. 45-52.
- 11 Гоголевский П.А., Гоголевская И.К., Крамеров Д.А. и др. AZF-микроделетии и мужское бесплодие. //Андрология и генитальная хирургия. - 2001.- № 4. - С. 73–78.
- 12 Тарасова М.Н., и др., К диагностике нарушений репродуктивной функции мужчин. //Проблемы репродукции. 2008. - № 5. - С. 52-55.
- 13 Ahmadi A., Ng S.C. Fertilizing ability of DNA-damaged spermatozoa. //J Exp Zool 1999. -V. 284. - P. 696—704.
- 14 Долгов В.В., Луговская С.А., Фанченко Н.Д. и др. Лабораторная диагностика мужского бесплодия. М 2006. – 145 с.
- 15 ISCN 2009. An International System for Human Cytogenetic Nomenclature / Ed.Mitelman F. Basel: S. Karger. - 2009. - 138 p.

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана. Материал поступил в редакцию 04.10.12.

Түйін

Б. КАМАЛИЕВА, Г.Ж. ӘБІЛДИНОВА, М.Ф. БАЯНОВА, А.В. БОРОВИКОВА, А.П. ВИБЕ

ЕР АДАМДАРДАҒЫ ИДИОПАТИЯЛЫҚ БЕДЕУЛІКТІҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ
ГЕНЕТИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ РӨЛІ

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

Репродуктивті функциясы бұзылған 197 ер адамды кешенді генетикалық зерттеу кезінде келесі хромосомалық патология анықталды: 25 (85%) жағдайда кариологиялық талдауда сандық хромосомалық бұзылыстар, 4 (15%) жағдайда құрылымдық хромосомалық аномалиялар, CFTR генінде 11 мутацияларды молекулалық –генетикалық зерттеуде патология анықталмады, 11 (14%) науқаста AZF локусында Y хромосоманың микроделетиялары анықталды.

Кешенді генетикалық зерттеу некедегі бедеуліктің генетикалық себебін анықтауға, оның жиілігін және белгілі бір жұбайлар мен олардың ұрпақтары үшін мәнін бағалауға, негізсіз ем тағайындамауға және ЭКО немесе ИКСИ жасау үшін сперматозоидтарды алу ықтималдығын болжамдауға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: аталық тұқымсыздық, Y хромосома, AZF локус, сандық және құрылымдық аномалиялар, микроделетия.

Abstract

B. KAMALIEVA, G. ABILDINOVA, M. BAYANOVA, A. BOROVIKOVA, A. WIEBE

THE ROLE OF GENETIC FACTORS IN THE DIAGNOSTICS IDIOPATHIC MALE INFERTILITY
JSC «National research center for maternal and child health », Astana city

At carrying out complex genetic research of 197 men with violation of reproductive function the following chromosomal pathologies were revealed: in the kariological analysis of numerical chromosomal violations in 25 (85 %) cases, structural chromosomal anomalies in four (15 %) cases; at molecular and genetic research of 11 mutations in a gene of CFTR of pathology it is not revealed, micro deletions of Y of a chromosome of loci of AZF were revealed at 11 (14 %) patients.

Results of complex genetic research allow establishing the genetic reason of infertility in marriage, to estimate its frequency, severity and value for a concrete married couple and its posterity to avoid unreasonable treatment and to predict probability of receiving spermatozoa for carrying out EKO or IKS.

Keywords: male infertility, Y chromosome, AZF locus, numerical and structural abnormalities, microdeletions.

УДК 616.12-089

Д.И. МАХАНОВ

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТОЙНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В статье приводятся результаты имплантации ресинхронизирующего устройства - трехкамерного электрокардио-стимулятора (CRT) - у 5 пациентов с электромеханической диссинхронией и сердечной недостаточностью рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии. Оценка эффективности ресинхронизирующей терапии показала, что она значительно улучшает клинический и функциональный статус пациентов с застойной сердечной недостаточностью, которые исходно имели желудочковую диссинхронию.

Ключевые слова: ресинхронизация, левый желудочек, сердечная недостаточность, имплантация CRT.

Введение. Нарушения внутрижелудочковой проводимости, при которых продолжительность комплекса QRS составляет более 120 мс, встречаются приблизительно у одной трети больных с умеренной - выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). При этом более распространенной является полная блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ). Установлено, что широкий комплекс QRS является независимым предиктором высокого риска смерти и свидетельствует о негативном влиянии десинхронизации работы желудочков на прогноз больных с ХСН [1].

Предсердно-желудочковая десинхронизация при полной БЛНПГ проявляется изменением фазовой структуры работы левого желудочка (ЛЖ): увеличивается время изоволюмического сокращения с более поздним открытием и закрытием аортального клапана и открытием митрального клапана, что в свою очередь приводит к укорочению времени диастолического наполнения левого желудочка. На эходоплерографии определяется изменение как временных, так и скоростных параметров трансмитрального кровотока, свидетельствующее о диастолической дисфункции левого желудочка [2].

Прогрессирование несоответствия по времени сокращения левого предсердия и окончания систолы желудочков способствует увеличению градиента давления между левым предсердием и левым желудочком. При этом возникает митральная регургитация, еще больше снижающая сердечный выброс [3]. Перечисленные изменения способствуют дальнейшему прогрессированию миокардиальной слабости.

Учитывая важную роль асинхронизма в патогенезе ХСН у больных с нарушением внутрижелудочковой проводимости, была предложена технология, направленная на восстановление синхронности желудочковых сокращений и названная сердечной ресинхронизирующей терапией (CRT).

Многие клинические исследования доказали, что использование СРТ увеличивает выживаемость, повышает качество жизни и улучшает систолическую функцию по сравнению с медикаментозной терапией при длительном наблюдении [4].

Цель исследования: оценить эффективность ресинхронизирующей терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В ЦКБ МЦ УДП РК была произведена имплантация ресинхронизирующего устройства - трехкамерного электрокардио-стимулятора (CRT) - у 5 пациентов с электромеханической диссинхронией и сердечной недостаточностью рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии (диуретики, ингибиторы АПФ, β -блокаторы, амиодарон). Все пациенты были мужчины, средний возраст которых составил 60,8 (от 53 до 72) лет. Средний функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA (New-York Heart Association) – 3. Средняя продолжительность комплекса QRS составила 159,3мс (от 130 до 245 мс). Этиологией ХСН у всех пациентов была ишемическая кардиомиопатия.

Пациенты, которым выполнялась имплантация ресинхронизирующих устройств, были отобраны по классическим критериям [5], а именно: ишемическая или дилатационная кардиомиопатия, функциональный класс ХСН - III-IV по NYHA, фракция выброса левого желудочка $\leq 35\%$, блокада левой ножки пучка Гиса с шириной комплекса QRS ≥ 120 мс или признаки механической диссинхронии.

Операционный доступ выполнялся в левой подключичной области. Все электроды доставлялись трансвенозным доступом через подключичную вену. Правожелудочковый электрод - в верхушку правого желудочка. Далее к коронарному синусу заводилась система доставки, через которую контрастировались все ветви, после чего левожелудочковый электрод позиционировался в одну из ветвей коронарного синуса, преимущественно в заднелатеральную область. Предсердный электрод фиксировался в ушко правого предсердия.

Клиническое обследование пациентов проводилось через 3 месяца после операции, по следующим признакам: анализ симптомов сердечной недостаточности при помощи классификации NYHA; уровень качества жизни оценивался при помощи опросника MLwHF (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire score). Во время визита производилась запись поверхностной ЭКГ (12 отведений) и измерение ширины комплекса QRS. Функция ЛЖ оценивалась путем измерения конечного диастолического объема (КДО), конечного систолического объема (КСО), фракции выброса ЛЖ (ФВЛЖ) на основании алгоритма Симпсона, степени и объему митральной регургитации, межжелудочковая диссинхрония - по времени механической межжелудочковой задержки (ВММЖЗ).

Результаты и обсуждение. После имплантации CRT у всех пациентов улучшились показатели глобальной сократительной функции левого желудочка: ФВЛЖ возросла в среднем на 11,8% (с 31,8% до 45,6%); уменьшилась межжелудочковая диссинхрония - ВММЖЗ сократилось в среднем на 45,1% ($p < 0,001$); уменьшился функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA.

До имплантации ресинхронизирующих устройств среднее количество дней, проведенных пациентами в медицинских учреждениях по поводу декомпенсации сердечной недостаточности, составляло 34 дня в год. После операции четверо пациентов в повторной госпитализации не нуждались, 1 пациент был госпитализирован, но не по поводу установленного CRT, а из-за учащения приступов стенокардии, в связи с чем, больному произведена установка 2-х стентов в левую коронарную артерию.

Заключение. Таким образом, СРТ значительно улучшает клинический и функциональный статус пациентов с застойной сердечной недостаточностью, которые исходно имели желудочковую диссинхронию. При этом происходит снижение функционального класса ХСН, увеличение ФВ, что в конечном итоге улучшает симптоматику заболевания, переносимость физической нагрузки, замедляет прогрессирование сердечной недостаточности, уменьшает смертность и количество госпитализаций у данной категории пациентов.

Ресинхронизация работы сердца является эффективным дополнительным методом к стандартной медикаментозной терапии больных с тяжелой ХСН при сопутствующем нарушении внутрисердечной проводимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Shamin W., Francis D.P, Yousuffuddin M. et al. Intraventricular conduction delay: a prognostic marker in chronic heart failure. *Int. J. Cardiol.* 1999. - 70: 171-178.
- 2 Leclercq C., Gras D., Tang A. et al. InSync Study Group. Comparative effects of ventricular resynchronization therapy in heart failure patients with or without coronary artery disease. *Ann Cardiol Angeiol.* 2004; 53 (4):171-176.
- 3 Wyman B.T., Hunter W.C., Prinzen F.W. et al. Effects of single- and biventricular pacing on temporal and spatial dynamics of ventricular contraction. *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* 2002; 282: H372 -H379.
- 4 Kanzaki H., Bazaz R., Schwartzman D. et al. A mechanism for immediate reduction in mitral regurgitation after cardiac resynchronization therapy Insights from mechanical activation strain mapping. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004; 44 (8): 1619-1625.
- 5 Auricchio A, Stellbrink C, Sack S. et al Longterm clinical effect of hemodynamically optimized cardiac resynchronization therapy in patients with heart failure and ventricular conduction delay // *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 2026-2033.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 24.10.12.

Түйін

Д.И. МАХАНОВ

ІРКІЛГЕН ЖҮРЕК КЕМІСТІГІ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРГЕ КАРДИОРЕСИНХРОНДЫ ТЕРАПИЯ
ЖҮРГІЗУДІҢ ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ
ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Мақалада оңтайлы дәрі-дәрмек терапиясына электромеханикалық диссинхрониясы және рефрактерлі жүрек кемістігі бар 5 емделушіге үш камералы электрокардио-стимулятор (CRT) - кері синхрондау құрылғысының имплантация нәтижелері келтіріледі. Кері синхрондау терапиясының тиімділігін бағалау оның бастапқыда қарынша диссинхрониясы бар іркілген жүрек кемістігімен ауыратын емделушілердің клиникалық және функциялық деңгейін айтарлықтай жақсартатындығын көрсетті.
Кілтті сөздер: ресинхронизация, солжақ қарынша, жүрек кемістігі, CRT имплантация

Abstract

D.I. MAKHANOV

ASSESSMENT OF HEMODYNAMIC PERFORMANCE CARDIORESINCHRONIZING THERAPY IN
PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE
Central clinical hospital of MC PAA RK, Almaty city

The paper presents the results of cardiac resynchronization device implantation - a three-chamber pacemaker electrocardiogram (CRT) - 5 patients with electromechanical dyssynchrony and heart failure refractory to optimal medical therapy. Evaluating the effectiveness of cardiac resynchronization therapy has shown that it significantly improves the clinical and functional status of patients with congestive heart failure who have ventricular dyssynchrony at baseline.

Keywords: resynchronization, the left ventricle, heart failure, implantation of SRT.

УДК 616.724-002.77-073.7

В.М. НОВИКОВ

ИЗМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ АКСИОГРАММ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВНЧС И ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОККЛЮЗИИ НА ФОНЕ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТОИДНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

В статье приведены результаты аксиографического обследования больных с одним из наиболее распространенных хронических патологических состояний - ревматоидными поражениями. Наряду с этим, данных о ревматоидных поражениях органов челюстно-лицевой области крайне мало.

Ключевые слова: ревматоидные поражения ВНЧС, аксиография.

Введение. Значительное количество людей имеет зубные ряды с некоторыми элементами окклюзионной дисгармонии, что приводит к развитию мышечного стресса. При этом жевательная система теряет способность адекватно адаптироваться к этим факторам, нарушается функциональное состояние элементов ВНЧС, в следствии чего в них возможно появление воспалительных или дистрофических изменений. В большинстве наблюдений эти симптомы непостоянны, но у некоторых больных они переходят в хроническую форму. Потеря адаптационной способности к дисфункции элементов зубо-челюстной системы, в частности, ВНЧС, что приобретает временную или хроническую форму [1, 2, 4, 6, 7, 8, 10].

Цель исследования – усовершенствование диагностики и повышение эффективности комплексного лечения больных с детерминированными нарушениями окклюзии и функциональных структур зубо-челюстной системы ревматоидного происхождения путём обоснования ортопедических методов в составе комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Обследование больных проводилось на базе кафедры семейной медицины - общей практики Украинской медицинской стоматологической академии и ревматологического отделения Полтавской областной клинической больницы.

Из всех обследованных больных нами было исследовано 133 пациента, получивших лечение на кафедре ортопедической стоматологии с имплантологией по поводу патологии ревматоидного происхождения и имевших функциональные нарушения ВНЧС. Все больные были обследованы врачами общей практики. Распределение пациентов по возрасту и полу проводилось согласно рекомендациям ВОЗ (1981) [5]. Диагноз ставился на основании классификации В.А. Хватовой [9], которая была согласована с МКБ-10 [3].

Для лечения были отобраны пациенты с активностью ревматоидного процесса 0I, которые были распределены на 5 клинических групп по 9 человек в каждой, в возрасте от 30 до 60 лет: I - пациенты с ревматоидным артритом в фазе активности; II - пациенты с ревматоидным артритом в фазе ремиссии; III - пациенты со склерозирующим артрозом; IV - пациенты с деформирующим артрозом; V - пациенты с мышечно-суставной дисфункцией.

Графическое исследование функционального состояния нижней челюсти проводилось с помощью аксиографа «АРКУС-Дигма» фирмы «KaVo», производства Германии. Программа «Arcus digma» в ее полной версии использовалась нами с целью функциональной диагностики (функционального анализа) соотношения челюстей.

Исследования проводились до и после лечения, в сроки, рекомендованные производителем, а именно через три-шесть месяцев после окончания лечения.

Результаты и обсуждение. *Результаты ортопедического лечения больных с ревматоидным артритом в фазе активности (первая клиническая группа) по данным аксиографии:* анализируя движения нижней челюсти во время открывания-закрывания рта и протрузии-медиаузлии, можем констатировать симметричные по направлению и равномерные по длине траектории как на рабочих, так и на балансирующих сторонах. Трансверзальные отклонения почти не встречались. Принципиальной разницы не наблюдалось и при боковых перемещениях нижней челюсти. Траектории предыдущих и возвратных движений были близки, иногда даже совпадали, при этом в процессе лечения протяженность движений была восстановлена до средних показателей нормограммы.

Суставные головки в динамических фазах имели примерно одну скорость перемещений. В процессе лечения протяженность движений была восстановлена до средних показателей

нормограммы. Нарушений синхронности динамики движений после лечения нам обнаружить не удалось.

Форма траектории перемещений нижней челюсти стала типичной, с прямой линией открывания-закрывания рта. Восстановилось общее 5-миллиметровое начало траекторий с обеих сторон, что свидетельствует о симметричности восстановления движений мениска. Направление движений резцовой точки определялось прямой линией с отсутствием трансверзальных смещений, была восстановлена амплитуда открывания рта. Треугольник Посселя имеет типичную форму.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных первой группы в процессе комплексного лечения, мы можем констатировать, что двусторонние и симметричные нарушения кинематической составляющей в ранней стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных ревматоидным артритом в фазе ремиссии (вторая клиническая группа) по данным аксиографии:

3-й тип аксиограмм по классификации В.А. Хватовой [11], который преобладал до начала лечения, не встречается, причем амплитуды увеличены относительно траекторий первой группы и достигают средних показателей нормограммы.

Анализируя движения нижней челюсти во время открывания-закрывания рта и протрузии-медиатрузии, можем констатировать относительную симметричность траекторий при восстановлении амплитуды движений во всех направлениях. Короткое общее начало траекторий, которое объясняется ограниченными движениями суставного диска совместно с суставными головками, что свидетельствует о преимущественно дисковых (т.е. соединительнотканых) нарушениях, устранено в процессе лечения. Траектории поступательных и возвратных движений чаще всего совпадали, что свидетельствует о восстановлении функциональной эластичности менисков, то есть перераспределении динамической нагрузки на суставной диск и на костные структуры соответственно физиологическому.

Совпадение движений суставных головок по времени и направлению (синхронность и скорость) свидетельствуют о функциональной адаптированности к патологическому состоянию, т.е. о хроническом течении процесса. Синхронность движений была сохранена при восстановленной скорости открывания рта.

Направление движений резцовой точки сохранилось по прямой линии с отсутствием трансверзальных смещений и при восстановленной амплитуде открывания рта. Треугольник Посселя имеет восстановленную форму.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных второй группы в процессе комплексного лечения, мы можем констатировать, что двусторонние и симметричные нарушения кинематической составляющей в хронической стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных со склерозирующим артрозом (третья клиническая группа) по данным аксиографии:

Устранены движения, отвечающие 2-му типу аксиограмм по классификации В.А. Хватовой, которые наблюдались в этой группе до начала лечения. Случаи девиации или дефлексии в соответствующих участках амплитуд не наблюдались. Типично наличие угла Фишера.

Анализируя движения нижней челюсти во время открывания-закрывания рта и протрузии-медиатрузии, можем констатировать исчезновение или значительное уменьшение трансверзальных отклонений (девиации и дефлексии), что свидетельствует о восстановлении функционального состояния нижней челюсти. Траектории поступательных и возвратных движений стали симметричными как на рабочей, так и на балансирующей стороне. Протрузивные движения также характеризуются восстановлением амплитуд движений челюсти по прямой траектории. Синхронность и скорость движений восстановлены как на балансирующей, так и на рабочей стороне. Петлеобразные части траекторий в начальной фазе открывания или в конечной фазе закрывания рта графически не отображаются. Направление движений резцовой точки определяется прямой линией с незначительными трансверзальными отклонениями. Треугольник Посселя имел восстановленную форму: траектории открывания-закрывания рта стали значительно длиннее, оральное смещение траекторий исчезло, динамические амплитуды были восстановлены.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных третьей группы в результате комплексного лечения, мы можем констатировать,

что двусторонние и несимметричные нарушения кинематической составляющей в хронической стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных с деформирующим артрозом (четвертая клиническая группа) по данным аксиографии: устранено движение по 2-му типу аксиограмм согласно классификации В.А. Хватовой, которое наблюдалось в этой группе до начала лечения. Амплитуды увеличены и достигают средних показателей нормограмм. Типичным является наличие угла Фишера как на балансирующей, так и на рабочей стороне. Случаи девиации или дефлекции практически не встречаются, что свидетельствует об исчезновении односторонних дисковых и костных нарушений. Траектории поступательных и возвратных движений изменились: на рабочей и на балансирующей стороне возобновились почти симметричные длинные, дугообразные линии. Протрузивные движения теперь также характеризуются отсутствием патологических сдвигов челюсти в сторону. Восстановлена синхронность движений нижней челюсти: движения суставной головки на балансирующей стороне совпадают по времени и скорости с движениями головки рабочей стороны. Петлеобразные части траекторий в начальной фазе открывания или конечной фазе закрывания рта, которые графически отражали редукцию менисков, выровнялись.

Направление движений резцовой точки определяется прямой линией без трансверзальном смещений, которые до лечения сопровождалось ограничением открывания рта. Треугольник Посселя имеет восстановленную форму, которая приближается по форме к нормограммам.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных четвертой группы после проведенного комплексного лечения, мы можем констатировать, что двусторонние и несимметричные нарушения кинематической составляющей жевательного аппарата в хронической стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных с мышечно-суставной дисфункцией (пятая клиническая группа) по данным аксиографии:

Патологические аксиограммы 1-го, 2-го и 3-го типа по классификации В.А. Хватовой, которые наблюдались в этой группе до лечения, сменились на нормограммы. Восстановлены амплитуды траекторий до среднестатистической нормы. Наличие угла Фишера стало типичным. Девиаций или дефлекций не наблюдалось.

Патологические траектории открывания-закрывания рта, протрузии-медиатрузии, латеротрузии-медиатрузии исчезли, восстановлено ровную характерную траекторию.

Направление движений резцовой точки после лечения определялось симметричными линиями без трансверзальных смещений, без ограничения или избыточного открывания рта. Восстановлена типичная форма треугольника Посселя, динамические амплитуды соответствуют норме.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных пятой группы после проведенного комплексного лечения, мы можем констатировать, что односторонние и несимметричные нарушения кинематической составляющей жевательного аппарата устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Обобщенные результаты проведенного аксиографического исследования позволяют достоверно утверждать положительное направление избранного комплексного лечения. С помощью графических тестов аргументированно показано восстановление окклюзионных характеристик.

Перспективы дальнейших исследований. Полученные результаты функциональных исследований состояния нижней челюсти и жевательных мышц, степени атрофии костных элементов челюстно-лицевого аппарата и локализации суставного диска в дальнейшем позволят применять индивидуальный подход при определении показаний при выборе оптимальной ортопедической конструкции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Гросс М. Д. Нормализация окклюзии: Пер. с англ. / М. Д. Гросс, Дж. Д. Мэтьюс. – М. : Медицина, 1986. – 288 с.

2 Дворник В. М. Підготовка і протезування хворих на патологічне стирання твердих тканин зубів : дис. канд. мед. Наук : 14.01.22 «Стоматологія» / В. М. Дворник. – Полтава, 2001. – С.43, 49-55.

3 Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>.

4 Мірза О.І. Діагностика і лікування больового синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.00.22 «Стоматологія» / О. І. Мірза. – Полтава, 2002. – 36 с.

5 Новіков В. М. Магніторезонансна томографія в комплексі променевих методів дослідження стану СНЩС / В. М. Новіков // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 1, Т. 1. – С. 65.

6 Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб : під ред. чл.-кор. АМНУ В. М. Коваленка, проф. Н. М. Шуби. – К., 2004. – 156 с.

7 Петросов Ю. А. Функциональное состояние жевательных мышц при ортопедическом лечении дисфункций височно-нижнечелюстных суставов / Ю.А. Петросов, И.Н. Пономаренко // Заболевания височно-нижнечелюстных суставов: сб. научных трудов ВНИИМИ МЗ СССР [под ред. А. С. Иванова]. –1987. – № 13874-87. – С. 70-76.

8 Рабухина Н.А. Некоторые современные методики рентгенологического исследования височно-нижнечелюстных суставов / Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Здоровоохранение и медицинская техника. –2005. – № 3 (17). – С. 9.

9 Тимофеев А.А. Купирование болей и лечение щелканья при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А.А. Тимофеев, А.И. Мирза // Современная стоматология. – 2001. – № 1. – С. 76-79.

10 Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В. А. Хватова. – Нижний Новгород: НГМУ, 1996. – 275 с.

11 Хватова В.А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии / В. А. Хватова. – М.: Медицинская книга, 2007. – 243 с.

12 Gross M.D. Occlusion in Restorative Dentistry / M.D.Gross, J.D. Mathews. – Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1982. – 288 p.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава). Материал поступил в редакцию 27.10.12.

Түйін

В.М. НОВИКОВ

ЖҮЙЕЛІ РЕВМАТОИДТІК ЗАҚЫМДАР КЕЗІНДЕ САМАЙ-ШЫҚШЫТ БУЫНЫНЫҢ ДИСФУНКЦИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ МЕН ОККЛЮЗИЯНЫҢ ДЕТЕРМИНИРЛАНҒАН БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР НАУҚАСТАР АКСИОГРАММАСЫНЫҢ ОККЛЮЗИЯЛЫҚ ПАРАМЕТРЛЕРІНІҢ ӨЗГЕРУІ

Украинаның Жоғары мемлекеттік оқу орны

«Украинаның медициналық стоматологиялық академиясы» (Полтава қ.).

Полтава облыстың клиникалық аурухананың ревматологиялық бөлімшесінде зерттеу жүргізу кезінде 3561 науқас тексеруге алынған, олардың 230-да самай-шықшылт буынының ревматоидтік зақымдары негізінде окклюзия бұзылыстары бар. Мақалада кең таралған созылмалы патологиялық жағдайлардың бірі – ревматоидтік зақымдары бар науқастарды аксиографиялық зерттеу нәтижелері келтірілген. Сонымен бірге жақбет органдарының ревматоидтік зақымдары туралы деректер тым аз.

Кілтті сөздер: самай-шықшылт буынының ревматоидтық зақымдары, аксиография.

Abstract

V.M. NOVIKOV

CHANGES OF OCCLUSION PARAMETERS OF PATIENT'S AXIOGRAMS WITH DISFUNCTIONAL TMJ DISORDERS AND DETERMINISTIC VIOLATIONS OF OCCLUSION WITH SYSTEMIC RHEUMATOID INJURIES

«Ukraine medical stomatology academy» Poltava city, Ukraine.

There were observed 3561 patients, including 230 patients with occlusion violations against rheumatoid lesions of TMJ during the study period at rheumatological department of Poltava Regional Hospital. The article presents the results of axiographic examination of patients with rheumatoid lesions, one of the most common chronic pathological conditions. Along with this, there is very little information on rheumatoid lesions of the maxillofacial region.

Key words: rheumatoid lesions of TMJ, axiography.

УДК: 616.72-007.248

Р.В. НИГАЙ

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

В статье показано, что высокая разрешающая способность 1.5 Теслового МР-томографа позволяет уточнить структурные изменения в костях, формирующих суставы, сухожильно-связочном аппарате, хрящевых структурах и выбрать адекватный метод лечения.

Ключевые слова: МРТ, информативность, коленный сустав, травмы

Введение. Все большую распространенность завоевывает исследование состояния структур коленного сустава при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ) [1]. Многолетний опыт применения МРТ при заболеваниях опорно-двигательного аппарата подтверждает высокую ценность данного метода в сравнении с традиционными: рентгенографией, рентгеновской компьютерной томографией, ультрасонографией [2,3,4,5]. Повреждения коленных суставов составляют до 70% травм опорно-двигательного аппарата. Нередко травмы приводят к временной или стойкой утрате трудоспособности. Неспецифичность клинических симптомов повреждения структур коленного сустава и ограничение возможностей упомянутых методик зачастую не позволяют клиницисту вовремя выбрать необходимый метод лечения, что в итоге сказывается на сроках и успешности лечения [6,7]. Такой диагностический метод, как артроскопия, является инвазивным и не исключает осложнения.

Цель исследования. Оценка информативности МРТ в диагностике травм коленного сустава.

Материалы и методы. Для данного исследования были отобраны 115 пациентов в возрастной группе от 31 до 51 лет, 79 мужчин и 36 женщин, в анамнезе у которых присутствовали неуточненные травмы коленного сустава, с различными жалобами, такими как боль, ограничение подвижности, чувство дискомфорта.

Исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе Magnetom Avanto, с напряженностью магнитного поля 1,5Тесла, на 8-канальной специализированной катушке. Протокол исследования включает следующие последовательности: Sag PD FSAT, Sag T1 WI, Cor PD FSAT, Tra PD FSAT, толщина среза 3-5мм.

В исследовании учитывались наличие или отсутствие повреждения связочного аппарата, менисков, гиалинового хряща, проявления синовита, изменение в структуре костей.

Результаты и обсуждение. Повреждение менисков различного характера присутствовало у 91 пациента (79%), повреждение связок выявилось у 86 пациентов (74%), проявления артроза были диагностированы у 32 пациентов (37%), патологические процессы сопровождающиеся синовитом у 27 пациентов (31%).

При анализе изображений в исследуемых структурах были выявлены полиформные изменения, как дегенеративного, так и травматического характера, различной степени выраженности. В менисках отмечались, как локальные изолированные поражения рогов по типу трещин, мукоидной дегенерации, так и тотальные разрывы и отрывы. Исследование связочного аппарата включало анализ крестообразных, коллатеральных связок, сухожилия четырехглавой мышцы бедра и удерживателей надколенника. Определенные трудности отмечались при анализе изображений суставных поверхностей костей, гиалинового хряща.

Выводы. Высокая разрешающая способность 1.5 Теслового МР-томографа позволяет уточнить структурные изменения в костях, формирующих суставы, сухожильно-связочном аппарате, хрящевых структурах и выбрать адекватный метод лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Брюханов А.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний суставов : Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Обнинск. - 1998. – 46 с.
- 2 Буланова Т.В. МРТ в диагностике заболеваний и травм височно-нижнечелюстного сустава : дисс. доктора медицинских наук: 14.00.19 // - М.- 2005. - 165 с. : 62 ил. РГБ ОД.
- 3 Карусинов П.С. Магнитно-резонансная томография в диагностике патологических изменений в коленных суставах//Нов. инф. технол. в радиол.: Сб. тез. науч._практ. конф., посвящ. 55-летию Центр. воен. авиац. госп., Москва, 29–30 мая 1997. - М. - С. 37.

4 Олюнин Ю.А. Остеоартроз. Актуальные вопросы диагностики и лечения // ж.Ревматология.- 2012г. -№7. -С.32-34.

5 Чижик К.Н., Полейко А.Н. Способ диагностики внутрисуставных повреждений и заболеваний коленного сустава: Патент РФ № 2142738. 1999. - № 35. - С. 164.

6 Voeree N.R., Watkinson A.F., Ackroyd C.E., Johnson C. Magnetic resonance imaging of meniscal and cruciate injuries of the knee // J. Bone Jt. Surg. 1991. - V. 73_B. № 3. - P. 452–457.

7 Wildi L.M., et all. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomised, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. Ann Rheum Dis // 2011 Jun. Vol. 70(6). P. 982–989. Epub 2011 Mar 1.

Центральная клиническая больница Медицинского Центра Управления делами Президента РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 16.10.12.

Түйін

Р.В. НИГАЙ

ТІЗЕ БУЫНЫ ЖАРАҚАТТАРЫН АНЫҚТАУДАҒЫ МРТ
ҚР ШБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Еңбекте 115 емделушінің тізе буындарының анықталмаған жарақатын диагностикалаудағы МРТ-нің ақпараттылығы талданған. Емделушілердің 79%-да менискісінің зақымдалуы, 74%-да байламның зақымдалуы, 37%-де артроз диагностикаланған және 31% науқаста ілеспелі синовиті бар патологиялық процестер анықталды. 1.5. Теслді МР-томографтың жоғары шешімді қабілеттілігі сіңір-байлам аппаратында, шеміршек құрылымдарында буындарды қалыптастыратын сүйектердегі құрылымдық өзгерістерді нақтылауға және емдеудің баламалы әдістерін таңдауға мүмкіндік беретіндігін көрсетті.

Кілтті сөздер: МРТ, ақпараттылық, тізе буыны, жарақаттар

Abstract

R. V. NIGAY

MRI IN THE DIAGNOSIS OF KNEE INJURIES
Central clinical hospital of MC PAA RK, Almaty city

The paper analyzed the information content of MRI in the diagnosis of unspecified injuries of the knee in 115 patients. Revealed damage to the meniscus in 79%, ligaments – in 74%, symptoms of arthritis were diagnosed in 37% and pathological processes accompanied by synovitis in 31% of patients. It is shown that a high resolution 1.5 Teslovog of MRI allows us to refine the structural changes in the bones that form the joints, tendons and ligaments, cartilage structure and select appropriate method of treatment.

Keywords: MRI, information, knee joint, injury.

УДК 617.5-089

О.Л. ПЕТРЕНКО, Г.Н. ХОРОШАЩ, Ж.Н. АЖИБАЕВ, С.С. КЕРИМКУЛОВ
А.Р. ОМАРКУЛОВ

ПРИМЕНЕНИЕ МАММОПЛАСТИКИ СОБСТВЕННЫМИ ТКАНЯМИ
ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В статье представлена оценка эффективности первичной реконструктивной маммопластики торакодорзальным лоскутом, проведенной 12 больным раком молочной железы 1-2 стадии. Конечные результаты всех пластик удовлетворительные.

Ключевые слова: рак, молочная железа, маммопластика, собственными тканями.

Введение. Современный подход к реабилитации больных раком молочной железы (РМЖ) с постмастэктомическим синдромом состоит не только в устранении его соматических проявлений, но и в том, чтобы помочь женщине справиться с психосоциальными последствиями радикального

лечения. Потребность в пластике молочной железы (ПМЖ) испытывают 7% женщин пожилого и 50% женщин молодого возраста от числа лиц, подвергшихся мастэктомии [1].

ПМЖ может выполняться в отсроченном варианте после окончания радикального лечения РМЖ или одномоментно после мастэктомии. Преимуществами последнего варианта являются отсутствие рубцов после хирургического вмешательства и лучевой терапии, сохранность сосудов подмышечной области, возможность сохранить больше собственной кожи железы и несравненно лучший эстетический результат. Кроме этого, больная не подвергается «психологическому коллапсу», связанному с утратой молочной железы [2].

Возможность выполнения одномоментной ПМЖ изменила требования к классической технике мастэктомии. Многие хирурги при ранних стадиях опухолевого процесса стали применять, так называемую, кожесберегающую мастэктомию, сохраняя большую часть кожи при удалении паренхимы молочной железы с последующим восстановлением ее объема тем или иным способом [3].

Существует четыре основных способа ПМЖ:

- восстановление при помощи силиконовых имплантатов или тканевых экспандеров;
- пластика ниже-поперечным кожно-мышечным лоскутом передней брюшной стенки на основе прямой мышцы живота (Transvers Rectus Abdominis Myocutaneous flap – TRAM-лоскут в английской аббревиатуре);
- пластика торакодорзальным лоскутом (ТДЛ) со спины
- пластика свободным лоскутом.

В арсенале онкологов имеется еще одна методика, в которой объединены техники редукционной маммопластики и консервативной хирургии. Название этой методики – онкопластическая редукция молочной железы. Многие авторы отмечают, что сочетание этих техник при раке молочной железы, является, по сути, методом выбора в тех случаях, когда методы органосохраняющей хирургии дают неудовлетворительные результаты. Такие результаты чаще получаются у пациенток с большими и поздними молочными железами и локализацией опухоли в нижних или центральном квадрантах [4].

Объем ТДЛ в среднем составляет 365 (230–440) мл, TRAM-лоскута – 870 (745–1100) мл. Таким образом, при необходимости восполнения дефицита тканей объемом от 440 до 745 мл стандартные лоскуты (ТДЛ и TRAM) не пригодны. Для восполнения таких объемов нужно либо увеличивать объем ТДЛ искусственным наполнителем (силиконовым имплантатом), или уменьшать объем TRAM-лоскута. Кроме того, применение TRAM-лоскута сопряжено с большой травматичностью и длительностью реконструкции, а также нестабильностью конечного результата [5].

Цель исследования – оценить эффективность первичной реконструктивной маммопластики методом ТДЛ при раке молочной железы.

Материалы и методы. В нашей клинике произведено 12 радикальных мастэктомий больным раком 1-2 стадии с первичной реконструкцией молочной железы ТДЛ лоскутом. Использовали ТДЛ, который состоял из пяти составных частей: фрагмента кожи спины, участка подкожной жировой клетчатки, располагающейся над широчайшей мышцей спины, лоскута из широчайшей мышцы спины, части лопаточного апоневроза с покрывающей его подкожной жировой клетчаткой и дистального фрагмента трапециевидной мышцы, поскольку весь комплекс тканей получает кровоснабжение из одного источника – торакодорзального сосудистого пучка.

Данный вид пластики применялся для реконструкции молочных желез небольшого и среднего размера, в случае недостаточного объема тканей на передней брюшной стенке, при наличии в анамнезе лучевой терапии на ткани переднюю брюшную стенку и при желании пациенток избежать дополнительных рубцов на животе. Противопоказанием было проведение лучевой терапии на переднюю грудную стенку в анамнезе. Существенным недостатком метода является контраст кожи грудной стенки и спины. Этого удалось избежать при выполнении кожесохранной мастэктомии. Для восполнения объема и улучшения косметического эффекта применялись силиконовые импланты.

Перед операцией производилась разметка кожной и мышечной части лоскута в положении стоя. После выполнения кожесохранной мастэктомии пациенток поворачивали на бок и выделяли ТДЛ лоскут. Затем через подкожный тоннель лоскут перемещали в зону дефекта и подшивали к субмаммарной складке, грудной стенке и большой грудной мышце. Для восполнения объема молочной железы под мышцу устанавливали имплант.

Операции производились под наркозом. Время реконструктивного этапа операции составляло около 2 часов. После выполнения основного этапа операции в область мышечного кармана

устанавливался тонкий силиконовый дренаж с активной аспирацией на 4-5 суток. Время нахождения в стационаре составляло 7-10 дней, швы снимали через 12-16 дней.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде обязательно проводилась профилактическая антибактериальная терапия, сосудистая терапия, назначались антикоагулянты. Всем женщинам было рекомендовано ношение специального компрессионного белья в течение 6-8 недель после операции для формирования молочной железы.

Конечные результаты пластик в 100,0% случаях удовлетворительные, но в раннем послеоперационном периоде у наблюдавшихся больных имели место следующие нетяжелые осложнения. Краевой некроз кожи внутреннего угла лоскута возник у двух пациенток (16,7%), произведено иссечение нежизнеспособных тканей с наложением вторичных косметических швов. У пяти пациенток (41,7%) имели место небольшие серомы до 20-30 мл, нами были произведены пункции сером под контролем УЗИ для предотвращения их инфицирования.

Серьезных осложнений в виде тотальных некрозов лоскута, нагноения послеоперационных ран, гематом и отторжения импланта, описанных в литературе, у наших пациенток мы не наблюдали.

Выводы. Маммопластика торакодorzальным лоскутом при раке молочной железы является методом выбора для практических маммологов при ее реконструкции, так как легко переносится пациентками вследствие своей малой травматичности и малом количестве осложнений, которые легко купируются. При этом немаловажным является техническая простота выполнения данной пластики и хороший косметический эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Галич С.П., Пинчук В.Д. Реконструктивная хирургия груди./ Руководство для врачей.- Киев: Книга плюс. - 2011. – 261 с.

2 Кристиан Дж. Габка, Хайнц Бомерт Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы. - Москва: МЕДпресс-информ.- 2010. – 360 с.

3 Маммология: национальное руководство / Под ред.: В.П. Харченко, Н.И. Рожкова; Рос. ассоц.маммологов.- М.- 2009. – 325 с.

4 Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии.- Тверь: Губернская медицина.- 2000. – 159 с.

5 Ярыгин М.Л., Соболевский В. А., Егоров Ю.С., Ярыгин Л.М. Осложнения при реконструктивных операциях с использованием силиконовых эндопротезов у больных раком молочной железы.// Хирургия.- 2011. - № 4. - С. 11-17.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 17.10.12.

Түйін

О.Л. ПЕТРЕНКО, Г.Н. ХОРОШАШ, Ж.Н. АЖИБАЕВ, С.С. КЕРІМҚҰЛОВ, А.Р. ОМАРҚҰЛОВ

СҮТ БЕЗІНІҢ ОБЫРЫ КЕЗІНДЕ ӨЗ ТІНІМЕН МАММОПЛАСТИКА ЖАСАУ ӘДІСІ
ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Сүт безінің 1-2 сатысындағы обырына шалдыққан 12 науқасқа торакодorzальді қиындымен жүргізілген бастапқы реконструкциялық маммопластиканың тиімділігі бағаланған. Барлық пластиктердің қорытынды нәтижелері қанағаттанарлықтай, себебі бірде-бір жағдайда қиындының тотальді некроздары, операциядан кейінгі жараның іріңдеуі, гематома және имплантаттың ажырап қалуы байқалған жоқ.

Кілтті сөздер: обыр, сүт безі, маммопластика, өз тінімен

Abstract

O.L.PETRENKO, G.N. KHOROSHASH, ZH.N. AZHIBAYEV, S.S.KERIMKULOV, A.R.OMARKULOV

MAMMOPLASTY METHOD IN BREAST CANCER BY OWN TISSUES
Central clinical hospital of MC PAA RK, Almaty city

The effectiveness of primary reconstructive mammoplasty thoracodorsal flap was assessed, the 12 breast cancer patients 1-2 stages. The final results of all the plastic satisfactory because there was no total necrosis of the flap, suppuration of postoperative wounds, bruises and implant rejection.

Key words: cancer, breast, breast implants, own tissue.

УДК 616.1/6:618.2

Г.А. САМАДОВА, А.М. МУЛЛОЕВ, Б.С. ДОДОБАЕВА,
С.В. САРСЕНОВА, Г.Ж. БУЛАБАЕВА

АНАЛИЗ РАБОТЫ КОМАНДЫ СЕМЕЙНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО АНТЕНАТАЛЬНОМУ УХОДУ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ

В статье описывается полное антенатальное наблюдение проведенное у 12 (22,2%) БЖ, возможно низкий показатель объясняется внутренней миграцией жителей участка (27,7%). У 54 оставшихся под наблюдением БЖ беременность протекала нормально, дети родились в срок, доношенными, с удовлетворительными показателями шкалы Апгара.

Ключевые слова: здоровье, материнская смертность, матрица, антенатальный уход, национальный стандарт, наблюдение, беременная женщина (БЖ), приверженность.

Введение. Одним из последних всемирных директивных документов для систем здравоохранения был документ «Цели развития тысячелетия», где 4-5 цели посвящены снижению детской, материнской смертности и улучшению здоровья матерей [1]. Несмотря на то, что имеются много современных медицинских подходов к сохранению и охране здоровья населения, проблема – охрана здоровья матерей, остается одной из актуальных. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире каждую минуту умирает 1 женщина, материнская смертность составляет 170 женщин на 100000 живорожденных (ж/р) (2005г.). В Республике Таджикистан оценочный показатель материнской смертности за 2010 год составил 45,0 на 100000 ж/р, а за 2011 год – 37,0 соответственно [2]. Основными причинами материнской смертности является кровотечение во время беременности или при родах (25%), гинекологическая инфекция (15%), эклампсия (12%). Представленные статистические данные материнской смертности в стране указывают на необходимость усовершенствования работы акушерско-гинекологической службы по предоставлению медицинских услуг женщинам репродуктивного возраста, обеспечивая безопасность их беременности и родов. В национальной программе «Безопасное материнство» указывается, что основную нагрузку по оказанию данных услуг возлагается на звено первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). С учетом этого группа специалистов при министерстве здравоохранения страны разработала инструктивный документ «Национальные стандарты по антенатальному уходу при физиологической беременности» для специалистов ПМСП, который утвержден 26 сентября 2008 года и с этого времени начал путь внедрения в практику [3].

Целью исследования явилось оценить приверженности команды семейных специалистов к национальным стандартам антенатального ухода за беременными женщинами, проживающими на одном из участков городского центра здоровья №1 (ГЦЗ) г. Душанбе.

Материалы и методы. 72 беременные женщины (БЖ) участка ГЦЗ№1 с населением 1722 человек находились под наблюдением команды семейных специалистов в течение 2 лет (2010-2011гг). Изучалась возрастная структура БЖ, наличие жалоб, гинекологический анамнез, показатель своевременности взятия БЖ на учет, приверженность к матрице антенатального ухода: количество визитов, измерение артериального давления (АД), сдача и оценка результатов анализов, назначенных при первом визите к специалисту. Проводилась оценка своевременности родов, вес ребенка при рождении, показатели шкалы Апгара.

Результаты и обсуждение. Возраст наблюдаемых женщин колебался от 17 до 40 лет. Известно, что 18-25 лет считается возрастом активных родов. В нашем случае из наблюдавшихся женщин в группу 18-25 лет вошли 43 (59,7%) БЖ, остальные 29 БЖ распределены следующим образом: в возрастной группе 26-35 лет - 24 (33,3%), в 36-45 лет – 5 (6,9%) БЖ соответственно. У 19 (26,4%) женщин наблюдалась первая беременность, у 53 (73,6%) женщин беременность была повторной. Изучая вопрос в каком возрасте у наблюдаемых женщин отмечена настоящая беременность и какая она по счету мы заметили, что в возрасте 18-25 лет первая беременность была у меньшинства женщин 17(39,5%), чем повторная беременность 26 (60,5%). Подобная картина была и в других возрастных группах: в возрасте 26-35 лет повторная беременность была у 22 (91,7%) БЖ в противоположность первой беременности 2 (8,3%); в возрасте 36-45 лет у всех 5 (100%) женщин имела повторная беременность.

Таблица 1- Наблюдение беременных женщин различных возрастных групп, по беременности за период 2010-2011 годы (в % к итогу)

Год/Возраст	Всего	Первая беременность		Повторная беременность	
		абс. число	в %	абс. число	в %
2010 год					
15-25 лет	24	10	41,7	14	58,3
26-35 лет	18	1	5,6	17	94,4
36-45 лет	2			2	100,0
всего	44	11	25,0	33	75,0
2011 год					
15-25 лет	19	7	36,8	12	63,2
26-35 лет	6	1	16,7	5	83,3
36-45 лет	3	-	-	3	100,0
всего	28	8	28,6	20	71,4
2010-2011гг					
15-25 лет	43	17	39,5	26	60,5
26-35 лет	24	2	8,3	22	91,7
36-45 лет	5	-	-	5	100,0
Общее количество за два года	72	19	26,4%	53	73,6%

При изучении имеющихся жалоб у БЖ, наличие их было у 23 (32%) женщин. Жалобы в виде слабости, головокружения или головной боли были у 16 (22,2%) БЖ, тошнота и рвота - 2 (2,8%) БЖ, боли по ходу вен ног у 2 (2,8%) БЖ, кашель и субфебрильная температура - 3 (4,2%) БЖ, боли в пояснице - 3 (4,2%) БЖ. Некоторые жалобы БЖ требовали дополнительного обследования женщины для уточнения клинического диагноза. Из гинекологического анамнеза установлено, что у 18 (25%) БЖ анамнез отягощен; имело место выкидыши или мертворождаемость плода у 9 БЖ, неразвивающаяся беременность у 4 БЖ, преждевременные роды - 2 БЖ, половая инфекция у 2 БЖ. Эти БЖ наблюдались командой специалистов весь антенатальный период, при этом параллельно семейными медсестрами проводился активный патронаж 8-11 раз за весь период беременности. Изучение показателя «своевременное взятия БЖ на диспансерный учет» за 2 года наблюдения показало, что только 34 (47,2%) из 72 БЖ своевременно встали на учет. За оба года командой своевременно взято на диспансерный учет больше женщин с повторной беременностью (2010г.- 57,7%; 2011г. - 45%), чем женщин с первой беременностью (2010г. - 45,5%, 2011г. - 12,5%). В зависимости от беременности, в 2010 году поздно встали на диспансерный учет 6 (54,5%) женщин с первой беременностью и 14 (42,4%) женщин с повторной беременностью, а в 2011 году 7 (87,5%) с первой и 11 (55,0%) с повторной беременностью соответственно. Отмечено, что эти женщины обратились к специалисту в сроки 30 и выше недель беременности, возможно для взятия обменной карты. Изучение вопроса «позднего обращения» из индивидуальных карт беременных (Ф-111) мы установили, что из всех 72 БЖ поздно обратились 38 (53%), из них 30 БЖ прибыло из других регионов страны на рассматриваемый участок. При этом необходимо добавить, что 28 БЖ были выявлены семейными специалистами. При изучении вопроса «постоянного места жительства БЖ» установлено, что большинство БЖ с повторной беременностью являются коренными жителями участка. Возможно этим объясняется их доверие, аккуратность и своевременность обращения к специалисту центра здоровья .

Таблица 2 - Сроки взятия на учет беременных женщин различных возрастных групп за годы наблюдения (в % к итогу)

Год/ Возраст	Первая беременность				Повторная беременность							
	до 12 недель		после 12 недель		Всего		до 12 недель		после 12 недель		Всего	
	n=6		n=13		n=19		n=19		n=14		n=53	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%

2010 год												
15-25 лет	4	40,0	6	60,0	10	40,0	7	46,7	8	53,33	15	60,0
26-35 лет	1	100	-		1	5,8	11	68,8	5	1,250,	16	94,2
36-45 лет							1	50,0	1	0	2	100
всего	5	45,4	6	54,6	11	25,0	19	57,6	14	42,4	33	75,0
2011 год												
15-25 лет	1	14,3	6	85,7	7	36,8	4	33,3	8	66,7	12	63,2
26-35 лет	-		1	100	1	16,6	3	60,0	2	40,0	5	83,4
36-45 лет							2	66,7	1	33,3	3	100
всего	1	12,5	7	87,5	8		9	45,0	11	55,0	20	
2010-2011гг												
15-25 лет	5	29,4	12	70,6	17	38,6	11	40,8	16	59,2	27	61,4
26-35 лет	1	50,0	1	50,0	2	8,7	14	71,4	7	28,6	21	91,3
36-45 лет					-		3	80,0	2	20,0	5	100
Общее количество за оба года	6	31,6	13	68,4	19	100	28	52,8	25	47,2	53	100

Согласно национальному стандарту антенатального ухода БЖ должна посетить специалиста центра 7 раз за весь период наблюдения, в случае если она своевременно взята на учет. Однако стандарт посещаемости БЖ специалистов не был выдержан и составил лишь 16,6%. Отмечено при этом, что 17 человек выбыло из участка в ранние сроки беременности. К этому списку добавилась одна БЖ, у которой произошёл выкидыш в 14 недель беременности. Таким образом, под наблюдением осталось всего 54 будущих рожениц. Ими-то и было выполнено немногим более половины посещений специалистов за весь период наблюдения (табл.3).

Таблица 3 - Структура посещений беременных женщин центра здоровья за антенатальный период 2010-2011 годы, (n=54)

Кол-во визитов	Год/Возрастная группа n=32				Год/Возрастные группы n=			всего	Общее кол-во	
	2010 год			всего	2011 год				абс.	%
	15-25 лет	26-35 лет	36-45 лет		15-25 лет	26-35 лет	36-45 лет			
	n=18	n=12	n=2		n=19	n=6	n=3			
7 визитов	2	5	1	8	1	2	1	4	12	22,2
6 визитов	6	-		6	3	1	-	4	10	18,5
5 визитов	5	4	1	10	2	-	1	3	13	24,0
4 визитов	1	3		4	3	2		5	9	16,6
3 визита	1	-		1	4	-		4	5	9,2
2 визита	1	-		1	1	-		1	2	3,7
1 визит	2	-		2	1	-	-	1	3	5,8
Общее кол-во	18	12	2	32	15	5	2	22	54	100

При каждом обращении БЖ к семейному специалисту ей измерялись жизненно-важные показатели. Показатели АД БЖ при его измерении во время первого визита колебались. Цифры систолического давления были в пределах 90-100 мм рт.ст, диастолического давления 60-80 мм рт.ст (исключение составила БЖ с АД 80/50 мм рт.ст). Изучая связь между жалобами (слабость, головокружение, головная боль) и показателями АД мы заметили, что у 16 БЖ, показатели АД были на уровне минимальных цифр. Однако у этих же БЖ уровень гемоглобина крови составлял 90-100г/л. Возможно жалобы связаны как с низким АД, так и наличием анемии.

Как видно, из представленных данных таблиц степень приверженности к сдаче начальных анализов, согласно первому визиту матрицы антенатального ухода, очень низкая. Но если же рассматривать без учета срока своевременности взятия БЖ на учет, то практически 70 (97,2%) БЖ сдали необходимые анализы при первом своем посещении центра. Изучение результатов анализов имеет важное прогностическое значение - как будут протекать роды. Результаты гемоглобина крови БЖ были разные, мы изучили показатели гемоглобина до 26 недель беременности и заметили, что

гемоглобин крови в пределах нормы был у 10 (13,8%) БЖ, в пределах 100-115 г/л у 43 (59,7%) БЖ, 80-99 г/л у 19 (26,5%) БЖ. Согласно национальному стандарту при уровне гемоглобина крови 90 г/л и ниже (в нашем случае он установлен у 14 (19,4%) БЖ) БЖ должна сдать анализ кала на яйца/глист, для исключения анемии. В нашем случае приверженность БЖ к сдаче анализа кала равнялась 100. Яйцо-глист не обнаружен ни у кого. У всех БЖ в индивидуальных картах (Ф-111) имелась отметка о приёме профилактической дозы ферроплекса, согласно рекомендациям Министерства здравоохранения страны. Исключение составили БЖ с установленной анемией, которые получали лечебные дозы.

У большинства БЖ показатели клинического анализа мочи были в пределах нормы. Белок в моче отсутствовал или имелись его следы у 57 (81,4%) женщин, его уровень составил 0,033% у 9 (12,5%) БЖ, высокий уровень белка в моче (0,066% - 0,165%) установлен у 6 (8,3%) БЖ. У 15 БЖ произведен посев мочи на наличие бактерий, положительный результат был только у одной БЖ. По этому поводу она получала лечение.

Степень приверженности при сдаче анализа крови на RW была высокой и составила 86,1%. Результаты анализа крови на RW были отрицательными, равно как и результаты на ВИЧ-инфекцию. Степень приверженности при сдаче анализа на группу и резус крови также была высокой (87,5%). БЖ с первой группой крови имело 21 (33,3%) человек, со второй группой - 19 (30,2%), с третьей группой 17- (26,9%), с четвертой группой - 6 (9,6%) соответственно. Отрицательный Резус-фактор установлен у 3 БЖ, при этом у них не обнаружены антитела в крови. У остальных резус крови был положительным.

Под диспансерным наблюдением весь антенатальный период были 54 (75%) из 72 БЖ. У этих женщин дети родились в срок. Показатели веса при рождении ребенка у 51 (94,4%) родившихся были нормальными выше 2,5 кг (показатель колебался от 2,6 до 4,3 кг). У 4 детей, родившихся от 3 БЖ, вес при рождении был ниже 2,5 кг (1,6 кг; 2,122кг, 2,100 и 2,33кг). Однако по записям в обменных картах матерей, сделанные работниками Роддома, мы узнали, что состояние этих детей оценено удовлетворительно. Изучение результатов шкалы Апгара показало, что 21 (38,2%) ребенок имел балл, который колебался от 7,8 до 8,9. Эти дети оценены здоровыми. У других же детей стояла просто отметка - «состояние ребенка сразу после рождения удовлетворительное», то есть отсутствовала балловая оценка по шкале Апгара.

Закключение. Согласно национальному стандарту антенатального ухода за беременной женщиной полное антенатальное наблюдение проведено у 12 БЖ (22,2%), а у других - 42 БЖ уход проведен в неполном объеме. Приверженность команды специалистов ПМСП можно оценить по представленным показателям: своевременность взятия на учет (47%), количество визитов за период беременности (22,2%). По-видимому, такая низкая приверженность к новым стандартам объясняется тем, что они ещё не внедрились в практику семейных специалистов, а также высокой внутренней миграцией БЖ, отсутствием информированности женщин репродуктивного возраста о необходимости наблюдения по месту жительства существованием неформальных и официальных платежей в центрах. У 54 наблюдаемых женщин беременность закончилась родами в срок, в роддомах. Дети этих женщин были доношенными, состояния ребенка сразу после рождения оценено удовлетворительно, даже у тех, у которых вес был ниже нормы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Достижения целей развития тысячелетия. Таджикистан, Душанбе, 2003. - 72 с.
- 2 Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан за 2011 год. – Душанбе, 2012. - С. 41.
- 3 Национальные стандарты по антенатальному уходу при физиологической беременности. - Таджикистан, Душанбе. - 2008.- 109 с.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе. Материал поступил в редакцию 27.09.12.

Түйін

Г.А. САМАДОВА, А.М. МУЛЛОЕВ, Б.С. ДОДОБАЕВА,
С.В. САРСЕНОВА, Г.Ж. БУЛАБАЕВА

**ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ АНТЕНАТАЛДІК КҮТІМ ЖАСАУ ЖӨНІНДЕГІ ОТБАСЫЛЫҚ МАМАНДАР
КОМАНДАСЫНЫҢ ЖҰМЫСЫН ТАЛДАУ**

Медициналық кадрларды дипломнан кейінгі даярлау жөніндегі Тәжік институты, Душанбе қ.

Денсаулық сақтау қалалық орталығының учаскесі бірінің мысалында жүкті әйелдерге антенаталдік күтім жасаудың ұлттық стандарттарын енгізу жөніндегі отбасылық мамандар командасының жұмысы зерделенді. Екі жыл бойы 72 жүкті әйел бақылауға алынған. Жүкті әйелдердің көбісі (59,7%) – 43 әйел 18-25 жас аралығында, 53 (73,6%) әйелдің жүктілігі қайталама болды. Отбасылық мамандар командасының жұмысын зерделеу 34(47%) әйел дер кезінде – жүктіліктің 12 аптасына дейінгі мерзімде есепке алынды. Толық антенаталдік бақылау 12 (22,2%) жүкті әйелге жүргізілді, осы көрсеткіштің төмен болғаны учаске тұрғандырының ішкі миграциясымен (27,7%) түсіндірілуі мүмкін. Бақылауда қалған 54 аяғы ауыр әйелдің жүктілігі бір қалыпты өтті, балалар өз мерзімінде, ай-күні жетіп, Апгара шкаласының қанағаттанарлық көрсеткіштерімен дүниеге келді.

Кілтті сөздер: денсаулық, аналар өлім-жітімі, матрица, антенаталдік күтім, ұлттық стандарт, бақылау, жүкті әйел (ЖӘ), жолын ұстанушылық.

Abstract

G.A.SAMADOVA, A.M.MULLOEV, B.S.DODOBAEVA, S.V.SARSSENOVA, G.ZH.BULABAYEVA

**ANALYSIS OF THE WORK OF FAMILY TEAM SPECIALISTS ON ANTENATAL CARE OF PREGNANT
WOMEN**

Tajik institute of graduate studies of medicine. Departments of Public health, economics and management, health care with a course of medicine statistics and Family nursing, Dushanbe

The work of family medicine specialist on implementation of national standards for antenatal care of pregnant women was studied on the one of the territories of city health center. 72 pregnant women were observed for 2 years, most of the women were between 18-25 years (43-59,7%), most of them were with repeated pregnancy (53-73,6%). The study of the family medicine specialist has shown that 34 (47%) of women are taken in a timely manner on the account in terms of up to 12 weeks of pregnancy. Full antenatal care was conducted among 12 (22,2%) pregnant women, the low number could be due to internal migration of country, which amounted 27,7%. The pregnancy of 54 (75%) of women, who remained under the supervision, flow normal, their children were born at term, full-term, with satisfactory parameters of Apgar score.

Key words: health, maternal mortality, matrix, antenatal care, the national standard, observation, a pregnant woman, commitment.

УДК 615-074

И.Ю. СИРОТКИНА

УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Принимая во внимание высокую смертность 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: алкоголизм, трансаминаза, алкогольные напитки.

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 исследования явилось изучение активности АЛТ, АСТ среди пациентов Степногорской региональной психиатрической больницы, страдающих алкоголизмом.

Материалы и методы. 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 период 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%.

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 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.

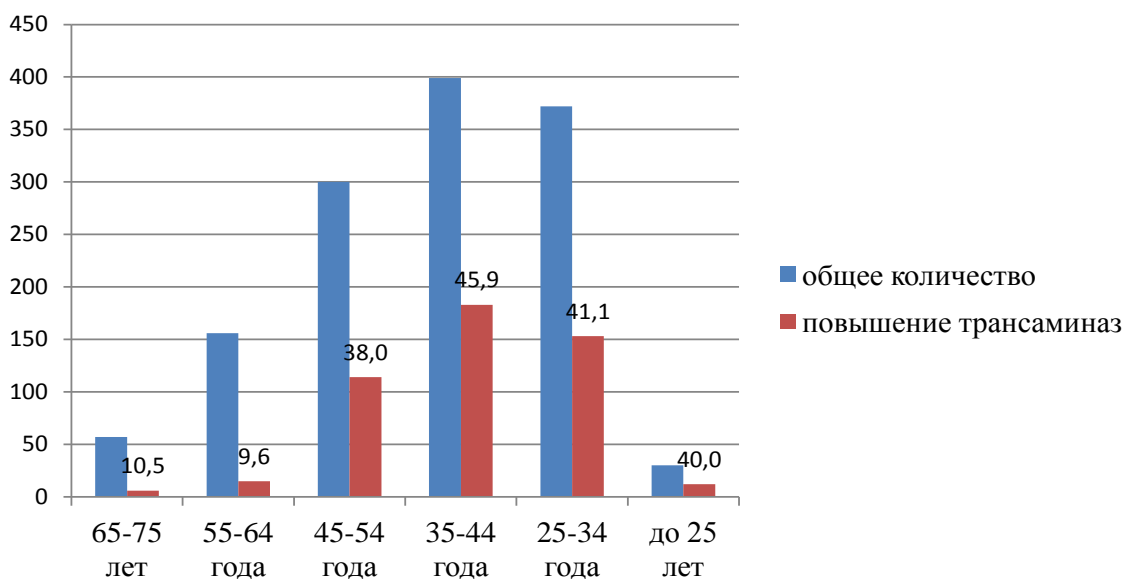


Рисунок 1 - Возрастная структура гиперферментемии АлТ, АсТ

Из рисунка 1 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 // Сб.: Седьмого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1981. - № 1. – С. 125-131.

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. – С. 46-48.

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. – С. 25-32.

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. 13-18.

8 Иванец Н.Н., Кошкина Е.А. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России. Алкогольная болезнь: Реферативный сборник ВИНИТИ.– М., 2000. – № 1. – С. 75-85.

9 Медведев В.Н., Кораблин Н.И. Алкогольная болезнь печени: диагностика и лечение острого и хронического алкогольного гепатита. Consilium medicum. – 2002. – Т.4. - №7. – С. 32-36.

10 Калинин А.В. Алкогольная болезнь печени. Фарматека. 2005. – 126 с.

11 Горюшкин И.И. Алкоголизм: механизмы изменения активности гамма-глутамилтрансферазы и аспартатаминотрансферазы и возможность предотвращения жировой инфильтрации печени. Вопросы наркологии. 2001. -№ 1. – С. 32-36.

ГККП «Степногорская региональная психиатрическая больница». Материал поступил в редакцию 29.11.12.

Түйін

И.Ю. СИРОТКИНА

МАСКҮНЕМДІК КЕЗІНДЕГІ ТРАНСАМИНАЗА ДЕНГЕЙІ
«Степногорск өңірлік психиатриялық аурухана»

Созылмалы маскүнемдіктен өлім-жітімнің жоғары көрсеткішін және қан сарысуының ферменттік спектрінің бауыр зақымдануымен байланысын назарға алып, маскүнемдікке салынған науқастарға зерттеу жүргізілген. Еркектер ауруы 16,6%, әйелдер ауруы 5,9% құрайды. Трансаминаз белсенділігінің жоғарлауы 36,8% жағдайда байқалған. Маскүнемдікке салынған еркектерде АЛТ, АСТ гиперферментемиясы 3 есе жиі болғаны белгіленді, әйелдерде осы көрсеткіш 14,8% болса, еркектерде 44,6% құрады. Ең жоғарғы пайыздық көрсеткіш 25-54 жас аралығындағы науқастарда байқалады.

Кілтті сөздер: алкоголизм, трансаминаза, алкогольдік ішімдіктер

Abstract

I.YU. SIROTKINA

TRANSMINASE LEVELS IN ALCOHOLISM
SPE «Stepnogorsk regional psychiatric hospital»

Given the high mortality from chronic alcoholism and relationship of blood serum enzyme with liver disease, a study 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. In 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.

Keywords: alcoholism, transaminase, alcoholic beverages.

УДК 616.8-008.6-053.2(574)

И. Ф. ТИЩЕНКО

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

В статье даны результаты исследования обследованных 350 детей младшего школьного возраста. Частота регистрации синдрома дефицита внимания с гиперактивностью достигает 42%. У мальчиков наблюдается в 33,4%, у девочек в 8,6% (4:1). Диагноз: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности» выставлен в 20,9%, у мальчиков 17,4%, у девочек 3,5% (5:1). Диагноз: «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания» составил 11,1%, у мальчиков 8,3% , у девочек 2,8% (3:1). Сочетанная форма при нашем исследовании составила 10%, соотношение мальчиков и девочек 3:1.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, дети, стандартизированные диагностические критерии.

Введение. Часто за консультацией к педиатру обращаются родители, дети которых имеют нормальный уровень психического развития, но имеют трудности в обучении и поведении. Возникающие в детстве когнитивные и поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и более чем у 50% взрослых людей [2]. Сказанное делает особенно важными своевременную диагностику и лечение рассматриваемых расстройств. Наиболее распространёнными состояниями в настоящее время являются: астенический синдром, церебральный синдром, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), дисфазии, дислексия и дисграфия. Синдром дефицита внимания и гиперактивности проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей двигательной гиперактивностью, недостаточным развитием координации движений, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении [1]. По данным эпидемиологических исследований частота СДВГ среди детей достигает 4%-9,5%, при этом соотношение мальчиков и девочек составляет 5:1[2].

Цель исследования: установить частоту встречаемости и изучить особенности клинических проявлений СДВГ у детей.

Материалы и методы. Клиническое, психологическое и инструментальное обследование 350 детей младшего школьного возраста, проходивших реабилитацию на базе КГП на ПХВ «Детская областная больница». Мы использовали стандартизированные диагностические критерии СДВГ, которые представляют собой перечень характерных и чётко прослеживаемых признаков данного расстройства. Мы придерживаемся требованиям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ВОЗ,1994), которые определяют необходимость наличия шести или более из девяти перечисленных, в разделе 1 (МКБ X), симптомов нарушений внимания и/или шести или более из девяти признаков гиперактивности и импульсивности (раздел 2). В случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины за последние 6 месяцев одновременно разделам 1 и 2 диагностических критериев, мы ставили диагноз сочетанной формы СДВГ. Если за последние 6 месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям разделам 1 при частичном соответствии критериям разделам 2, то мы ставили диагноз: «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания». Если за последние 6 месяцев имело место полное соответствие симптомов критериям разделам 2 при частичном соответствии критериям разделам 1, то мы ставили диагноз: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

Результаты и обсуждение: выявлено, что среди биологических факторов риска развития СДВГ перинатальные поражения нервной системы составляют 28%, а социальные факторы 44% (27%-низкий прожиточный уровень в семье, 17%-неполная семья). Особенности клинических проявлений и частота встречаемости СДВГ приведены в таблице.

Таблица - Частота встречаемости СДВГ у детей младшего школьного возраста

			Мальчики		Девочки	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Всего детей.	350	100	175	50	175	50

Дети с СДВГ	147	42	117	33,4	30	8,6
Дети с гиперактивностью	73	20,9	61	17,4	12	3,5
с нарушением внимания	39	11,1	29	8,3	10	2,8
сочетанная форма	35	10	27	7,7	8	2,3

По данным частота регистрации СДВГ, формирующего школьную дезадаптацию у детей младшего школьного возраста, достигает 42%. У мальчиков наблюдается в 33,4%, у девочек в 8,6% (4:1). Диагноз: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности» выставлен в 20,9%, у мальчиков 17,4%, у девочек 3,5% (5:1).

Диагноз: «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания» составил 11,1%, у мальчиков 8,3% , у девочек 2,8% (3:1). Ядром клинических проявлений СДВГ, помимо гиперактивности и нарушений в системе «сон-бодрствование», всегда оказывается сочетание дефицита объема активного внимания с мнестическим дефектом.

Дефекты других модальностей отличаются мозаичностью, проявляют себя индивидуально, выступают комплексно. Сочетанная форма при нашем исследовании составила 10%, соотношение мальчиков и девочек 3:1.

Выводы: Среди мальчиков по нашим данным СДВГ встречается в 4 раз чаще, чем среди девочек. СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности стоит на первом месте, у мальчиков в 5 раз выше, чем у девочек.

Наиболее адекватно характер СДВГ отражают результаты поэтапного нейропсихологического обследования, которые обеспечивают эффективность проведения лечебных мероприятий. Прервать сложившиеся негативные тенденции возможно, применяя эффективные, современные и экономичные технологии лечения и профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Заваденко Н.Н. Ноотропные препараты в практике педиатра детского невролога. Методические рекомендации. Москва. РКИ Соверо пресс, 2003. – 24 с.
- 2 Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания у детей\ И.П Брызгунов, Е.В. Касатикова. Москва. Медпрактика, 2002. - 128 с.
- 3 Шилов С.Н., Павлова О.М., Шнайдер Н.А. Использование современных методов функциональной диагностики в объективной оценке степени выраженности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Детская и подростковая реабилитация. 2009. - №2 (13). – 28 с.
- 4 Кропотов Ю.Д. Лечение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью при помощи метода ЭЭГ-биологической обратной связи\ Ю.Д. Кропотов, В.А. Гринь-Яценко, Л.С.Чутко и др.\Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. - № 3. - 37-40 с.
- 5 Пилина Г.С. Морфофункциональные аспекты синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста. Морфологические ведомости. 2007. - № 1. - 103 с.

КГП на ПХВ «Детская областная больница» акимата, Северо- Казахстанской области, г. Петропавловск. Материал поступил в редакцию 18.11.12.

Түйін

И. Ф. ТИЩЕНКО

ПЕДИАТР ТӘЖІРИБЕСІНДЕ БАЛАЛАРДЫҢ ЗЕЙІНІ МЕН АСА БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ СИНДРОМЫ

«Балалардың облыстық ауруханасы» МКК , Петропавловск қ.

Кіші мектеп жасындағы 350 бала тексерілді. Аса белсенділікпен зейін жеткіліксіздігі синдромын тіркеу жиілігі 42% құрады: ұл балалар - 33,4%, қыздар - 8,6%. «Аса белсенділік пен импульсивтілік басымдылығымен НГЖС» диагнозы 20,9% жағдайда анықталған, ұлдарда 17,4%, қыздарда 3,5% (5:1). «Зейінінің басым бұзылыстарымен НГЖС» диагнозы 11,1% құрады, ұлдарда 8,3%, қыздарда 2,8% (3:1). Біздің зерттеу кезінде сәйкестік нысаны 10% құрады, ұлдар мен қыздардың сәйкестік үлесі 3:1 болып белгіленді. Кезеңнен кезеңге жүргізілген нейропсихологиялық зерттеу нәтижелері НГЖС сипатын дәл бейнелейді.

Кілтті сөздер: зейін мен аса белсенділік жеткіліксіздігі синдромы, балалар, стандартталған диагностикалау өлшемдері.

Abstract

I.F. TISHCHENKO

SYNDROME OF ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY IN PEDIATRIC`S PRACTICE
«Children regional hospital» North-Kazakhstan region, Petropavlovsk city

The study involved 350 children of primary school age. Recording frequency of attention deficit hyperactivity disorder occurs in 42% of cases. In boys, it is observed in 33.4% in girls at 8.6%(4:1). Diagnosis: "ADHD prevalence of hyperactivity and impulsivity", put in 20.9%, including 17.4% of boys, 3.5% in girls (5:1) Diagnosis "ADHD attention deficit with the advantage" is 11.1%, including 8.3% of boys, 2.8% in girls (3:1). Mixed form in the study is 10%, in the proportion of boys and girls 3:1. The results of a landmark study of neuropsychological show true form of ADHD.

Keywords: attention deficit and hyperactivity disorder, children, the standard diagnostic criteria

УДК 616.831-009.11-053.2(574)

И. Ф. ТИЩЕНКО

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОРЗ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ

В статье описываются результаты исследования 130 пациентов в возрасте старше 5 лет: с диагнозом ДЦП спастическая диплегия 52 ребёнка (40%), ДЦП гемиплегическая форма 42 ребёнка (32%), ДЦП атаксическая форма 20 детей (15%), ДЦП спастическая тетраплегия 16 детей (13%). 66% всех детей с ДЦП имели более 5 эпизодов ОРЗ в год. Их инфекционный индекс составил 1,2. ОРЗ у детей с ДЦП осложнялись бронхитом в 67% случаев, пневмонией в 13,2%. Лечение проводилось длительно с применением антибактериальных препаратов. Это обстоятельство предполагает рекомендовать врачам включить детей с ДЦП в группу ЧБД, планировать и проводить мероприятия по профилактике ОРЗ.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, острые респираторные заболевания, часто болеющие дети.

Введение. Детский церебральный паралич (ДЦП) — собирательный термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде. Перинатальная гипоксия, неблагоприятные антенатальные и постнатальные факторы развития ребенка, способствуют снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания, ведут к частым нарушениям адаптации к факторам внешней среды и расстройствам терморегуляции. Изменения функционального состояния вегетативной нервной системы у детей с ДЦП влияет на повышенную восприимчивость организма к респираторным инфекциям. Частые и тяжело протекающие острые респираторные заболевания (ОРЗ) приводят к нарушению физического и нервно-психического развития детей, к социальной дезадаптации, поглощают значительные материальные ресурсы, нанося экономический ущерб, связанный как непосредственно с затратами на лечение, так и с потерей трудового времени родителей.

Цель исследования: оценить частоту заболеваемости ОРЗ у детей с ДЦП.

Материалы и методы. Всего под наблюдением находилось 130 пациентов: с диагнозом ДЦП спастическая диплегия 52 ребёнка (40%), ДЦП гемиплегическая форма 42 ребёнка (32%), ДЦП атаксическая форма 20 детей (15%), ДЦП спастическая тетраплегия 16 детей (13%). Возраст детей составил старше 5 лет. По двигательному развитию: самостоятельно могли передвигаться 119 пациентов (91,5%), дети с ДЦП спастическая диплегия 52 ребёнка (40%), ДЦП гемиплегическая форма 42 ребёнка (32%), ДЦП атаксическая форма 16 детей (12,5%), ДЦП спастическая тетраплегия 9 пациентов (7%). Самостоятельно не передвигались 11 детей (8,5%): дети с ДЦП атаксическая форма 4 детей (3%), ДЦП спастическая тетраплегия 7 детей (5,5%). На протяжении года по статистическим

формам №112\у и №003\у мы изучали частоту заболеваемости ОРЗ и возможные осложнения у детей в данных группах.

Результаты и обсуждение. По критериям В.Ю.Альбицкого и А.А.Баранова (1986 г.), в группу часто болеющих детей (ЧБД) включаются дети старше 5 лет перенесшие 4 и более эпизодов ОРЗ в год (таб.1).

Таблица 1 - Частота ОРЗ у детей с ДЦП до 4 эпизодов в год

Формы ДЦП 130 детей	Частота ОРЗ до 4 эпизодов в год		
	Абс. дети\эпизоды	% в данной форме	% от всех детей
Диплегия	21\84	40	16
Гемипарез	18\54	43	14
Атаксия	3\12	15	2
Тетрапарез	2\8	13	2
Всего	44\158		34

До 4 эпизодов ОРЗ в год выявлено у 44 детей (158 эпизода), это составило 34% от всех обследованных детей. Более 5 эпизодов ОРЗ в год выявлено у 86 пациентов (530 эпизодов), что составило 66% всех детей с ДЦП (таб.2).

Таблица 2 - Частота ОРЗ у детей с ДЦП более 5 эпизодов в год

Формы ДЦП 130 детей	Частота ОРЗ более 5 эпизодов в год		
	Абс. Дети\эпизоды	% в данной форме	% от всех детей
Диплегия	31\186	60	24
Гемипарез	24\144	57	18
Атаксия	17\102	85	13
Тетрапарез	14\98	87	11
Всего	86\530		66

При включении ребенка в группу ЧБД мы учитывали: тяжесть каждого ОРЗ; наличие осложнений ОРЗ; необходимость применения антибактериальных препаратов. У всех детей в наших группах применялись в лечении антибактериальные препараты, это обусловлено тяжестью течения ОРЗ и длительностью лечения детей. До 14 дней получали лечение 61% детей, из них 39% дети с ДЦП спастической диплегией и 22% с ДЦП гемиплегической формой. Более 14 дней получали лечение 39% детей, это дети с тяжёлыми формами ДЦП: дети с ДЦП атаксическая форма 17%, ДЦП спастическая тетраплегия 15%, с ДЦП гемиплегическая форма 7% (таб.3).

Таблица 3 - Длительность лечения ОРЗ у детей с ДЦП

Формы ДЦП	Длительность лечения ОРЗ у детей с ДЦП			
	До 14 дней		Более 14 дней	
	абс	%	абс	%
Диплегия.	270	39	0	0
Гемипарез	150	22	48	7
Атаксия	0	0	114	17
Тетрапарез.	0	0	106	15
Всего ОРЗ	420	61	268	39

ОРЗ у детей с ДЦП осложнённые бронхитом составили 67% (таб.4).

Таблица 4 - ОРЗ у детей с ДЦП осложнённые бронхитом

Формы ДЦП	Количество ОРЗ	ОРЗ осложнённые	
		абс	%

Диплегия.	270	237	34
Гемипарез	198	160	23
Атаксия	114	46	7
Тетрапарез.	106	20	3
Всего ОРЗ	688	463	67

ОРЗ у детей с ДЦП осложнённые пневмонией составили 13,2%: ДЦП спастическая тетраплегия 7% (50 эпизодов ОРЗ), дети с ДЦП атаксическая форма 6% (50 эпизодов ОРЗ), дети с ДЦП гемиплегическая форма 0,2% (2 эпизода ОРЗ). Обращает внимание на себя то, что ОРЗ осложняется пневмонией у детей с тяжёлыми формами ДЦП: спастическая тетраплегия 47% (50 эпизодов из 106 ОРЗ в данной форме), атаксическая форма 35% (40 эпизодов из 114 ОРЗ в данной форме). У детей старше 3-летнего возраста в качестве критерия для включения в группу ЧБД также используют инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2-0,3, а у детей из группы ЧБД - 1,1-3,5. ИИ в нашем исследовании составил 1,2 у 66% детей с ДЦП и 0,7 у 34% детей с ДЦП.

Выводы: По результатам нашего исследования 66% всех детей с ДЦП в возрасте старше 5 лет имели более 5 эпизодов ОРЗ в год. Их инфекционный индекс составил 1,2. ОРЗ у детей с ДЦП осложнялись бронхитом в 67% случаев, пневмонией в 13,2% и только 20,8% ОРЗ протекали без осложнений.

Лечение проводилось длительно с применением антибактериальных препаратов. У детей с ДЦП формируется “порочный круг”: на фоне ослабленного иммунитета ребенок заболевает ОРЗ, которые, в свою очередь, еще больше ослабляют иммунитет.

Это обстоятельство предполагает рекомендовать врачам неврологам и педиатрам включить детей с ДЦП в группу ЧБД планировать и проводить мероприятия по профилактике частых ОРЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Пособие для врачей «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика». Москва. - 2002г. – 70 с.

2 Г.А. Самсыгина Г.С. Коваль. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии. Москва. Симпозиум. 2009. – С. 25-35.

3 В.Ф. Учайкин. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: применение иммуномодуляторов для лечения и профилактики. Педиатрия. Москва. 2009. – С. 66-72.

4 И.Б. Ершова, А.А. Высоцкий, В.И. Ткаченко, И.А. Лашина, А.А. Мочалова. Часто болеющие дети: возможности комплексной реабилитации. Здоровье Украины. 2009. – С. 58-62.

КГП на ПХВ «Детская областная больница» акимата, Северо- Казахстанской области, г. Петропавловск. Материал поступил в редакцию 26.11.12.

Түйін

И. Ф. ТИЩЕНКО

БАЛАЛАРДЫҢ ЦЕРЕБРАЛДЫҚ ПАРАЛИЧІНЕ ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫҢ ЖІТІ
РЕСПИРАТОРЛЫҚ АУРУМЕН НАУҚАСТАНУ ЖИЛІГІ
«Балалардың облыстық ауруханасы» ШЖҚ КМК Петропавловск қ.

Барлығы 5 жастан асқан 130 науқас тексерілді, оның ішінде: БЦС спастикалық дисплегия түрімен 52 бала (40%), БЦП гемиплегиялық түрімен 42 бала (32%), БЦС атаксикалық түрімен 20 бала (15%), БЦП спастикалық тетраплегиямен 16 бала (13%) тексерілді. БЦП-мен ауыратын барлық балалардың 66% жылына 5 реттен астам жіті респираторлық аурумен (ЖРА) науқастанған. Олардың инфекциялық индексі 1,2 құрайды. Мұндай балаларда ЖРА 67% жағдайда бронхитпен, 13,2% жағдайда пневмониямен асқынды. Емдеу барысы ұзақ мерзім антибактериалдық дәрілерді қолданып жүргізілді. Бұл жағдай дәрігерлерге БЦП ауыратын балаларды ЖАБ тобына енгізіп, оларға ЖРА алдын-алу шараларын жоспарлап жүргізуді қажет ететінін көрсетеді.

Кілтті сөздер: балалардың церебралдық параличі, жіті респираторлық аурулар, жиі ауыратын балалар.

Abstract

I.F. TISHCHENKO

FREQUENCY OF OCCURRENCE OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN WITH ICP

Children regional hospital North-Kazakhstan region, Petropavlovsk city

130 patients over the age of five years were observed, 52 children (40%) with cerebral palsy spastic diplegia, 42 children (32%) with cerebral palsy hemiplegic, 20 children (15%) with cerebral palsy ataxic form, cerebral palsy spastic quadriplegia - 16 children (13%). 66% of all children with cerebral palsy had more than 5 episodes of acute respiratory infections in a year. Their infection index was 1,2. ARI of children with cerebral palsy complicated by bronchitis in 67% of cases of pneumonia in 13.2%. The treatment was performed with the use of long-term antibiotics. This fact suggests to recommend doctors to include children with cerebral palsy in the FIC group, plan and carry out activities for the prevention of colds.

Keywords: cerebral palsy, acute respiratory infections, often ill children.

УДК 616.21-089:533.697

Р.К. ТУЛЕБАЕВ, С.Ж. ДЖАНДАЕВ, А.А. МУСТАФИН, З.Т. ЖОЛДЫБАЕВА,
А. МЕРГЕНТАЙ

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ АЭРОДИНАМИКИ НОСА ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

В статье описываются выраженные нарушения аэродинамики носа способствуют развитию заболеваний бронхо-легочного аппарата. Диагностика нарушений вентиляции у больных с искривлением носовой перегородки до операции имеет важное значение для профилактики и лечения легочной недостаточности. Также описываются принципы ринохирургической коррекции аэродинамических нарушений у больных с искривлением носовой перегородки.

Ключевые слова: искривление носовой перегородки, носовое сопротивление, риноманометрия, ринохирургия.

Введение. В общей структуре патологии ЛОР органов искривления носовой перегородки занимают существенное место [1,2,3,4,5,6,7]. Актуальность данной ринологической проблемы выходит далеко за рамки оториноларингологии, т.к. нарушение носового дыхания тесно связано с патологией всей респираторной системы, нередко с аллергизацией организма и нарушениями иммунной системы [8,9,10].

Значительные нарушения аэродинамики носа сопровождаются развитием патологического ринобронхального рефлекса, что приводит к заболеваниям бронхо-легочного аппарата [11,12,13]. Диагностика нарушений вентиляции легких у больных с искривлением носовой перегородки до операции имеет важное значение для профилактики и лечения бронхолегочной патологии.

Цель исследования: изучить аэродинамических нарушений носа у больных с искривлением носовой перегородки и обоснование ринохирургической коррекции.

Задачи:

1. Изучить клинико-функциональное состояние респираторной системы, а также аэродинамические нарушения носовой полости у больных с искривлением носовой перегородки (ИНП).
2. Определить информативную и количественную оценку показателей аэродинамики полости носа у больных с искривлением носовой перегородки.
3. Провести сравнительную оценку состояния носового дыхания и аэродинамики в послеоперационном периоде по результатам корректирующей ринохирургии.

Материалы и методы. Основной материал исследования составили клинические наблюдения и результаты специального обследования 78 больных с искривлением носовой перегородки.

Обследованные больные (мужчин- 57, женщин- 21) были в возрасте от 16 до 54 лет. Средний возраст больных составил 32,0±0,07 лет.

У всех пациентов выполнены оперативные вмешательства по поводу искривления носовой перегородки. Из 78 больных у 69 сделана эндоскопическая подслизистая резекция носовой перегородки с двухсторонней вазотомией и латеропозицией нижних носовых раковин, у 2 - с ринопластикой, у 4 - с дренированием гайморовых пазух, у 3- с полипотомией носа.

В зависимости от клинического течения заболевания и результатов специального обследования все больные распределены на 3 группы. Первую группу составили 42 больных. У больных первой группы носовое дыхание страдало со стороны искривления перегородки. При риноскопическом и

эндоскопическом обследовании выявлено несколько причин нарушения назального дыхания: гребня перегородки носа, деформации переднего конца средней носовой раковины, пастозности, отека слизистой оболочки, умеренной гипертрофии переднего и заднего конца нижней раковины. Носовой ход сужен на стороне искривления носовой перегородки. Вторую группу составили 17 больных. У них наряду с нарушением носового дыхания выявлены изменения функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Изменения носового дыхания были как на стороне искривления перегородки, так и на противоположной и обусловлены деформацией переднего конца средней носовой раковины, искривлением хряща в области носового клапана, гипертрофией нижней и средней носовой раковины, отеком слизистой оболочки. Однако у пациентов клинических признаков дыхательной недостаточности не было. Третью группу составили 19 больных. В этой группе наряду с нарушениями носового дыхания, выявлены изменения функции внешнего дыхания по рестриктивному типу со снижением проходимости мелких дыхательных путей и дыхательной поверхности легких. Наружный нос был деформирован у 5 из 19 больных. Назальное дыхание было резко ослаблено как на стороне ИНП, так и на противоположной. Риноскопически и эндоскопически у всех больных III группы выявлено несколько причин для затруднения прохождения воздуха в виде деформации переднего конца средней носовой раковины, комбинации искривления хряща в области носового клапана и на уровне его угла. У 8 пациентов выявлен сопутствующий риносинусит.

Из 78 больных с искривлением носовой перегородки у 84 выполнено риноманометрическое исследование аэродинамики полости носа на аппарате «Rinoscreen» фирмы «Jaeger» (Германия). Этот метод считается наиболее объективным [6,14]. Мы изучали суммарный объемный поток (СОП) на цифрах давления 75 Pa, 150 Pa, 300 Pa, а также суммарное носовое сопротивление (СНС).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica 6. Различия считались значительными при вероятности безошибочного прогноза ($p < 95\%$ и более).

У больных I группы средние величины суммарного объемного потока и СНС с искривлением носовой перегородки отличаются от аналогичных показателей полученных у ринологически здоровых добровольцев. Так, СОП при 75 Pa, 150 Pa, 300 Pa составлял соответственно 43,3 %, 56,1 % и 70,8 % от нормы. Показатели суммарного носового сопротивления были также пониженными и составили при 75 Pa, 150 Pa, 300 Pa - соответственно 0,49 Pa см³/сек; 0,54 Pa см³/сек; 0,67 Pa см³/сек. На противоположном ИНП стороне показатели суммарного объемного потока и СНС при 75 Pa, 150 Pa, 300 Pa оставались в пределах нормальных значений.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у больных I группы изменения аэродинамики полости носа в виде снижения суммарного объемного потока воздуха, повышения СНС проходящего через сторону ИНП было обусловлено деформацией хрящевого скелета носа, отеком и умеренной гипертрофией слизистой оболочки нижней и передних отделов средней носовой раковины. Риноманометрические показатели на противоположной стороне были в норме, что создавало условия для компенсации носового дыхания в целом. Поэтому эти изменения носового дыхания не сопровождались нарушениями функции внешнего дыхания. Вместе с тем, в целях профилактики дальнейших респираторных изменений пациенты нуждались в ринохирургической коррекции - подслизистой резекции ИНП.

Состояние аэродинамики полости носа изучали у 12 больных I группы на 5-6 сутки после операции. Результаты исследований показали, что у больных I группы в послеоперационном периоде показатели сопротивления носового дыхания были значительно ниже чем до операции.

Так, суммарный объемный поток на стороне искривления носовой перегородки на вдохе составил при 75 Pa, 150 Pa и 300 Pa соответственно 170,6 см³/сек, 250,4 см³/сек, 304,6 см³/сек. Они были значительно выше, чем до операции и составили СОП при 75 Pa на 104%, при 150 Pa на 121% и 300 Pa на 57% соответственно.

Результаты и обсуждение. У больных II группы наблюдались высокие показатели носового сопротивления на стороне искривления носовой перегородки. Выявлено снижение суммарного объемного потока на вдохе при 75 Pa до 102 см³/сек, 150 Pa до 113 см³/сек, 300 Pa до 380,5 см³/сек.

Эти риноманометрические показатели при 75 Pa, 150 Pa были ниже чем у больных I группы соответственно на 40,38% и 57,84%.

Средние величины суммарного объемного потока у больных II группы на стороне противоположной искривлению носовой перегородки отличаются от таковых аналогичных показателей полученных у ринологически здоровых добровольцев [14]. Так, СОП при 75 Pa и 150 Pa составлял соответственно 68,2% и 9,75% от нормы.

Показатели суммарного носового сопротивления на стороне искривления перегородки были также выше нормы соответственно при 75 Pa, 150 Pa и 300 Pa на 188%, 154% и 72%. Это свидетельствовало о выраженном нарушении назального дыхания, однако показатели СНС на противоположной стороне носовой полости существенно не отличались от нормы и составили при 150 Pa и 300 Pa на 18,9% и 11,4% соответственно больше обычных значений.

Эти показатели аэродинамики носа на стороне противоположной ИНП были существенно выше чем на той, где носовое дыхание резко ослаблено. По-видимому, это создало условия для компенсации носового дыхания в целом.

Наблюдения свидетельствуют о том, что у больных II группы изменения аэродинамики назального дыхания в виде снижения суммарного объемного потока воздуха как на стороне искривления носовой перегородки, так и на противоположной ИНП были обусловлены деформацией хрящевого скелета, гиперемией слизистой оболочки, гипертрофией нижней и средней носовой раковины.

У больных II группы проводился больший объем оперативных вмешательств, чем у больных I группы. Подслизистая резекция носовой перегородки сделана у 23 больных с дренированием гайморовых пазух и полисинусотомией у 4, с ринопластикой у 3, с септопластикой у 9.

Состояние аэродинамики полости носа изучали у 11 больных на 5-6 сутки после операции. Результаты исследований показали, что у больных 2 группы в послеоперационном периоде показатели носового сопротивления были ниже, чем до операции. Так, суммарный объемный поток на вдохе при 75 Pa и 150 Pa на 54,9% и 63,6% соответственно был выше их дооперационных значений. Показатели суммарного носового сопротивления в назальной полости улучшились и составили при 75 Pa, 150 Pa и 300 Pa соответственно 0,4 Pa см³/сек, 0,56 Pa см³/сек и 0,8 Pa см³/сек. Жизненная емкость легких имела тенденцию к увеличению и составила 90,1% от должных величин.

Результаты риноманометрического исследования показали, что у больных III группы имелись высокие показатели носового сопротивления. Суммарный объемный поток (СОП) на цифрах давления 75 Pa, 150 Pa и 300 Pa составил на стороне искривления носовой перегородки 83,54 см³/сек; 113,27 см³/сек и 193,7 см³/сек соответственно и эти данные были значительно ниже чем у больных I группы.

На противоположном искривлению носовой перегородке стороне показатели СОП были также низкими и при значениях 75 Pa, 150 Pa и 300 Pa составили соответственно 190,27 см³/сек; 180,5 см³/сек и 235,5 см³/сек.

Максимальная скорость потока на стороне ИНП была меньше чем у больных I группы. Низкие величины СОП как на стороне искривления носовой перегородки, так и на противоположной стороне свидетельствовали о значительной функциональной перегрузке обеих половин назальной полости, нарастанию резистентности воздушному потоку вплоть до полной обструкции. Из-за отсутствия носового дыхания, СОП у 6 больных на стороне ИНП не удалось измерить.

У больных III группы СНС на стороне искривления носовой перегородки характеризовались высокими цифрами и были в I группе при 75 Pa, 150 Pa и 300 Pa больше соответственно в 12,7, 18,9 и 17 раз.

Аналогичные изменения СНС происходили на противоположной стороне носовой перегородки. Так, суммарное сопротивление при 300 Pa составило 6,2 Pa см³/сек и было больше чем аналогичный показатель у больных II группы в 9,1 раз.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что выраженные нарушения аэродинамики полости носа возникают у больных с деформацией назального скелета, гипертрофией передней нижней и средней раковин, отеком, гиперемией, набуханием слизистой оболочки. Таким образом, существует несколько причин для нарушения носового дыхания.

Эти данные согласуются с мнением В.С.Козлова и соавт. (2002), что одна из половин носа функционально перегружается при искривлении носовой перегородки. Через определенное время в более широкой половине носа развивается хронический ринит с гипертрофией слизистой оболочки и нарастает резистентность воздушному потоку, возникает полная обструкция носа. Метод компьютерной риноманометрии, использованный нами для исследования больных с искривлением носовой перегородки, является объективным методом изучения назальной аэродинамики [6].

Таким образом выявлена высокая зависимость изменений реактивности верхних дыхательных путей при снижении носового дыхания у больных с искривлением носовой перегородки. Эти данные согласуются с мнением Ю.П.Ульянова (1997); С.М.Куян (2001), что выраженные нарушения носового дыхания могут привести к серьезным бронхо-легочным осложнениям.

Выявленные нами клинические и ринологические данные, с изучением показателей аэродинамики у больных с ИНП при выраженных нарушениях назального дыхания являются важными для предоперационной оценки состояния и ранней диагностики, а также профилактики нарушений функции носового дыхания и газообмена в легких.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при выраженных нарушениях назального дыхания в обеих носовых полостях, вызывающих уменьшение мукоцилиарного транспорта, повышение рН слизи, увеличение носового сопротивления при 150 Па до 10,22 Па см³/сек, у больных возникают осложнения в виде воспаления околоносовых пазух. В качестве предоперационной подготовки и решения вопроса об объеме операции у данных больных рекомендуется дополнительное обследование пазух носа. У этих пациентов проводилось хирургическое вмешательство на ИНП с широким диапазоном конструктивных вмешательств в виде подслизистой резекции перегородки носа, септопластики, с дренированием гайморовых пазух и полисинусотомией, латеропозицией нижних носовых раковин и конховазотомией.

Состояние аэродинамики полости носа изучали у 12 больных III группы на 5-6 сутки после операции. Результаты исследования показали, что у больных III группы в послеоперационном периоде показатели сопротивления носового дыхания оставались повышенными, но были существенно ниже их значений до операции. Так, суммарный объемный поток на стороне искривления носовой перегородки на вдохе составил при 75 Па, 150 Па и 300 Па соответственно 170,6 см³/сек, 250,4 см³/сек, 304,6 см³/сек. Они были значительно выше, чем до операции при 75 Па на 104%, при 150 Па на 121% и 300 Па на 57% соответственно.

Показатели суммарного сопротивления в назальной полости у этих больных на стороне искривления носовой перегородки также существенно улучшились, хотя и оставались еще высокими. Так, СНС при 75 Па, 150 Па и 300 Па составили соответственно 0,9 Па см³/сек; 1,44 Па см³/сек и 2,3 Па см³/сек и они были ниже их дооперационных значений.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что у больных III группы в послеоперационном периоде при проведении радикальной операции по поводу искривления носовой перегородки существенно улучшаются показатели аэродинамики полости в виде увеличения суммарного объемного потока и уменьшения СНС.

Выводы:

1. Основными и ведущими симптомами ИНП является дыхательная недостаточность с нарушением носового дыхания, которые проявляются изменениями функционального состояния слизистой оболочки носа, в частности, снижением мукоцилиарного клиренса, сдвигами рН носового секрета в щелочную сторону и уменьшениями проходимости носового сопротивления по данным риноманометрии.
2. При одностороннем нарушении носового дыхания в целях профилактики дальнейших респираторных изменений в дыхательной системе пациенты нуждаются в щадящей ринохирургической коррекции – подслизистой резекции искривленной носовой перегородки.
3. При выраженных нарушениях назального дыхания в обеих носовых полостях, обусловленных искривлением носовой перегородки и гипертрофией средней и нижней носовой раковины требуется безотлагательное хирургическое вмешательство на носовой перегородке с широким диапазоном конструктивных вмешательств.
4. Изменения носового дыхания сопровождающиеся уменьшением суммарного объемного потока при 75 Па до 102 см³/сек являются информативными и количественными показателями нарушений аэродинамики носа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Козлов В.С., Державина Л.Л. Носовой цикл. // Рос.ринол.-2001. - № 2. - 109 с.
- 2 Козлов В.С., Державина Л.Л., Шиленкова В.В. Акустическая ринометрия и передняя активная риноманометрия в исследованиях носового цикла // Рос.ринол. – 2002. - № 1. – С. 4-10.
- 3 Алтушев И.А. Аэродинамические показатели острых и хронических синуситов. Автореф. дис. канд. мед. наук.- Санкт-Петербург, 2006. - С. 20.
- 4 Эзрохин В.М., Никитин А.А., Безденежных Д.С. Хирургическое лечение деформаций носа. – М.: Медкнига, 2007. – 143 с.
- 5 Мезенцева О.Ю., Пискунов В.С. Динамика показателей передней активной риноманометрии (ПАРМ) при операциях на перегородке носа // ЖУНГБ. - № 5. – 2004. – 30 с.
- 6 Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М., 2006. – 559 с.

7 Huising E.N., de Jroot A.M. Septal surgery.- Stuttgart. Thieme, 2003. - P.190-191.

8 Овчинников А.Ю. Место, значение и роль воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух в возникновении, течении и лечении сочетанной патологии верхних и нижних дыхательных путей. Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 2004. -37 с.

9 Лопатин А.С. Искривление перегородки носа. В кн.: оториноларингология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР. – Медиа, 2008. – С. 430-496.

10 Bove M., Manson I., Kroon L. Delivery circum-stances in relation of adult septum deviation. Rhinology. – 1998. – Vol. 26. - 1 – P. 33-40.

11 Гюсан А.О. Восстановительная риносептопластика. – СПб, 2000. –191 с.

12 Плужников М.С. Консервативные и хирургические методы в ринологии. – С-Петербург, 2005. – С. 440

13 Grippi M.A. Pulmonary pathophysiology. – Philadelphia, 2004. – 304 p.

14 Палажук О.А., Вишняков В.В., Сергеева Т.А. Передняя активная риноманометрия в контроле эффективности хирургического гнойного и полинозного синуситов // Тез. докл. IV Всероссийск. научно-практич. Конференции. – М., 2005. – С. 21-22.

АО «Медицинский университет Астана»,

«Городская поликлиника № 4» ГКП на ПХВ, г. Астана. Материал поступил в редакцию 21.11.12.

Түйін

Р.К. ТӨЛЕБАЕВ, С.Ж. ДЖАНДАЕВ, А.А. МУСТАФИН, З.Т. ЖОЛДЫБАЕВА, А.МЕРГЕНТАЙ

МҰРЫННЫҢ КЕҢСІРІК ҚАЛҚАСЫНЫҢ ҚИСАЮЫ КЕЗІНДЕ АЭРОДИНАМИКАСЫ
БҰЗЫЛЫСТАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘСІЛМЕН ТҮЗЕТУДІ ДӘЛІЛДЕУ

«Астана медициналық университеті» АҚ,

«№ 4 қалалық емхана» ШЖҚ МКК, Астана қ.

Мұрын аэродинамикасының айқын бұзылуынан өкпе- бронх аппаратының ауруы дамуы мүмкін. Операцияға дейін мұрынның кеңсірік қалқасы қисайған наукастарда вентиляция бұзылыстарын диагностикалау өкпе кемістігін емдеуде және алдын алуда маңызды рөл атқарады. Осы мақалада мұрынның кеңсірік қалқасы қисайған наукастарда аэродинамика бұзылыстарын ринохирургиялық түзетудің қағидалары сипатталады.

Кілтті сөздер: мұрынның кеңсірік қалқасының қисаюы, мұрын кедергісі, риноманометрия, ринохирургия.

Abstract

R.K TULEBAYEV, S.J.DZHANDAYEV, AA MUSTAFIN, Z.T. ZHOLDYBAYEVA, A.MERGENTAY

NASAL AERODYNAMICS DISTURBANCES DUE TO NASAL SEPTUM DEVIATION
AND FOUNDATION OF RHINOSURGICAL TREATMENT

JSC «Medical University Astana»,

«Municipal policlinic № 4», Astana city

Significant disturbances of nasal aerodynamic can act as inducer and promoter of lung pathology. So, the early recognition of ventilation disturbances in patients with nasal septum deviation takes main role in prevention and treatment of lung pathology. In this article we discuss about principles of rhinosurgical correction of aerodynamics disturbances in patients with nasal septum deviation.

Key words: nasal septum deviation, nasal resistance, rhinomanometry, rhinosurgery.

УДК 616.12-089

Б.С. ТУЙШИЕВ

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕПЛОВОЙ КРОВЯНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В статье приводятся результаты применения кардиopleгии на основе аутокрови в защите миокарда пациентам с ИБС при операции аорто-коронарного шунтирования трех и более коронарных артерий в условиях нормотермического искусственного кровообращения.

Ключевые слова: кардиохирургия, защита, миокард, кардиopleгия.

Введение. Наблюдаемый прогресс в кардиохирургии - радикальные коррекции сложных врожденных пороков сердца, многоклапанное протезирование, операции реваскуляризации миокарда при многососудистом поражении коронарного русла, хирургическое лечение нарушений ритма сердца, осложненного инфарктом миокарда - связаны с разработкой и использованием методов интраоперационной защиты миокарда [1,2]. Острая послеоперационная сердечная недостаточность и инфаркт миокарда, как следствие его неадекватной защиты, еще продолжают оставаться одной из основных причин летальности больных после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения. Поэтому защита миокарда от ишемии при операциях является одной из центральных проблем кардиохирургии [3,4].

Несмотря на большое количество предложенных методов интраоперационной защиты миокарда, включающих в себя различные прописи кардиopleгических растворов, продолжается поиск оптимальных методик. В последние годы постоянно растет интерес к использованию крови в качестве основы для кардиopleгического раствора (КПР). Достоинства кровяной кардиopleгии связаны с высокой кислородной и буферной емкостью эритроцитов; наличием энергетических и пластических субстратов для метаболизма миокарда; адекватным коллоидно-осмотическим давлением, предупреждающим развитие внутриклеточного отека; наличием естественных антиоксидантов, снижающих риск реперфузионных повреждений; уменьшением общей гемодилюции во время операции, что особенно актуально при длительной ишемии миокарда и его сниженных функциональных возможностях. По мнению многих авторов, этот метод имеет несомненные преимущества по сравнению с другими способами защиты миокарда.

Вместе с тем многие аспекты клинического применения КПР остаются спорными или нерешенными. К ним относится целый ряд методических вопросов относительно рецептуры раствора, степени его оксигенации, температуры вводимого КПР, схемы его введения, системы кардиopleгической инфузии, степени гемодилюции [5,6].

Целью исследования явилось внедрение и оценка эффективности кардиopleгии на основе аутокрови.

Материалы и методы: основу работы составили результаты исследований 47 больных с ишемической болезнью сердца, которым в отделении кардиохирургии больницы было выполнено *Аорто-коронарное шунтирование трех и более коронарных артерий в условиях нормотермического искусственного кровообращения*. В зависимости от методики проводимой кардиopleгии обследованные были разделены: 1-я группа (18 чел.)- пациенты, которым для остановки сердечной деятельности, защиты сердца проводилась фармохолодовая кристаллоидная кардиopleгия (Кустодиол) по стандартной методике; 2-я группа (29чел.) – пациенты, которым проводилась тепловая кровяная кардиopleгия, где за основу была взята интегрированная методика G. Buckberg и соавт., отличие которой заключается в ионном составе раствора, температуре раствора и методике проведения кардиopleгии.

По клинико-anamnestическим данным и результатам лабораторно-инструментального обследования обе группы больных до операции не различались. Средний возраст больных составил 52 года (от 47 до 76лет). Методика проведения предлагаемой нами тепловой кровяной кардиopleгии заключается в следующем. Кровь (артериальный перфузат) через шунт рециркуляции оксигенатора после начала искусственного кровообращения забирается в гемокон объемом 500,0 мл, в который был предварительно добавлен кристаллоидный компонент (гиперкалиевый 1-раствор) (таб.1):

Таблица 1 – Показатели предварительно добавленного кристаллоидного компонента (гиперкалиевый 1-раствор)

Компоненты раствора	Количество мл	Концентрация моль/л
KCl 4%	60	K+ 33,25
NaHCO ₃ 4%	10	Na+ 134
FDP 5мг	50	
Манит 15%	10	
NaCl 0,9%	70	Cl -195

Mg SO4 25%	10	Mg 16.65
Рн	7,83	
Осмолярность	328,8 мосм/л	

Затем через 15-20 мин (таб.2) после пережатия аорты (время ишемии ИК) гипокалиевый раствор (2-раствор):

Таблица 2 – Данные после пережатия аорты (время ишемии ИК) гипокалиевый раствор (2-раствор)

Компоненты раствора	Количество мл	Концентрация моль/л
KCl 4%	25	K+ 16,62
NaHCO3 4%	10	Na+ 134
FDP 5мг	50	
Манит 15%	10	
NaCl 0,9%	70	
Mg SO4 25%	10	
Рн	7,83	
Осмолярность	314,8 мосм/л	

Полученная смесь артериального перфузата и кристаллоида в соотношении $\frac{1}{4}$ подается через систему в кардиоплегическую канюлю с необходимым давлением в зависимости от места подачи (антерградно - 120-150 мм.рт.ст., ретроградно- 50 мм.рт.ст., селективно через устья коронарных артерий 60-80мм.рт.ст., через манжету).

Результаты и обсуждение. В исследовании были проанализированы следующие клинические показатели: время пережатия аорты, продолжительность искусственного кровообращения, характер восстановления сердечной деятельности, степень инотропной поддержки к концу операции. Степень инотропной поддержки к концу операции и характер восстановления самостоятельной сердечной деятельности после снятия зажима с аорты остается одним из основных критериев эффективности защиты миокарда при любой методике кардиopleгии.

Среднее время пережатия аорты в группе №1 составило 42 мин (min-28мин, max-51мин), время искусственного кровообращения - 67 мин (min-54мин., max-65мин). Среднее время пережатия аорты в группе №2 составило 44 мин (min- 31мин, max-59мин), время искусственного кровообращения - 71 мин (min- 63 мин, max-81 мин).

Самостоятельное восстановление сердечной деятельности достоверно чаще отмечалось в группе № 2 с кровяной тепловой кардиopleгией - 81% в против 32% - 1 группе. Во всех остальных случаях использовалась электро-дефибриляция с помощью эпикардиальных электродов. Мерцательная аритмия достоверно реже наблюдалась во 2 группе - 3,7% против 11% - в 1 группе.

Анализ степени инотропной поддержки в ближайшем постперфузионном периоде, которая осуществлялась при необходимости, как правило, дробно раствором адреналина в конце операции в дозировке 0,05 мкг/кг/мин и добутомина в дозировке 10 мкг/кг, показал, что частота применения адреналина и добутамина была достоверно ниже во 2 группе больных, которым проводилась кровяная тепловая кардиopleгия.

Заключение: Таким образом, выявлено, что тепловая кровяная кардиopleгия обеспечивает качественную защиту миокарда при операциях с длительным пережатием аорты (2-4 час.), при гипертрофии миокарда, а также у больных с исходно низкими резервами миокарда и у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, что расширяет показания к ее использованию кровяной кардиopleгии. В своей практике мы используем методику кровяной кардиopleгии при операциях на сердце у больных как с ишемической болезнью сердца, так и с поражением клапанов и врожденной патологией сердца. Преимуществами данного метода является: возможность полного возврата в контур аппарата экстракорпорального кровообращения без создания при этом избыточной гемодилюции; естественная буферность КПП; естественная антиоксидантная защита; минимальная цитотоксичность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кецкало М.В. Интраоперационная защита миокарда с помощью тепловой кардиopleгии на основе оксегенированной аутокрови//Автореф. дисс. канд. мед. наук.- М.- 2004. - 28 с.
- 2 Елисеев А.А. Прерывистая антеградная тепловая кровяная кардиopleгия// Интраоперационная защита миокарда: Тез. Док. и сообщ. 2-го съезда по экстракорпоральным технологиям.- Казань.- 2008. - С. 37-38.
- 3 Никитин К.Б., Левит А.Л., Николаев Э.К. и др. Искусственное кровообращение в режиме «теплотело-холодное сердце» при операциях реваскуляризации миокарда // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия- 2002. - № 4. - С. 50-53.
- 4 Шнейдер Ю.А., Сливин О.А., Шаталова А.Е. Сравнительная оценка применения прерывистой тепловой и холодной кровяной антеградной кардиopleгии при операциях прямой реваскуляризации миокарда.// Интраоперационная защита миокарда: Тез. докладов и сообщ. 6-го Всероссийского съезда серд.-сосуд. хирургов.- М.- 2000. - С. 25-27.
- 5 Бокерия Л.А., Нисневич Э.Д., Лукшин А.В. и др. Защита миокарда при операциях аорто-коронарного шунтирования.// Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- 2000. - № 4. - С. 29-70.
- 6 Борисов И.А., Попов Л.В., Ломакин А.Г. и др. Нормотермическое искусственное кровообращение и кровяная калиевая кардиopleгия.// Тез. докл. 9-го Всерос. Съезда сердечно-сосудистых хир.- М.- 2003. – 243 с.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК. Материал поступил в редакцию 17.10.12.

Түйін

Б.С. ТҮЙШИЕВ

ЖАСАНДЫ ҚАНАЙНАЛЫМЫНДА ЖҮРЕККЕ ОПЕРАЦИЯ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ МИОКАРДТЫ ҚОРҒАУ ҮШІН ЖЫЛЫ ҚАН КАРДИОПЛЕГИЯСЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ
ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Мақалада бірқалыпты термиялық жасанды қанайналымы жағдайында үш және одан да көп коронарлық артерияларға аортокоронарлық шунттау операциясын жасау кезінде ЖИА-сы бар науқастардың миокардын қорғау үшін аутокан негізіндегі кардиopleгияны қолдану нәтижелері келтіріледі.
Кілтті сөздер: кардиохирургия, қорғау, миокард, кардиopleгия

Abstract

B.S.TUYSHIEV

EXPERIENCE IN THE USE OF THERMAL BLOOD CARDIOPLEGIA TO PROTECT MYOCARDIUM DURING CARDIAC SURGERY UNDER CARDIOPULMONARY BYPASS
Central clinical center of MC PAA RK

The paper presents the results of autologous blood cardioplegia based in protecting the myocardium in patients with coronary artery disease during surgery coronary artery bypass grafting with three or more of the coronary arteries in a normothermic cardiopulmonary bypass.
Keywords: cardiac surgery, protection, myocardium, cardioplegia

УДК: 617-089.844

Р.Р.ЧОРМАНОВА, В.В.БАЛКОВОЙ, М.Н. МАЙЛЫБАЕВ

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ ПОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

В статье описывается опыт проведения чрескожной и прямой вертебропластики под рентгенологическим контролем цифровой системы С-образной дуги ARCADIS Varic (Siemens) в

реальном режиме времени у 30 пациентов с болевым синдромом при дегенеративно-дистрофических, посттравматических, метастатических изменениях в позвоночнике.

Ключевые слова: вертебропластика, рентгенконтроль, С-дуга.

Введение. Купирование болевого синдрома является неотъемлемой частью комплексной терапии при дистрофически-деструктивных заболеваниях позвоночника. Сохраняющийся болевой синдром при неэффективности анальгетиков, транквилизаторов, физиотерапии, рефлексотерапии является показанием к хирургическому лечению [1].

Хирургия позвоночника – один из сложных разделов ортопедии и травматологии. Операции, проводимые в непосредственной близости от спинного мозга, должны выполняться с ювелирной точностью и крайней осторожностью [2]. Неоценимую помощь в этих ситуациях оказывает рентгенологический контроль во время вмешательства [3]. С целью более эффективной работы врачей-травматологов, нейрохирургов, снижения риска возникновения послеоперационных анестезиологических осложнений, а также для повышения необходимого интра- и послеоперационного анальгетического эффекта рентгенологический контроль осуществляется непосредственно в операционной. Более того, эффективность и точность выполненной манипуляции оценивается в момент оперативного пособия [4,5].

Цель исследования - оценка эффективности и безопасности проведения пункционной вертебропластики под контролем мобильной цифровой системы С-образной дуги ARCADIS Varic (Siemens) в реальном режиме времени у пациентов с болевым синдромом при дегенеративно-дистрофических, посттравматических, метастатических изменениях в позвоночнике.

Материалы и методы. Пункционная вертебропластика была выполнена 30 пациентам, из них 18 женщинам и 12 мужчинам в возрасте от 17 до 89 лет (средний возраст 51,5 лет).

Показаниями для проведения пункционной вертебропластики послужили: гемангиомы – 11 случаев, остеопороз позвоночника – 5, из них с патологическими переломами позвонков – 3 случая; метастатические поражения позвоночника – 2 случая; первичные доброкачественные и злокачественные опухоли позвоночника - 12 случаев.

Использовались иглы со скошенным срезом, наиболее удобные для выполнения вертебропластики, длиной 10 и 15 см, диаметром 11G (около 3 мм). Для введения костного цемента использовался 10 мл шприц высокого давления, позволяющий поддерживать постоянное давление во время введения костного цемента. Использовали костный цемент низкой вязкости.

Выполнение вертебропластики состояло из трех этапов: введение иглы, флюэбоспондилография и введение цемента. Все этапы вертебропластики производились под контролем С-дуги ARCADIS Varic фирмы Сименс, полипозиционно.

Рентгенологический контроль всех этапов позволил оценить интенсивность венозного оттока, визуализировать пути возможной утечки костного цемента. Объем вводимого цемента обычно колебался от 2-4 мл в грудном отделе и до 5-7 мл - в поясничном. Обезболивающий эффект, как показывает практика, не зависит от объема вводимого цемента. При выполнении рентгенологического контроля во время манипуляции соблюдались правила радиационной безопасности с применением средств защиты.

Результаты и обсуждение. Из 30 пациентов, которым была выполнена вертебропластика, в 29 наблюдениях она была выполнена чрескожным методом, в 1 случае – прямым, во время открытой хирургической операции. Качество выполнения малоинвазивной операции оценивалось по следующим критериям: полное или значительное уменьшение боли – хороший обезболивающий эффект, умеренное или минимальное уменьшение боли – удовлетворительный эффект, усиление боли – неудовлетворительный эффект. Во всех случаях был достигнут положительный эффект: значительное уменьшение боли у 26 (86,7%) пациентов, умеренное уменьшение – у 4 (13,3%).

Рентгенологический контроль позволил избежать осложнений при выполнении данной манипуляции, а в одном наблюдении - предотвратить вытекание костного цемента и своевременно провести удаление метилакрилового фрагмента из интерламнарного доступа без развития болевого корешкового синдрома.

В нескольких случаях пациенты отмечали боли в месте прохождения иглы. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов в течение нескольких дней полностью купировал болевой синдром.

Выводы. Таким образом, вертебропластика является эффективным методом лечения боли и может применяться для укрепления переднего опорного столба позвоночника вместо переднего

спондилодеза при открытых хирургических операциях. При этом рентгенологический контроль значительно снижает возможность осложнений при выполнении манипуляции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине и конечностях./ Под ред. Н.Н.Яхно.- М.:Медицина.- 2001. - С. 293-316.
- 2 Barr J.D., Barr M.S., Lemley T.J., et al. Percutaneous vertebroplasty for pain relief and spinal stabilization // Spine. 2000. Vol. 25. -P. 923–928.
- 3 Belkoff S.M., Mathis J.M., Jasper L.E., et al. The biomechanics of vertebroplasty: the effect of cement volume on mechanical behavior // Spine. 2001. Vol. 26. P. 1537–1541.
- 4 Belkoff S.M, Deramond H. The effect of monomer on MCF-7 breast cancer cell viability // Poster presented at the 11th Interdisciplinary Research Conference on Biomaterials. March 8–9, 2001. Unpublished Work.
- 5 Belkoff S.M., Maroney M., Fenton D.C., et al. An in vitro biomechanical evaluation of bone cements used in percutaneous vertebroplasty // Bone. 1999. Vol. 25 (2 Suppl). P. 23S–26S.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 10.10.12.

Түйін

Р.Р. ЧОРМАНОВА, В.В. БАЛКОВА, М.Н. МАЙЛЫБАЕВ

РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУМЕН ОМЫРТҚАНЫ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ
ОПЕРАЦЯЛАРЫН ЖАСАУ ТӘЖІРИБЕСІ
ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Мақалада нақты уақыт тәртібінде ARCADIS Varic (Siemens) C-доға тәрізді сандық жүйесінің рентгенологиялық бақылауымен омыртқаның дегенерациялық-дистрофиялық, жарақаттанудан кейінгі және метастаздық өзгерістері салдарынан ауырсыну синдромы бар 30 науқасқа тері арқылы және тікелей вертебропластика жүргізу тәжірибесі сипатталады.

Кілтті сөздер: Вертебропластика, рентген-бақылау, C-доғасы

Abstract

R.R. CHORMANOVA, V.V. BALKOVOY, M.N. MAILYBAEV

RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON THE SPINE UNDER X-RAY CONTROL
Central clinical center of mc paa rk, Almaty city

The paper describes the experience of percutaneous and direct vertebroplasty under X-ray control system digital C-arm ARCADIS Varic (Siemens) in real time in 30 patients with pain in degenerative, post-traumatic, metastatic changes in the spine.

Keywords: vertebroplasty, rentgenkontrol, C-ar

УДК 618.195

Р.Р. ЧОРМАНОВА

ПРИМЕНЕНИЕ СКРИНИНГОВЫХ МАММОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ
ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В статье описываются результаты проведения скринингового маммографического обследования среди женщин старше 40 лет с целью раннего выявления рака молочной железы.

Ключевые слова: маммография, скрининг, рак, раннее выявление.

Введение. Рентгеновская маммография является «золотым стандартом» для выявления рака молочной железы (РМЖ), так как обладает самой высокой специфичностью (более 92 %) [1].

Специалисты-маммологи и онкологи рекомендуют проводить ежегодные профилактические исследования с помощью маммографии у всех женщин старше 40 лет. Метод используется в качестве скрининга, то есть метода быстрого обследования больших групп пациенток. Причем он позволяет выявить патологические изменения на ранних стадиях. Раннее выявление рака молочной железы с помощью маммографии означает, что большее число женщин могут вылечиться от этого заболевания, при этом сохранив грудь [2].

В развитых странах Европы все женщины старше 45 лет проходят обязательную процедуру рентгеновской маммографии, что позволило снизить смертность от рака молочной железы на 35%. В Казахстане обязательным является регулярное обследование женщин старше 40 лет [3].

В настоящее время в мире в подавляющем большинстве случаев для диагностики РМЖ используют рентгеновскую проекционную маммографию, пленочную (аналоговую) или цифровую. Следует отметить, что согласно рекомендации ВОЗ достаточным для диагностики РМЖ на ранних стадиях является аппарат, позволяющий получать изображение, с разрешением не менее 20 пар линий на миллиметр, для аналоговых, и 20 пикселей на мм², для цифровых установок. Аппараты с меньшим разрешением для ранней диагностики образований молочной железы не пригодны [4].

Цель исследования – оценка результатов скринингового маммографического обследования по выявлению новообразований молочной железы.

Материалы и методы. Нами освоена работа на аналоговом диагностическом аппарате – маммографе ALFA ST, который широко применяется в лечебных учреждениях, позволяет проводить полипозиционные исследования: в прямых, косых, боковых проекциях; выполнять прицельные маммограммы, а также маммограммы различных форматов при разной величине молочных желез, достигая визуализации полной картины всех рентген-анатомических элементов [5]. Аппарат оснащен необходимым набором защитных средств.

Скрининговое маммографическое обследование провели 740 женщинам, из них: от 40 до 50 лет – 179 (24,2%), от 50 до 60 лет – 182 (24,6%), от 60 до 70 лет – 138 (18,6%), от 70 до 80 лет и старше – 241 (32,6%) пациентка. Среди обследованных преобладали пациентки старческого возраста.

Маммография женщинам фертильного возраста проводилась в первую фазу менструального цикла (с 5-го по 12-й день, считая с первого дня менструации). Исследования выполнялись полипозиционно. Противопоказанием для маммографии являлась беременность.

Результаты и обсуждение. В процессе исследования подозрение на рак молочной железы было выявлено у 38 (5,1%) пациенток, которым с целью дифференциальной диагностики проводились дополнительные виды исследований, такие как ультразвуковая диагностика, при необходимости с эластографией, пункционная биопсия. Диагноз подтвержден гистологически у 5 (13,2%) пациентов, всем проведено радикальное лечение.

Доброкачественные образования молочных желез выявлены у 77 (10,4%) пациентов, которые оставлены для динамического наблюдения у врача маммолога.

В процессе динамического контроля сравнивались текущие и предыдущие маммограммы. При увеличении размеров очагов или при выявлении впервые исключали их злокачественность. Но даже уменьшение размеров может быть проявлением злокачественности, вызванного за счет присоединившегося фиброза. При проведении контрольных исследований для вынесения решения о доброкачественной природе образования интервалы между исследованиями должны составлять (с учетом времени удвоения опухоли) не менее 6 месяцев.

Заключение. Таким образом, качественно проведенная маммография на современном оборудовании обладает высокой чувствительностью и позволяет не только определить наличие изменений в тканях молочной железы, но и оценить их размеры, характер, распространенность.

Поскольку большинство непальпируемых раковых опухолей впервые диагностируются или подозреваются на основании результатов маммографического исследования, для получения хороших результатов необходимы современная аппаратура, соответствующее образование и контроль качества полученных изображений. Наряду с этим, необходимо помнить, что отрицательные данные маммографического исследования при наличии клинического подозрения не должны успокаивать врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бухарин Д.Г., Величко С.А., Слонимская Е.М., Фролова И.Г., Лунева С.В., Гарбуков Е.Ю., Дорошенко А.В. Роль маммографии в диагностике «малых» форм рака молочной железы,

развившегося на фоне фиброзно-кистозной болезни.// Сибирский онкологический журнал. - 2011. - № 6. - С. 10-13.

2 Семиглазов В.Ф. Скрининг для раннего выявления рака молочной железы.// Медицинский альманах.- 2008. - № 3.- С. 63-65.

3 Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний молочных желез. – СПб: Издательство ЭЛБИ. - 2006. – 232 с.

4 Садыков С.С., Буланова Ю.А., Захарова Е.А. Методика выявления рака молочной железы.// Алгоритмы, методы и системы обработки данных.- 2012. - № 19. - С. 168-178.

5 Фомин Ю.А., Саманов В.С. Рентгеноанатомический атлас молочных желез. – СПб: Гиппократ.- 2003. - 164 с.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 11.10.12.

Түйін

Р.Р. ЧОРМАНОВА

СҮТ БЕЗДЕРІНДЕГІ ЖАҢА ӨСПЕЛЕРДІ АНЫҚТАУ ҮШІН СКРИНИНГ РЕТІНДЕ
МАММОГРАФИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ҚОЛДАНУ
ҚР ШБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Мақалада сүт бездері обырын ерте анықтау мақсатында 40 жастан асқан әйелдер арасында скринингтік маммографиялық зерттеулер жүргізу нәтижелері сипатталады.
Кілтті сөздер: маммография, скрининг, обыр, ерте анықталған

Abstract

R.R. CHORMANOVA

THE USE OF MAMMOGRAPHY AS A SCREENING FOR BREAST CANCER TUMORS
Central clinical hospital of MC PAA RK, Astana city

The paper describes the results of screening mammography in women over 40 years with the aim of early detection of breast cancer.

Keywords: mammography, screening, cancer, early detection

УДК 612.649:618.39(045)

У. ХАСАНОВА, С. ТУРЕБАЕВ

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

В статье описывается эффективность работы матки у первобеременных рожениц при преждевременном излитии околоплодных вод в 1,78 раза ниже, чем при своевременном излитии околоплодных вод, что в свою очередь оказывает влияние на исход родового процесса. Так, ишемическигипоксические поражения ЦНС наблюдались в 2,5 раза чаще, аспирация околоплодными водами — в 2,3 раза чаще, кефалогематомы — в 2,8 раза чаще, чем у новорожденных при своевременном излитии околоплодных вод.

Ключевые слова: новорожденный, околоплодные воды, осложнения, преждевременное излитие.

Введение. Дородовое излитие околоплодных вод – спонтанный разрыв амниотических оболочек до начала регулярных сокращений матки [1]. Дородовое излитие вод (ДИВ) при недоношенной беременности осложняет течение беременности только в 2% случаев, но связано с 40% преждевременных родов и является причиной значительной части неонатальной заболеваемости и смертности [2,3].

Три основные причины неонатальной смертности связаны с ДИВ при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких [4]. Риск для матери

связан, прежде всего, с хориоамнионитом. Доказана связь между восходящей инфекции из нижних отделов генитального тракта и ДИВ. Каждая третья пациентка с ДИВ при недоношенной беременности имеет положительные результаты посевов культуры генитального тракта [5], более того, исследования доказали возможность проникновения бактерий через интактные мембраны [3,5]. В снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности большое значение имеет интранатальный период, осложнения которого могут приводить к серьезным последствиям как для матери, так и для ребенка. В этом направлении ПИОВ представляет собой сложную акушерскую проблему, неослабевающий интерес к которой определяется повышением частоты данного осложнения родового акта в последнее десятилетие. И. А. Критская и соавторы выявили высокую частоту пери- и венстрикулярных кровоизлияний и отека мозга, свидетельствующих о тяжелой гипоксии новорожденных от первобеременных матерей при преждевременном излитии околоплодных вод. В связи с этим было оценено состояние здоровья новорожденных у первобеременных при своевременном (СИОВ) и преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ). Работа посвящена анализу аномалий родовой деятельности у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод.

Целью исследования явилось оценка состояния сократительной деятельности матки (СДМ) у первобеременных в динамике спонтанных родов при своевременном (СИОВ) и преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ). С этой целью проведено ретроспективное сравнительное изучение состояния здоровья новорожденных у 888 первобеременных с ПИОВ (1 группа — основная) и у 1099 пациенток со СИОВ (2 — группа контроля) со сроками гестации 38–40 недель. Состояние здоровья новорожденных оценивалось путем изучения карт развития новорожденных. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Материалы и методы. Было проведено сравнительное изучение аномалий родовой деятельности у первобеременных с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) и у пациенток со своевременным излитием околоплодных вод (СИОВ). Благоприятный исход родов, являющийся ключевой проблемой акушерства, во многом зависит от характера, качества и эффективности родовой деятельности. Отсутствие биологической готовности организма к родам неблагоприятно сказывается на развитии регулярной родовой деятельности и течении родов. Изменение характера сократительной деятельности матки (СДМ) в родах может быть проявлением адаптационно-защитных механизмов, направленных на поддержание гомеостаза при возникновении патологических изменений в организме матери и плода. Для чего было проведено сравнительное изучение гистерограмм у 40 первобеременных с ПИОВ (1 — основная группа) и у 20 пациенток со СИОВ (2 — контрольная группа) со сроками гестации 38–40 недель. Характер сократительной деятельности матки у пациенток обеих групп изучался методом наружной гистерографии. Обработка гистерограмм проводилась методом качественного и количественного анализа. Оценка качественной активности СДМ в родах проводилась с учетом частоты, амплитуды и длительности маточных сокращений. При количественном анализе СДМ использовался метод математического анализа гистерограмм. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Результаты и обсуждение. В результате выявлено, что при ПИОВ у первобеременных схватки имели низкую интенсивность — $28,53 \pm 0,6$ мм рт ст (при СИОВ — $45,77 \pm 0,45$ мм рт ст) и низкую частоту — 3,59 схватки за 20 минут (в контрольной группе — 9,72). Базальный тонус матки был несколько ниже, чем при отхождении вод на фоне родовой деятельности ($10,75 \pm 0,5$ мм рт ст против $11,87 \pm 0,4$). Эффективность СДМ в основной и контрольной группах составила соответственно $1,91 \pm 0,6$ и $3,41 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Кроме того, тонус матки во всех фазах первого периода родов был более высоким у рожениц с «незрелой» шейкой матки ($12,0 \pm 0,6$ мм рт ст), чем у первобеременных с «созревающей» шейкой матки ($9,0 \pm 0,5$ мм рт ст). Одновременно установлено, что на протяжении первого периода родов интенсивность сокращений матки у рожениц при ПИОВ с «незрелой» шейкой матки значительно выше, чем при наличии «созревающей» шейки матки. Особенно значительные различия между средними значениями обнаружены в 1-й и 2-й фазах первого периода родов, когда медикаментозные методы коррекции СДМ еще не применялись. При анализе СДМ во втором периоде родов у пациенток 1-й и 2-й групп существенных различий обнаружено не было.

В результате проведенного исследования выявлено, что средняя масса новорожденных составила $3435,6 \pm 0,65$ г у первобеременных основной группы и $3330 \pm 0,9$ г у первобеременных контрольной группы. Однако удельный вес новорожденных с массой 4000 и более грамм достоверно выше у пациенток, роды которых осложнились ПИОВ (9,54% и 6,05% соответственно). Средняя оценка состояния плода при рождении по шкале Апгар составила $7,27 \pm 0,6$ балла у пациенток

основной группы и $7,89 \pm 0,65$ балла у пациенток группы контроля. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных основной группы наблюдалась в 8,31% случаев (в контрольной — в 3,34%), аспирация околоплодными водами — в 0,45% случаев (в контрольной — 0,19%). Наличие выраженной родовой опухоли на головке новорождённого отмечено в 8,22% случаев, кефалогематомы обнаружены — у 0,78% детей, рождение которых осложнилось ПИОВ (основная группа), в группе контроля соответственно — 2,28% и 0,29%. Необходимо отметить, что из 8,78% новорождённых контрольной группы, состояние которых оценено при рождении на 7 баллов, у 5,13% в первые 2–3 дня жизни были отмечены признаки, которые свидетельствовали о перенесённой в родах гипоксии.

Выводы. Таким образом, эффективность работы матки у первобеременных рожениц при преждевременном излитии околоплодных вод в 1,78 раза ниже, чем при своевременном излитии околоплодных вод, что в свою очередь оказывает влияние на исход родового процесса. Снижение значений гистерографических показателей родов при преждевременном излитии околоплодных вод в сопоставлении с показателями родовой деятельности при своевременном излитии околоплодных вод свидетельствует о нарушении сократительной деятельности матки у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод [6,7]. Заболеваемость новорожденных при преждевременном излитии околоплодных вод в 2 раза выше, чем при своевременном излитии околоплодных вод. Так, ишемическигипоксические поражения ЦНС наблюдались в 2,5 раза чаще, аспирация околоплодными водами — в 2,3 раза чаще, кефалогематомы — в 2,8 раза чаще, чем у новорожденных при своевременном излитии околоплодных вод.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айламазян Э. К. Современное состояние проблемы перинатальных инфекций // Вестн. Рос. асс. акуш. гинекол. — 1995. — № 2. - С. 3-11.
- 2 Диагностика и профилактика неблагоприятного влияния герпетической инфекции на течение беременности, плод и новорожденного // Метод. рекоменд. — Минск, 1992.
- 3 Иванова Л. А., Кетиладзе Е. С. и др. О возможности вертикальной передачи аденовирусной инфекции при хроническом и латентном течении ее у матери // Вопр. охр. мат. и дет. — 1986. — № 5. - С. 14-140.
- 4 Ритова В. В. Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека. — М.: Медицина. — 1976. — 256 с.
- 5 Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А., Сичинава Л. Г. Плацентарная недостаточность. М. — 1991.
- 6 Цинзерлинг А. В. Этиология и патологическая анатомия острых респираторных инфекций. — Л.: Медицина. — 1977. — 160 с.
- 7 Barney G. S., Perkins M. Primary respiratory syncytial virus infection in mice // J. Med. Virol. — 1988. — Vol. 26. — № 2. — P. 153-162.

Атырау, Родильный дом. Материал поступил в редакцию 08.10.12.

Түйін

У. ХАСАНОВА., С. ТУРЕБАЕВ

ҚАҒАНАҚ СУЫ МЕЗГІЛІНЕН БҰРЫН КЕТҮІ КЕЗІНДЕГІ АСҚЫНУЛАР

Перзентхана, Атырау

Осы зерттеу жұмысында алғашқы жүктілігінде босанатын әйелдердің қағанақ суы мезгілінен бұрын кетуі кезінде жатыр жұмысының тиімділігі қағанақ суы мезгілінде кетуіне қарағанда 1,78 рет төмен болғаны анықталды, бұл өз кезегінде босану барысының нәтижесіне әсерін тигізеді. Осылайша, қағанақ суы мезгілінде кетіп, туылған нәрестелермен салыстырғанда қағанақ суы мезгілінен бұрын кетіп туылған нәрестелерде орталық жүйке жүйесінің ишемиялық гипоксиялық зақымдануы 2,5 рет, қағанақ суларымен аспирация (тұншығу) - 2,3 рет, кефалогематома - 2,8 рет жиі болатыны анықталды.

Кілтті сөздер: нәресте, қағанақ суы, асқынулар, мерзімінен бұрын су кетуі.

Abstract

U. KHASSANOVA, S.TUREBAEV

COMPLICATIONS WITH PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES

Maternity Hospital of Atyrau city

Effectiveness of the uterus of primiparous women in labor with preterm rupture of membranes in a 1.78 times lower than for the timely discharge of amniotic fluid, which in turn affects the outcome of the generic process. Lower values of the parameters gisterograficheskikh labor with preterm rupture of membranes in relation to the performance of labor for the timely discharge of amniotic fluid indicates a violation of uterine activity in primigravidas with preterm rupture of membranes. The incidence of infants with preterm rupture of membranes in 2 times higher than for the timely discharge of amniotic fluid. Thus, ischemic CNS were observed in 2.5 times more likely to aspirate amniotic fluid - 2.3 times more likely cephalhaematomata - 2.8 times more likely than infants with timely discharge of amniotic fluid.

Key words: newborn, amniotic fluid, complications, preterm.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И ПИТАНИЯ

УДК 616.33/34-07

Т.И. ДОЛГИХ

СОВРЕМЕННЫЕ БИОМАРКЕРЫ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (неинвазивная диагностика)

В статье представлены данные использования в практике врача основных тестов: маркера воспаления - фекального кальпротектина и маркеров скрытого кровотечения и повреждения слизистой кишечника, которые позволяют проводить эффективную диагностику и адекватную терапию.

Ключевые слова: биомаркеры желудочно-кишечный тракт, неинвазивная диагностика, кровотечения.

Проблема лабораторной диагностики патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остается по-прежнему актуальной, несмотря на интенсивные научные исследования в области гастроэнтерологии. Важное место в её структуре занимают инфекции, воспалительные и онкологические заболевания. В настоящее время доказано, что кишечные инфекции бактериальной либо вирусной природы и инвазия (различные гельминты) являются пусковым фактором патологического процесса в кишечнике. Отдельную проблему представляют предраковые состояния и колоректальный рак, пик заболеваемости которым наблюдается после 50 лет и который регистрируется зачастую на поздних стадиях [1,2,3,4,5, 6]. Актуальными вопросами диагностики являются низкая чувствительность широко используемых методов [7,8,9,10]. Неудовлетворенность результатами диагностики, в том числе лабораторной, основанной на качественном определении гемоглобина (*Hb*) в низкочувствительном тесте (известен как тест «на скрытую кровь»), и лечения больных колоректальным раком привела к поиску новых маркеров [11,12,13]. Установлено, что важными факторами риска развития колоректального рака являются язвенный колит [4,5,14,15] и статины [13]. По последним протеомическим исследованиям [12] в качестве потенциального биомаркера рака и предраковых поражений наряду с гемоглобином выступает трансферрин (Tf), комбинация которого с количественным определением гемоглобина имеет самый высокий в настоящее время уровень точности: 96% у пациентов с раком и 88% у пациентов с предраковыми состояниями. При скрининге пациентов с низким риском она позволила установить наличие опухолевого процесса в 30% случаев, что предопределило успешное использование двух маркеров для скрининга колоректального рака.

Базируясь на передовых технологиях, стратегия лабораторной службы может быть изменена в сторону ранней (оптимально - донозологической) диагностики патологии желудочно-кишечного тракта и эффективного мониторинга. Тест «на скрытую кровь» в классическом применении, основанный на выявлении гемоглобина в кале, имеет ряд недостатков. Во-первых, рекомендуют исследовать кал, взятый после трех актов дефекации (иногда ограничиваются однократным исследованием) из двух разных участков кала, что не всегда выполняется пациентами. Во-вторых, необходимо строго соблюдать диету и из пищевого рациона исключить за 3-4 дня рыбу, мясо, зеленые овощи, помидоры, яйца, а также препараты железа, поскольку это отражается на

достоверности результатов анализа. Эти меры необходимы, чтобы предупредить ложноположительные результаты анализа. Кал следует доставлять в лабораторию в течение 2 часов (в ином случае возможно разрушение гемоглобина). Лечащий врач и врач лабораторной диагностики должны знать о приеме пациентом препаратов, которые также могут исказить результат исследования.

• *Факторы, приводящие к ложноположительному результату при использовании теста «на скрытую кровь»*

○ Препараты железа, бромиды, препараты раувольфии, индометацин, колхицин, фенилбутазон и кортикостероиды (способствуют желудочно-кишечному кровотечению).

○ Проглатывание даже 2-5 мл крови, например, выделяющейся в результате кровоточивости десен.

○ Кровотечение из геморроидальных узлов может быть причиной ложноположительного результата.

Факторы, приводящие к ложноотрицательному результату

○ Аскорбиновая кислота (возможен отрицательный результат исследования даже при значительном кровотечении).

Указанные причины теряют свою значимость при использовании нового иммунологического (иммунохимического) метода исследования кала - iFOBТ, который выполняется в автоматическом режиме на анализаторе кала (табл.). Это единственный метод, позволяющий стандартизировать преаналитический этап, поскольку кал забирается в контейнеры со специальным наполнителем и щеточкой. При использовании этого метода не требуется специальной диеты, а период хранения биоматериала до доставки в лабораторию удлиняется без снижения качеств (до 7 дней).

Таблица - Сравнительная характеристика методов выявления желудочно-кишечного кровотечения

Гваяковая проба, амидопириновая проба, экспресс-тесты на «скрытую кровь»	iFOBТ (автоматический анализатор кала «NS Plus»)
Требует специальной диеты (исключение на 3-4 дня мяса, рыбы, яиц и др. продуктов)	Результат не зависит от диеты, которая не требуется
Зависит от приема ряда лекарственных препаратов	Не зависит от приема лекарственных препаратов
Определяет гемоглобин в качественной реакции («есть-нет»)	Определяет гемоглобин в количественном варианте
Не определяет трансферрин	Определяет <i>трансферрин</i> (количественная реакция)
Нет автоматизации, большое влияние «человеческого фактора» на результат анализа	Проводится в автоматическом режиме с высокой производительностью
Имеет более низкую чувствительность	Имеет высокую чувствительность (89-90%)
Может давать ложно отрицательные результаты (в том числе при приеме аскорбиновой кислоты и при несоблюдении требований преаналитики).	Практически не дает ложно отрицательных результатов из-за стандартизации преаналитического этапа
Может давать ложноположительные результаты	Практически не дает ложно-положительных результатов
Не позволяет дифференцировать уровни и глубину поражения желудочно-кишечного тракта	Позволяет устанавливать глубину и уровень поражения
Имеет низкую эффективность при мониторинге	Высокая эффективность при мониторинге за счет сопоставления количества (уровня) аналита в динамике

При высоких показателях пациент подвергается дальнейшему обследованию с помощью колоноскопии.

Трансферрин и гемоглобин как биомаркеры предраковых состояний и колоректального рака. Японскими исследователями [11,12] доказано, что гемоглобин и трансферрин позволяют эффективно проводить скрининг на колоректальный рак, при этом трансферрин сохраняется более длительное время, чем гемоглобин в кале. Не требуется специальной диеты. Повышенное содержание трансферрина свидетельствует о преимущественном поражении верхних отделов кишечника, а гемоглобина – нижних отделов. Высокие значения обоих показателей позволяют сделать заключение об обширном процессе. Чем выше показатель, тем больше глубина либо зона поражения. Оптимально использовать двухдневный вариант (кал забирается при двух актах дефекации) с учетом того факта, что в случае повреждения слизистой оболочки кишечника включаются механизмы защиты. Количественные иммунологические тесты на гемоглобин и трансферрин в кале дают прогноз о

вероятности, стадии и локализации колоректального рака [11]. Японскими специалистами (Kazuoyoshi Yamashita, Takae Sato, Eriko Nagai et al., 2010) доказана высокая эффективность определения фекального трансферрина (особенно у женщин).

Учитывая бессимптомное развитие рака кишечника на ранних стадиях, наличие предикторов опухолевого процесса, в качестве которых выступает воспалительный процесс, а также возможность малигнизации участков поражения слизистой оболочки кишечника при аутоиммунной патологии, для выявления колоректального рака обследованию подлежит значительный контингент пациентов. Расширение возможности лаборатории за счет определения количества трансферрина и фекального кальпротектина позволит не только увеличить частоту выявления предраковых состояний и рака кашечника на ранних стадиях, но и снизить количество необоснованных колоноскопий (они перейдут на второй уровень диагностики после лабораторного скрининга), что экономически целесообразно, а врач сможет сформировать группы риска по развитию колоректального рака.

Использование новой диагностической платформы ввиду более высокой чувствительности и специфичности значительно улучшает результаты скрининга колоректального рака.

Основные показания для обследования: рак кишечника; мониторинг состояния кишечника после оперативного вмешательства особенно при наличии опухолевого процесса; наследственный неполипозный колоректальный рак; семейный аденоматозный полипоз; полипы и подозрение на их наличие; хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, колиты; после длительной антибактериальной терапии и неоднократного курса; некротизирующий энтероколит; язвенные процессы желудка и кишечника; болезнь Крона и подозрение на неё; аутоиммунные заболевания; обследование членов семьи первой и второй степени родства, у которых были выявлены рак, либо полипоз кишечника; скрининг на колоректальный рак - профилактическое обследование лиц старше 40 лет (1 раз в год).

В качестве *дополнительных показаний* к обследованию с целью исключения либо оценки степени глубины поражения слизистой кишечника, оценки риска развития колоректального рака и лабораторного мониторинга предложены: хронический геморрой; хеликобактериоз (особенно кишечная форма); длительный прием нестероидных противовоспалительных средств (аспирина и аспириносодержащих препаратов, способствующих формированию язвенного процесса); перенесенные кишечные инфекции бактериальной природы (дизентерия; брюшной тиф; эшерихиозы) либо вирусной природы (особенно ротавирусная инфекция), повторные гельминтозы; перенесенные гемоколиты.

Интерпретация результатов исследования кала на трансферрин и гемоглобин. Нормативные значения маркеров при исследовании кала на анализаторе “NS Plus” (страна-производитель - Япония): Гемоглобин (Hb) - менее 50 нг/мл, Трансферрин (Tf) - менее 25 нг/мл.

При скрининге на колоректальный рак и для первичной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта оптимально исследование на Hb и Tf двухдневным методом, при котором выявляется на 5-7% больше патологии. В случае мониторинга состояния здоровья пациента также лучше использовать двухдневный вариант с определением **Hb или Tf** (с учетом ранее измененного показателя).

1. При скрининге на колоректальный рак и профилактическом обследовании на иную патологию желудочно-кишечного тракта полученные результаты тестов менее нормативных значений свидетельствуют об отсутствии повреждений слизистой оболочки. При отсутствии клинических данных и содержании обоих анализов в пределах нормативных значений рекомендуется проводить повторное исследование кала 1 раз в год у пациентов после 40 лет. В более молодом возрасте частота скрининга может быть 1 раз в 2 года.

2. В группах высокого риска при нормальных значениях анализов целесообразно исследовать кал каждые 6 мес.

3. При повышенных показателях (Hb - от 50 нг/мл до 500 нг/мл или Tf – от 25 нг/мл до 250 нг/мл) рекомендуется повторное исследование через 3 мес. Для установления причины повреждения слизистой оболочки кишечника (*воспалительный процесс, инфекция, гельминтоз, предраковые состояния, ранняя стадия рака*) и адекватной терапии необходима консультация врача. Вопрос о дополнительном объеме лабораторных исследований и необходимости кольпоскопии решает врач. 4. При высоких показателях (Hb – от 500 нг/мл до 5000 нг/мл и/или Tf – от 250 до 500 нг/мл) необходима консультация онколога, хирурга, проктолога и(или) гастроэнтеролога с проведением колоноскопии. Данная ситуация может быть при раке, полипах кишечника, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, инфекции.

5. При очень высоких показателях (Hb – более 5000 нг/мл; может быть по нашим данным до 85 000

нг/мл; и/или Tf – более 500 нг/мл) и первичном обследовании обязательны колоноскопия и консультация онколога (проктолога) для исключения (подтверждения) рака и гастроэнтеролога - для исключения (подтверждения) болезни Крона либо другого заболевания.

Результаты скрининговых исследований на колоректальный рак в России показали, что в различных регионах Сибири частота положительных результатов на наличие гемоглобина и трансферрина составляет 12-17%, при этом введение в алгоритм теста на трансферрин позволило выявлять чаще патологию на 6-8%.

Кальпротектин – маркер воспаления. Кальпротектин - белок активной фазы, также называется MRP 8/14 или S100A8/A9 (Bunn, 2001; Roseth, 2004). Кальпротектин - основной белок цитозола, связывающий кальций и цинк, с молекулярной массой 36 кДа, продуцируется полиморфноядерными нейтрофилами, моноцитами и плоским эпителием, кроме эпителия кожи; после связывания с кальцием становится устойчивым к расщеплению под действием лейкоцитарных и микробных ферментов. Конкурируя с различными ферментами за ограниченное количество цинка, кальпротектин способен ингибировать многие цинкзависимые ферменты [16] и таким образом убивать микроорганизмы или клетки человека в культуре [18]. В работах зарубежных авторов указывается на значительную роль кальпротектина, как маркера нейтрофильного воспаления при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и показателя интенсивности воспалительного процесса в кишечнике [11]. Изменения содержания кальпротектина у детей и взрослых обусловлены клинической активностью воспалительных заболеваний кишечника и тесно связаны с объемом поражения толстой кишки. Установлено, что концентрация кальпротектина достигает максимальных значений у пациентов с сочетанным поражением толстой и подвздошной кишки и тотальным поражением желудочно-кишечного тракта.

Различные виды заболеваний (бактериальные инфекции, ревматоидный артрит и рак) приводят к повышению уровня кальпротектина в биологических субстратах. Тест может быть использован в комплексной диагностике при определении заболеваний тонкого и толстого кишечника, а также для мониторинга, прогнозирования рецидивов и контроля эффективности лечения больных с неспецифическим язвенным колитом или болезнью Крона.

Кальпротектин выделяется в больших количествах с калом при повреждении слизистой оболочки кишечника и при воспалениях в кишечном тракте, в том числе при гельминтозах, сопровождающихся нарушением слизистой оболочки кишечника; прослеживается корреляционная связь между его уровнем и высокой интенсивностью инвазии (высокое число особей гельминтов или простейших). Он является маркером активности лейкоцитов и воспаления в желудочно-кишечном тракте, и может быть обнаружен даже в небольших (менее 1 г) количествах кала [19]. Воспалительные заболевания кишечника дают резкий скачок показателя (уровень кальпротектина может быть повышен от 5 до нескольких тысяч раз по сравнению со здоровыми людьми), что свидетельствует о воспалении кишечника [20]. Нормализация показателя при лечении свидетельствует о восстановлении слизистой.

Клиническая значимость. Различные повреждения кишечника от повышения проницаемости слизистой до развития воспаления и образования язв могут повредить слизистую оболочку кишечника. Микроорганизмы, находящиеся в большом количестве в кишечнике, выделяют вещества, которые обладают токсичностью и обеспечивают хемотаксис лейкоцитов, в частности нейтрофилов к очагу воспаления, где высвобождают свое содержимое, включая кальпротектин. Он составляет около 60% от общего количества белка в цитоплазме нейтрофилов и сохраняется в образцах кала до 7 суток при комнатной температуре [18]. У пациентов с органическими или функциональными заболеваниями органов брюшной полости могут быть схожие симптомы, в связи с чем нередко проводятся дорогостоящие, болезненные, инвазивные процедуры (эндоскопия, колоноскопия). Альтернативой может быть простой неинвазивный и менее дорогой тест на фекальный кальпротектин, позволяющий отобрать пациентов для дополнительного обследования (колоноскопии).

Доказана высокая клиническая значимость теста на кальпротектин у детей и взрослых при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона [21]: позволяет определить интенсивность течения заболевания, реакцию на лечение, прогнозировать обострение, доказать ремиссию. О повышенной вероятности клинического рецидива свидетельствует повышенное содержание фекального кальпротектина, подтверждающее слабое воспаление, причем этот тест *будет повышенным даже на фоне нормальных значений С-реактивного белка*. Интенсивность воспаления коррелирует с тяжестью процесса. Нормализация уровня кальпротектина будет означать, что слизистая восстановлена, что является главной задачей при лечении [22, 23, 24].

Концентрация кальпротектина достигает максимальных значений у детей с сочетанным поражением толстой и подвздошной кишки и тотальным поражением желудочно-кишечного тракта. Определение содержания кальпротектина в образцах стула является информативным критерием определения активности течения. О.Ф. Татьяна и соавт. [25, 26] при детальном обследовании детей показала следующее.

1. Неспецифический язвенный колит у детей характеризуется низкой клинической (39%) и эндоскопической активностью (46%), обусловленной поражением преимущественно дистальных отделов толстой кишки (65%).
2. При болезни Крона средняя (46%) и высокая (33%) клиническая активность определяются преимущественным сочетанным поражением слизистой оболочки подвздошной кишки (61%) и тотальным поражением желудочно-кишечного тракта (9%). Повышение клинической и эндоскопической активности воспалительных заболеваний кишечника у детей сопровождается существенным увеличением содержания кальпротектина - в 4,5 раза при неспецифическом язвенном колите и в 5,8 раза при болезни Крона, что свидетельствует о непосредственном участии этого белка в механизмах хронического воспаления.
3. Объем поражения толстой кишки при воспалительных заболеваниях кишечника у детей коррелируют с повышением содержания кальпротектина в толстой кишке. Максимальные значения (240-250 мкг/г) определяются при тотальном поражении желудочно-кишечного тракта у детей с болезнью Крона и при сочетанном поражении подвздошной и толстой кишки при неспецифическом язвенном колите.
4. Полная клинико-эндоскопическая ремиссия на фоне комплексной противовоспалительной терапии детей с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона сопровождается нормализацией содержания кальпротектина в образцах стула.
5. Значимое повышение содержания провоспалительных цитокинов (интерлейкинов и фактора некроза опухоли-альфа) в сыворотке крови детей, страдающих неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона, как в период обострения, так и в ремиссию, не зависит от клинической активности и объема поражения толстой кишки, что свидетельствует о персистенции хронического воспаления при этих формах патологии.

Отсутствие противопоказаний позволяет проводить анализ содержания кальпротектина как в острый период, так и в период ремиссии воспалительных заболеваний кишечника. Он является информативным маркером полной клинико-эндоскопической ремиссии у детей с воспалительными заболеваниями кишечника и может эффективно использоваться для первичной диагностики неспецифического язвенного колита и болезни Крона в амбулаторных и стационарных условиях.

Наряду с этим установлено, что кальпротектин может давать ценную информацию врачу о состоянии слизистой кишечника пациента *в случае наличия кишечной инфекции*, например, вызванной ЕНЕС - *Escherichia coli O157* и других бактерий, способной привести в результате выработки веротоксина к гемолитико-уремическому синдрому [27], либо в результате выделения токсина А и В клостридиями - *C. difficile*, которые часто размножаются в кишечнике после антибиотикотерапии и являются более частой, чем дисбактериоз, причиной тяжелого состояния больных с возможным летальным исходом.

Преимущества:

- Метод имеет высокую диагностическую ценность: низкая концентрация в кале означает отсутствие органического заболевания кишечника. Чувствительность для болезни Крона составляет до 100%, специфичность - 97%.
- Высокая стабильность кальпротектина в кале в течение нескольких дней.
- Низкая стоимость, неинвазивность (метод снижает количество болезненных исследований), быстрота получения результата.

Показания к определению кальпротектина

- ✓ Отличие воспаления кишечника от синдрома раздражённой кишки
- ✓ Эффективный тест мониторинга активности воспаления (болезнь Крона, язвенный колит или после удаления кишечных полипов)
- ✓ Дополнительный диагностический тест при новообразованиях (стоит на втором месте по значимости после количественного комплексного определения гемоглобина и трансферрина)
- ✓ Критерий раннего рецидива при хронических воспалениях кишечника
- ✓ Отличие диспепсии бактериального происхождения от функционального
- ✓ До начала лечения пациентов с *H. pylori-инфекцией* и при мониторинге терапии (в отдельных случаях наблюдается его резкое увеличение как у взрослых, так и у детей!)

- ✓ При подозрении на гельминтозы и их наличии (особенно при повторном заражении или отсутствии эффекта от лечения)
- ✓ Для оценки эффективности лечения пациентов с гельминтозами, особенно сопряженными с грибковыми заболеваниями, эшерихиозом (O157), дизентерией, вирусными кишечными инфекциями. Таким образом, использование в практике врача основных тестов: маркера воспаления - фекального кальпротектина и маркеров скрытого кровотечения и повреждения слизистой кишечника (гемоглобина и трансферрина) позволяет проводить эффективную диагностику и адекватную терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Биомаркеры для эпидемиологического мониторинга рака// *Prev.*- 2009. – Т.18, № 8. – С. 2182–5. <http://cebp.aacrjournals.org/content/18/8/2182.abstract>
- 2 Бронштейн А.С., Ривкин В.Л., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - М.: Медпрактика, 2001. - 488 с.
- 3 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. // *Вестник Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина РАМН*. - 2009. -Т.20, Прил.1 к № 3. - С. 52-90.
- 4 Долгих В.Т. Опухолевый рост. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. - 160 с.
- 5 Жижин Н.К., Голясная Н.В., Патлусова Е.С. Экологические и генетические аспекты развития колоректального рака // *Экология человека*. – 2005. - № 8. – С. 7-12.
- 6 Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). *Практическая онкология: избранные лекции* - СПб: Питер, 2004. - С. 151-161.
- 7 Пророков В.В., Малихов А.Г., Кныш В.И. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки. *Практическая онкология: избранные лекции* - СПб.: Питер, 2004. - С. 162-167. .
- 8 Секачева М.И., Ивашкин В.Т. Скрининг колоректального рака в России // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2006. - № 4. - С. 44-49.
- 9 Cheng K.C., Loeb L.A. Hereditary Colorectal Cancer // *J. Clinical Oncol.* - 2008. - V. 22, № 16. - P. 3284-3292.
- 10 Cohen S., Neal J. Colonoscopic screening of average-risk women for colorectal neoplasia // *New England J. Med.* - 2006. - V. 17. - P. 13-24.
- 11 Kobayashi K., Katon J., Misawa A. et al. // *Health Evaluation ad Promotion*. - 2003. - V. 12, N 4. – P. 468 -471.
- 12 Miyoshi H., Uchida K., Matsuse R. et al. Clinical study of a new fecal occult blood test using a combination assay of hemoglobin and transferrin // *Gastroenterologia Japonica*. – 1991. - Vol. 26, № 2. – P. 151 – 156.
- 13 Poynte J.N., Stephen B. Statins and the risk of colorectal cancer // *New England J. Med.* - 2005. - V. 12. - P. 1367-1375.
- 14 Фарелл Р., Пепперкорн М. Язвенный колит // *Международный медицинский журнал*. - 2003. - № 1. - С. 32-37.
- 15 Черешнев В.А., Юшков Б.Г. Патофизиология - М.:Вече, 2001. - 302 с.
- 16 Isaksen B., Fagerhol M.K. Calprotectin inhibits matrix metalloproteinases by sequestration of zinc // *J Clin Pathol: Mol Pathol*. - 2001. - V. 54. – P. 289-292.
- 17 Steinbakk M. et al. Antimicrobial actions of calcium binding leukocyte L1 protein, calprotectin // *Lancet*. - 1990. - V. 336. – P. 763-765.
- 18 Fagerhol M.K. et al: Calprotectin (The L1 leukocyte protein) in: Smith VL and Dedman JR (eds): *Stimulus response coupling: The role of intracellular calcium-binding proteins* // CRC Press, Boca Raton. - 1990. - 187-210 p.
- 19 Roseth A.G. et al. Assessment of the neutrophil dominating protein calprotectin in faeces // *Scand J Gastroenterol*. - 1992. - V.27. – P. 793-798.
- 20 Tibbie J. et al.: A simple method for assessing intestinal inflammation in Crohn's disease // *Gut*. - 2000. - V. 47. – P. 506-513.
- 21 Lin M.V. et al. What is the optimal therapy for Crohn's disease: step-up or top-down? // *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. - 2010. - V. 4, № 2. – P. 167-180.
- 22 Schnitzler F. et al. Mucosal healing predicts long-term outcome of maintenance therapy with infliximab in Crohn's disease // *Inflamm. Bowel. Dis*. – 2009. - V.15. – P. 1295-1301.

23 Schwartz M., Regueiro M. Prevention and treatment of postoperative Crohn's disease recurrence: an update for a new decade // Curr. Gastroenterol. Rep. - 2011. - V.13, № 1. – P. 95-100

24 Siegmund B. et al. What has been confirmed in the treatment of inflammatory bowel disease? // Internist. – 2010. - V. 51. – P. 1492-1498.

25 Татьяна О.Ф., Егорова М.В., Цимбалова Е.Г. и др. Диагностика воспалительных заболеваний толстой кишки у детей // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. - № 5, Прил. 30. – С. 117.

26 Татьяна О.Ф., Потапов А.С., Намазова Л.С. и др. Фекальный кальпротектин – маркер кишечного воспаления при заболеваниях кишечника у детей // Педиатрическая фармакология – 2008. - Т.5. - № 3. - С. 13-19.

27 Долгих Т.И., Войтович М.А., Галилейская С.Б., Лазарева Л.И. Особенности диагностики кишечной инфекции, вызванной *Escherichia coli* O157, осложненной гемолитико-уремическим синдромом у детей раннего возраста в Омской области // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2009. - № 4 (27). – С. 119-120.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования “Омская государственная медицинская академия” Министерства здравоохранения Российской Федерации. Материал поступил в редакцию 28.11.12.

Түйін

Т.И. ДОЛГИХ

АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛДАРЫ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ БИОМАРКЕРЛЕРІ
(инвазиялық емес диагностика)
Омбы мемлекеттік медицина академиясы

Дәрігердің практикасында негізгі тестілерді: нәжістік кальпротектин қабынуының маркерін және көрінбей қан кетуі мен ішек сілемейлісінің зақымдануының (гемоглобин мен трансферрин) маркерлерін қолдану тиімді диагностика жасап, тиісті терапия қолдануға мүмкіндік береді.
Кілтті сөздер: асқазан-ішек жолдары биомаркерлері, инвазивтік емес диагностика, қан кетуі

Abstract

T.I. DOLGIKH

ADVANCED BIOMARKERS OF PATHOLOGY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT (non-invasive diagnosis)

State educational enterprise of high professional education “Omsk state medical academy” MN RF

The use in the practice basic tests: a marker of inflammation – calprotectin and fecal markers hidden bleeding and damage to the intestinal mucosa (hemoglobin and transferrin) allows for effective diagnosis and appropriate therapy
Keywords: biomarkets of the gastrointestinal tract, non-invasive diagnosis, bleeding.

УДК 616.33-006-005.56(470)

С. М. КОТЕЛЕВЕЦ

ОСНОВЫ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПРЕДРАКА ЖЕЛУДКА В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ НА ПРИМЕРЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье приведена высокоэффективная терапия атрофического гастрита, которая позволит снизить заболеваемость раком желудка во много раз. При этом, фармакотерапия предрака желудка должна использоваться в единстве с серологическим скринингом и последующим эндоскопическим мониторингом таких пациентов, как существенная часть единой стратегии по снижению заболеваемости и смертности раком желудка.

Ключевые слова: скрининг, предрак желудка, атрофический гастрит, антигеликобактерная, эрадикационная терапия, ранний рак желудка.

В России доля рака желудка среди злокачественных новообразований органов пищеварения (ободочная кишка, прямая кишка, поджелудочная железа, пищевод, печень, желчный пузырь) наибольшая из числа заболевших, а также из числа умерших, и составляет среди мужчин – 42 % и 42%, среди женщин – 35 % и 35 % соответственно. Заболеваемость раком желудка в России колеблется от 17 до 62 случаев среди мужчин и от 7 до 25 случаев среди женщин на 100 тысяч населения в год по разным регионам [2]. В динамике в течение многих лет отмечается тенденция к снижению заболеваемости раком желудка среди населения России. Так, например, в 1990 году заболеваемость раком желудка в России составляла 44,5 случаев на 100000 населения среди мужчин и 19,6 на 100000 населения среди женщин. За десятилетие эти показатели снизились до 32,8 случаев на 100000 населения в год среди мужчин и до 14,3 случаев на 100000 населения в год среди женщин [7]. В 2005 году вышеупомянутые показатели уже составляли, соответственно - 29,5 случаев на 100000 населения среди мужчин и – 12,6 среди женщин. В абсолютных цифрах это выглядит следующим образом: число с впервые установленным диагнозом рака желудка в 1995 году составило 52,5 тыс. человек, в 2000 году – 48,1, в 2005 году – 43,4, 2007 – 41,9 и в 2008 году – 40,6 тыс. человек [10]. Смертность от рака желудка в России в 2005 году была среди мужчин 26,3 случая на 100000 населения и 10,6 случаев на 100000 населения среди женщин. Летальность, в отличие от заболеваемости раком желудка, имеет тенденцию к возрастанию за счёт увеличения доли пациентов с IV стадией и находится в районе 90 % ежегодно. Самая высокая выживаемость в мире, для сравнения, зарегистрирована в Японии – 53 % [9]. В Москве в 2001 году было выявлено 2872 новых случаев рака желудка, что составило 27,4 на 100000 населения [6]. Возрастная заболеваемость раком желудка очень не однородна и характеризуется тем, что с повышением возраста значительно возрастает. В возрасте до 30 лет случаи рака желудка встречаются с частотой 0,7 на 100000 населения. В возрастной группе 31-39 лет, соответственно – 16,4 на 100000 населения, что составляет по России - 3,1 тыс. человек. Если в 2008 году впервые выявленных случаев рака желудка было 40,6 тыс. человек, то эти 3,1 тыс. из возрастной группы до 40 лет составили долю – 7,6 % [10]. Остальные 37,5 тыс. человек соответственно – 92,4 %, при этом, все данные пациенты из возрастной группы 40 лет и старше. Следует отметить, что заболеваемость раком желудка среди мужчин вдвое превышает заболеваемость у женщин. Но, с учётом того, что количество женщин в возрастной группе наибольшей заболеваемости раком желудка вдвое больше, соответственно: мужчин старше 60 лет в России 8,7 млн. человек, женщин 16,8 млн. человек – абсолютное число заболевших мужчин и женщин примерно равно [17]. Россия относится к числу стран с особенно высокой заболеваемостью раком желудка. В настоящее время ранняя диагностика рака желудка является глобальной проблемой. Во всём мире, кроме Японии, не существует реально работающих программ скрининга по раку желудка. В нашей стране 80 % больных обращаются за медицинской помощью при III – IV стадии опухолевого процесса. Стойкое излечение возможно только на начальных стадиях процесса, когда практически отсутствуют клинические проявления заболевания [1]. Смертность от злокачественных новообразований, в отличие от смертности от инфарктов, инсультов, инфекционных, паразитарных заболеваний, несчастных случаев, убийств и самоубийств, не зависит от политических, финансово-экономических, психологических кризисов и представляет одинаково актуальную проблему как для стран с развитой рыночной экономикой (США, Великобритания, Германия, Франция, Швеция, Япония), так и для стран с переходной экономикой (Россия, Казахстан, Киргизия, Украина, Латвия) [13]. Решить эту проблему можно только медицинскими методами. Обнаружено, что наибольшее влияние на заболеваемость раком желудка оказывали такие факторы как хронический атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка даже у лиц подвергшихся радиационному облучению [8]. Последнее время в качестве наиболее перспективного метода предлагается серологический скрининг атрофического гастрита как предракового заболевания желудка [11,27,28]. Наиболее старая модель скрининга (рентгенфлюорографического) уже десятилетиями успешно работает в Японии и доказала свою эффективность [20].

Выявление предраковых изменений слизистой оболочки желудка или рака желудка на курабельных стадиях представляет собой серьёзную проблему, так как для этого необходимо располагать методами диагностики позволяющими обследовать большие группы пациентов, т.е. осуществлять скрининг. Само собой разумеется, что объектом скрининга должно быть «первое звено» в цепи предракового каскада – хронический атрофический гастрит ассоциированный с *Helicobacter pylori*, а метод скрининга должен быть неинвазивным и достоверным [3,4,5,12,14,15,16]. Чувствительность маркеров атрофии слизистой желудка, таких как гастрин-17 и пепсиноген-1 достаточно высока: 96 % при тяжёлой атрофии антрального отдела желудка и 88 % при тяжёлой

атрофии тела желудка. Выявляемость по результатам скрининга составляет: с тяжёлой атрофией антрального отдела желудка – 30 %, с тяжёлой атрофией тела желудка, соответственно – 2,2 % [11]. Учитывая, что у пациентов с тяжёлой атрофией риск развития рака желудка повышается в 18 раз [23] 94,4% пациентов с раком желудка окажутся в группе с тяжёлой атрофией слизистой оболочки желудка, т.е. в группе пациентов, которая составит 32,2 % от всех прошедших серологический скрининг посредством гастропанели (гастрин-17, пепсиноген-1 и титр антител к НР), за исключением ложно-отрицательных результатов серологического скрининга (4 %). Это значит, что 94,4 % - 4 % = 90,4 % пациентов с раком желудка, реально будут в этой группе. Следовательно, у этих 90,4 % выявленных пациентов с очень высоким риском развития рака желудка, при правильном выполнении полученных рекомендаций и два раза в год проходить эндоскопическое исследование желудка, т.е. при полном «комплаинсе», рак желудка будет выявлен на стадии раннего рака. Всем им будет проведено радикальное излечение и сохранена жизнь.

Если бы в 2007 году в России серологический скрининг предрака желудка провели всем старше 40 лет, а это 65 млн. человек, то в 2008 году у 33,9 тыс. человек рак желудка был бы выявлен на стадии раннего рака (90,4 % от 37,5 тыс. человек с впервые выявленным раком желудка в 2008 году в возрастной группе 40 лет и старше) [10]. Смертность 90 %, в таком случае, составила бы не 36,5 тыс. человек (от 40,6 тыс. с впервые выявленным раком желудка в 2008 году), а 5,9 тыс. человек (от 6,6 тыс. человек в возрасте до 40 лет) и 3,2 тыс. человек (90 % от 37,5 – 33,9 тыс. = 3,6 тыс. человек – ложноотрицательные пациенты по результатам серологического скрининга. В сумме 5,9 тыс. + 3,2 тыс. = 9,1 тыс. человек. У 33,9 тыс. пациентов с ранним раком желудка смертность практически была бы сведена до минимума при современных технологиях лечения. Т.е., сравнив цифры смертности 36,5 тыс. человек и 9,1 тыс. человек, можно сказать, что смертность уменьшилась бы в четыре раза!

Если аналогичный скрининг провести в городе Москве, то летальность от рака желудка уменьшилась бы в четыре раза и составила бы не 2585 в 2001 году, например, а 646 человек. Это означает, что обследование крови на маркеры атрофии желудка (предрака) при помощи «Гастропанели» (Биохит) необходимо было бы провести всем москвичам старше 40 лет, а это примерно пять миллионов человек из 10,4 млн. всех москвичей [17].

Прототипом для разработки целевой программы по скринингу предрака желудка в России и любой другой стране мира с высокой заболеваемостью раком желудка может послужить, ныне работающая, республиканская целевая программа «Выявление, профилактика и лечение пациентов с предраковой патологией желудочно-кишечного тракта на 2009 – 2013 годы», которая была принята Правительством Карачаево-Черкесской Республики 28.08.2004, Постановление № 197. Эта, своего рода, пилотная программа с применением «Гастропанели» компании «Биохит» может быть использована при разработке аналогичных программ в любом регионе земного шара. Государственную программу скрининга предрака желудка дополняет компьютерная программа по обработке результатов и распечатке заключений с рекомендациями эндоскопического мониторинга и лечения (автор Чех С.А.).

Предрак желудка - атрофический гастрит представляет собой заболевание, часто протекающее бессимптомно или проявляющееся неспецифической симптоматикой. Он развивается медленно, в течение многих лет, и часто остается не диагностированным. Общеизвестен факт, что основной причиной появления атрофии слизистой желудка является инфекция *H. pylori*. От 1 до 3% инфицированных *H. Pylori* ежегодно заболевает атрофическим гастритом [19]. Именно *H. pylori*-ассоциированный хронический атрофический гастрит является причиной развития рака желудка [2]. Установлено, что около 80% случаев рака желудка основаны, на каскаде событий, отправной точкой которого является инфицирование *H. pylori* [24]. Поэтому глобальная причина снижения заболеваемости раком желудка – это результат ослабления влияния инфекции *H. pylori*. Достижение снижения заболеваемости раком желудка в некоторых странах является результатом ослабления влияния инфекции *H. pylori* как самого частого и распространенного этиологического фактора развития хронического атрофического гастрита.

Очень важным аспектом канцерпревенции при раке желудка, несомненно, является антигеликобактерная (эрадикационная) терапия. В результате её прерывается канцерогенез, который основан на каскаде последовательных событий от предрака к раку желудка. Причём возможно, как остановка канцерогенеза, так и регресс предраковых изменений [18,21,29].

Учитывая этот факт, в государственные целевые программы по предраку желудка должны быть включены мероприятия по выявлению инфицированности *Helicobacter pylori* и проведению выявленным пациентам с данной инфекцией, а также предраковой патологией комплексного лечения. Фармакотерапия *Helicobacter pylori*-ассоциированного атрофического гастрита не менее важная часть

программы в борьбе с раком желудка, нежели своевременное выявление. В комплексное лечение должны быть включены: современная антигеликобактерная (эрадикационная) терапия, заместительная терапия абоминном, при атрофии антрального отдела желудка, ацидин-пепсином, при атрофии тела желудка, прокинетики при рефлюкс-гастрите, препараты, нейтрализующие канцерогены в полости желудка, например ацетиум [22,25,26].

Интересно, что в России с 1995 года до 2008 года заболеваемость раком желудка снизилась на 12 тыс. человек (23 %), с 52,5 тысяч впервые выявленных в 1995 году до 40,6 тысяч впервые выявленных пациентов с раком желудка в 2008 году [10]. Объяснение этому факту может быть только одно - в России, стране с очень высокой инфицированностью *Helicobacter pylori*, количество пациентов получающих эрадикационную терапию возрастает с каждым годом. При этом качество такой терапии повышается в соответствии с Маастрихтскими соглашениями 1996, 2000, 2005 г. Если, в рамках государственной целевой программы, по результатам серологического скрининга, всем нуждающимся провести эрадикационную терапию, то заболеваемость раком желудка снизится, по меньшей мере, в два раза. Объединение всех превентивных мероприятий (фармакотерапии, выявление предрака желудка при помощи серологического скрининга и последующего эндоскопического мониторинга этих пациентов) в рамках государственной целевой программы приведёт к тому, что, например, в России от рака желудка ежегодно умирать будет в восемь и более раз меньше!

Иными словами, если бы в России до 2008 года работала государственная целевая программа по предраку желудка, то в 2008 году заболеваемость раком желудка составила бы не 40,6 тыс. человек, а менее 20,3 тыс. Смертность составила бы не 36,5 тыс. человек, а 4,6 тыс.

Выводы.

1. Снизить заболеваемость раком желудка и смертность от него можно только с помощью государственных целевых программ по выявлению, профилактике и лечению предрака желудка.
2. Государственные целевые программы по предраку желудка обязательно должны включать в себя следующий комплекс мероприятий: серологический скрининг предрака желудка, последующий эндоскопический мониторинг пациентов с высоким риском развития рака желудка с целью своевременного выявления раннего рака и немедленное радикальное его лечения, фармакотерапия пациентов с предраком по итогам серологического скрининга.
3. Мероприятия в рамках государственных целевых программ по предраку желудка экономически наиболее целесообразно проводить среди населения старше 40 лет.
4. При проведении всего комплекса мероприятий по выявлению, профилактике и лечению предрака желудка в рамках государственных целевых программ в странах с высоким уровнем заболеваемости раком желудка и инфицированностью *Helicobacter pylori* количество умирающих от рака желудка уменьшится, по меньшей мере, в восемь раз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Августиневич А.В. Особенности лимфогенного метастазирования и выбор оптимального объёма лимфодиссекции при раке желудка. Автореферат на соискание учёной степени к.м.н. Томск. - 2009. – С. 3.
- 2 Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции. Современная онкология. 2001. - Том 3. - N 4. – С.13-16.
- 3 Баженов Л.Г. Цитологический метод в диагностике *Helicobacter pylori* / Л.Г. Баженов, Н.У. Ходжаева, Р.А. Садыков // Клин. лаб. диагностика. 1993. - № 5. – С. 19-22.
- 4 Богомаз В.М., Дынник О.Б., Серологическая диагностика инфицированности *Helicobacter pylori* методом иммуноферментного анализа / В.М. Богомаз, О. Б. Дынник // Український медичний часопис. 2001. - Т 9-10.- № 5(25). – С. 108-110.
- 5 Гребенев А.Л. Цитологический метод в диагностике *Helicobacter pylori* / А.Л. Гребенев, Т.Л. Лапина, С.А. Склянская // Клин. Лаб. диагностика. 1995. - № 6. – С. 104-105.
- 6 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году. Под ред. М.И. Давыдов, Е.М. Аксель; ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. М. Медицинское информационное агентство. 2003. – С. 95-97, 223-224.
- 7 Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка. Современная онкология. 2000. - Том 2. – N 1. – С. 4-10.
- 8 Жунтова Г.В. Оценка влияния радиационных и нерадиационных факторов на заболеваемость

раком желудка. Автореф. диссертации на соискание учёной степени к.м.н. Москва. 2009. – С. 25.

9 Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез. М. Научный мир. 2000. – С. 26-56.

10 Здравоохранение в России. Статистический сборник. 2009. – С. 59.

11 Котелевец С.М. Хронический атрофический гастрит и проблема скрининга предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Автореферат диссертации на соискание учёной степени д.м.н. Санкт-Петербург. 2007. – С. 3-37.

12 Лапина Т.Л. Диагностика *H. pylori*-инфекции / Т.Л. Лапина // Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1999. - Т 9. - № 2. – С. 41-45.

13 Львов Д.С. Феномен сверхсмертности, неизвестный современной науке. Международный симпозиум – Россияне в зеркале статистики: всероссийская перепись населения 2002 года. Москва. 2004. – С. 138 – 145.

14 Минушкин О.Н. Сравнение чувствительности и специфичности различных методов выявления *H. pylori* инфекции / О.Н. Минушкин, Н.Ю. Васильева, В.И. Минаев // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997. - Т 7. - № 4. – С. 6-10.

15 Пасечников В.Д. К вопросу о возможностях неинвазивной диагностики *H. pylori* – инфекции в педиатрической практике / В.Д. Пасечников, С.З. Чуков, М.Н. Злыднева // Рос. журн. Гастроэнт., гепатол., колопроктол. 2000. - Т 10. - № 2. Приложение № 10. – С. 62-63.

16 Серебрянская М.В. Иммуноферментный анализ в диагностике НР – инфекции / М.В. Серебрянская // Клин. медицина. 1994. - Т 72. - № 6. – С. 40-42.

17 Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2004 года. Статистический бюллетень. Москва. 2004. – С. 104-108.

18 Asaka M, Prevention of gastric cancer by *Helicobacter pylori* eradication // *Gan to Kagaku Ryoko*. 2009. Aug; 36 (8): 1223-7.

19 Dursun M., Yilmaz S., Yukselen V. et al. Evaluation of optimal gastric mucosal biopsy site and number for identification of *Helicobacter pylori*, gastric atrophy and intestinal metaplasia // *Hepatogastroenterology*.– 2004.– Vol.51 (60).– P. 1732–1735.

20 Fukao A., Tsubono Y.,Tsuhi I., et al. The evolution of screening for gastric cancer in Miyagi prefecture , Japan: A population-based case-control study // *Int J Cancer*. 1995. Vol. 60. P. 45-48

21 Konturek P S, Konturek S J, Brzozowski T. *Helicobacter pylori* in gastric cancerogenesis // *J Physiol. Pharmacol*. 2009. Sep; 60 (3): 3-21.

22 Salapuro M. Acetaldehyde as a common denominator and cumulative carcinogen in digestive tract cancer // *Scand J Gastroenterol*. 2009; 44: 912-925.

23 Sipponen P. Gastric cancer risk in chronic atrophic gastritis: statistical calculations of cross-sectional date / P. Sipponen, M. Kekki, J. Haapakoski // *Int. J. Cancer*. 1985. - Vol. 35. - P. 173-177.

24 Sung J.J.Y., Lin S.R., Ching J.Y.L. et al. Atrophy and intestinal metaplasia one year after cure of *H. pylori* infection: a Prospective, randomized study // *Gastroenterology*.– 2000.– Vol. 119.– P. 7–14.

25 Väkeväinen S, Mentula S, Nuutinen H et al. Ethanol-derived microbial production of carcinogenic acetaldehyde in atrophic gastritis // *Scand J Gastroenterol*. 2002; 37 (6): 648-655.

26 Väkeväinen S, Tillonen J, Salaspuro M, et al. Hypochlorhydria induced by a proton pump inhibitor leads to intragastric microbial production of acetaldehyde from ethanol // *Aliment Pharmacol Ther*. 2000; 14 (11): 1511-1518.

27 V. Pasechnikov, S. Chukov and S. Kotelevets. Screening of Gastric Mucosal Precancerous Changes // *Precancerous Conditions Research Trends*. Nova Biomedical Books. New York. - 2007. - P. 49-76.

28 V. Pasechnikov, S. Chukov, S. Kashin, S. Kotelevets, O. Malikhova and B.Poddubny. Advances in Early Diagnosis of Gastric Cancer // *Research Focus on Gastric Cancer*. Nova Biomedical Books. New York. -2007. - P. 21-54.

29 Yanaoka K, Oka M, Yoshimura N et al. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents cancer development in subjects with mild gastric atrophy identified by serum pepsinogen levels // *Int. J Cancer*.2009.Dec1;125(11):2697-703.

Кафедра внутренних болезней медицинского института Северо-Кавказской Государственной Гуманитарно-Технологической Академии, доктор медицинских наук. Россия, Карачаево-Черкесская Республика, город Черкесск. Материал поступил в редакцию 28.11.12.

Түйін

С.М. КОТЕЛЕВЕЦ

РЕСЕЙ ФЕДЕРАЦИЯСЫ МЫСАЛЫНДА МЕМЛЕКЕТТІК МАҚСАТТАҒЫ БАҒДАРЛАМАЛАР АЯСЫНДА АСҚАЗАННЫҢ ОБЫРАЛДЫ АУРУЫНЫҢ СЕРОЛОГИЯЛЫҚ СКРИНИНГІНІҢ НЕГІЗДЕРІ
Солтүстік-Кавказдық Мемлекеттік Гуманитарлық-Технологиялық Академия, Ресей, Карашай-Черкес Республикасы, Черкесск қ.

Атрофиялы гастриттің жоғары тиімді терапиясы асқазан обырымен ауруды едәуір төмендетуге мүмкіндік береді. Бұл ретте асқазанның обыралды ауруының фармакотерапиясы мұндай науқастардың серологиялық скринингімен және кейінгі эндоскопиялық мониторингімен бірге асқазан обырымен ауруды және оның салдарынан өлім-жітімді төмендетудің бірегей стратегиясының маңызды бөлігі ретінде қолданылуы тиіс.

Кілтті сөздер: скрининг, асқазанның обыралды ауруы, атрофиялы гастрит, антигеликобактериялық, эрадикациялық терапия, асқазанның ерте анықталған обыры.

Abstract

S.M. KOTELEVETS

BASIS OF SEROLOGICAL SCREENING OF PRECANCEROUS GASTRIC WITHIN THE STATE TARGET PROGRAM ON AN EXAMPLE OF THE RUSSIAN FEDERATION
Department of Internal Medicine, Medical College of the North Caucasian State Technological Academy of Humanities, Cherkessk city, Russian Federation

Highly effective treatment of atrophic gastritis will reduce the incidence of cancer of the stomach many times. In this case, pharmacotherapy should be used pre-cancer of the stomach in unity with serologic screening and subsequent endoscopic monitoring of these patients, an essential part of an integrated strategy to reduce the incidence and mortality of gastric cancer.

Keywords: screening, precancerous gastric atrophic gastritis, eradication therapy, early gastric cancer.

УДК616.33-006-002-085.24

О.А. САБЛИН

HELICOBACTER PYLORI И РАК ЖЕЛУДКА. ВОЗМОЖНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

В статье описывается ранняя диагностика пренеопластических изменений в слизистой оболочке желудка (СОЖ). Серологическая диагностика хронических *H. Pylori* –ассоциированных заболеваний, основанная на определении пепсиногена I, пепсиногена II, гастрин-17 и антител - IgG к *H. Pylori* способствует эффективному выявлению инфекции *H. Pylori* и раннему обнаружению пренеопластических изменений СОЖ.

Ключевые слова: Helicobacter pylori, рак желудка, гастрит, пренеопластические изменения.

Заболеемость раком желудка в России в настоящее время одна из самых высоких в мире и составляет более 30 человек на 100 000 населения. Одной из причин развития рака желудка, особенно его дистальной, кишечной формы является заражение пациента инфекцией *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*). Большое количество исследований убедительно показало достаточность доказательств канцерогенности инфекции *H. Pylori* [1,2].

В желудочном канцерогенезе существенное значение имеют особенности местной воспалительной реакции слизистой оболочки желудка (СОЖ) на инфекцию *H. Pylori*. В последние годы накоплена обширная информационная база, подтверждающая взаимосвязь между раком желудка и полиморфизмом цитокинов IL-1, IL-10 и TNF. Негативное значение в канцерогенезе имеют внешние факторы: употребление соленой пищи, нитрозосоединения в пище, табакокурение, недостаток аскорбиновой кислоты, недостаточное употребление свежих овощей и фруктов, алкоголь и другие. Тем не менее, с высокой степенью доказательности определено, что влияние факторов окружающей среды находится в зависимости от *H. Pylori*-инфекции, которая является наиболее последовательным фактором риска развития рака желудка [10].

Известно, что риск развития рака желудка повышается параллельно степени тяжести атрофического гастрита. У лиц с атрофическим гастритом тела желудка он в 3-5 раза выше по сравнению с остальной популяцией [13]. Риск развития рака желудка зависит от локализации хронического гастрита и расположения кишечной метаплазии в желудке. Очаговое и антральное расположение кишечной метаплазии в желудке не повышает риск развития аденокарциномы желудка. Расположение кишечной метаплазии по "желудочному каналу Вальдейера" (по малой кривизне от кардии к привратнику) повышает относительный риск рака до 5,7, а диффузная локализация кишечной метаплазии по всей слизистой оболочке желудка с распространением на тело желудка - до 12,2 [4].

Основным методом диагностики пренеопластических изменений слизистой оболочки желудка, позволяющим макроскопически оценить СОЖ и получить ее биоптаты является эндоскопия желудка. Применение хромоскопии или эндоскопии в режиме NBI с увеличением позволяет визуально оценить распространенность кишечной метаплазии в желудке. Комбинированное применение увеличительной (x80-150) и NBI эндоскопии позволило разработать классификацию структурных изменений ямочного рисунка (pit pattern) слизистой оболочки пищеварительного тракта с выделением 5 типов, которые позволяют визуализировать дисплазию и ранний рак [7].

В настоящее время морфологическое исследование биоптатов является способом достоверной диагностики атрофических и пренеопластических изменений СОЖ. В настоящее время существуют методики, позволяющие определять маркеры, которые характеризуют баланс апоптоза и пролиферации клеток, поддерживающий нормальное функционирование СОЖ. К ним относят: антиген ki-67- маркер пролиферативной активности; белок p16 - ингибитор циклин-зависимой киназы, которая действует как регулятор G1 фазы клеточного цикла; онкобелок bcl-2 - протоонкоген человека; онкобелок her-2/neu; p53- ген-супрессор опухолей и др.

Молекулярные методы являются высокотехнологичными методами ранней диагностики предопухоловой патологии. Цитогенетический анализ хромосомных aberrаций позволяет оценить общее состояние генома человека на цитогенетическом уровне, суммарную мутагенную нагрузку на организм, выявить первые признаки некоторых онкологических заболеваний. FISH (флюоресцентная гибридизация in situ) диагностика – это метод молекулярной цитогенетики, который позволяет выявлять первичные генетические изменения, когда они еще не проявляются на цитологическом и гистологическом уровнях.

Основным недостатком гистологического метода является очаговость оценки СОЖ, она оценивается только в местах взятия биоптатов. Кроме того, в силу инвазивности и сложности исследования, необходимости высокого профессионализма морфолога, гистологический анализ не может быть скрининговым методом диагностики пренеопластических изменений СОЖ [3,5,6].

В настоящее время разработан неинвазивный метод диагностики пренеопластических изменений СОЖ, который базируется на определении в сыворотке крови четырех биомаркеров: пепсиногена I, пепсиногена II, гастрин-17 и антител к *H.Pylori*, количественное определение которых дает информацию о функциональном состоянии различных участков СОЖ (таб.1). Этот комплекс показателей получил коммерческое название тест «Гастропанель» (GastroPanel, Biohit Diagnostics, Финляндия).

Таблица 1- Клинико-лабораторные маркеры риска предраковых изменений СОЖ (Biohit GastroPanel)

Показатель	
Пепсиноген I	Маркер атрофии слизистой оболочки (СО) тела желудка
Пепсиноген II	Маркер воспаления и атрофии СОЖ
Гастрин-17 (стимулированный)	Маркер атрофии антральной СО
Гастрин-17 (базальный)	Маркер повышенной кислотности
Антитела (IgG) к <i>H.Pylori</i>	Маркер наличия инфекции <i>H.Pylori</i>

Множество исследований подтвердило высокую достоверность верификации атрофического гастрита по сывороточному уровню пепсиногена I и II, гастрин-17 при исследовании крови с помощью теста «Гастропанель». Российскими исследователями [2] также было подтверждено, что метод определения пепсиногена I и гастрин-17 в сыворотке крови обладает достаточно высокой чувствительностью при диагностике неатрофического и атрофического гастрита, при этом он характеризуется высокой позитивной и негативной прогностической ценностью.

Учитывая важную роль *H. Pylori*-инфекции в желудочном канцерогенезе, одним из важных направлений оценки риска развития пренеопластических изменений СОЖ является диагностика хеликобактериоза. В Маастрихтском консенсусе 2012 года для неинвазивной диагностики *H. Pylori* рекомендованы определение антигена бактерии в кале и серологический метод диагностики инфекции [9,10,11].

Большое количество исследователей отмечают высокую специфичность и чувствительность серологического метода диагностики *H. Pylori*. Но в рекомендациях Маастрихта 4 признается, что не все серологические тесты равноценны. В связи с вариабельностью точности различных коммерческих тестов следует использовать только валидированные серологические тесты, основанные на иммуноферментном определении антител IgG к антигенам *H. Pylori* [10]. К таким тестам относят Гастропанель «Biohit Diagnostics». Важно, что определение суммарных иммуноглобулинов, IgA или IgM к антигенам *H. Pylori* не обладает специфичностью и чувствительностью, свойственной серологическим тестам, основанным на определении антител класса IgG [8,12].

Преимуществом данных методик является простота выполнения. Их используют для эпидемиологических исследований, скрининге пациентов групп риска, для принятия решения о назначении антимикробных и антисекреторных препаратов, при язвенном кровотечении, атрофии и желудочных опухлях.

Важным положением рекомендаций Маастрихта 4 является то, что только серологический метод может использоваться для диагностики *H. Pylori*-инфекции в условиях, когда пациенты не могут прекратить прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) за 2 недели до определения *H. pylori* культуральным, гистологическим методом, уреазным дыхательным радиоизотопным тестом или определением антигена бактерии в кале.

Маастрихтский IV консенсус не рекомендует использовать определение антител IgG к антигенам *H. Pylori* для контроля эффективности эрадикационной терапии. В то же время появился ряд исследований свидетельствующих о том, что через год после эффективной эрадикации происходит полная элиминация IgG к *H. Pylori* из сыворотки крови.

Нами проведено исследование с целью оценки динамики маркеров функциональной активности СОЖ и антител к *H. Pylori* в сыворотке крови в зависимости от эффективности эрадикационной терапии [1]. В 2010 году было обследовано 113 пациентов с симптомами желудочной диспепсии. Обследование включало комплекс диагностических мероприятий, которые проводились при поступлении в клинику и через 2 и 12 месяцев после окончания эрадикационной терапии.

Эрадикационная терапия включала назначение омепразола по 40 мг в сутки, кларитромицина по 1000 мг в сутки и амоксициллина по 2000 мг в сутки в течение 14 дней. Пациентам с функциональной диспепсией и отсутствием инфекции *H. Pylori* вместо эрадикационной терапии проводилась изолированная антисекреторная терапия омепразолом 40 мг в сутки в течение 14 дней.

Разделение пациентов на группы осуществлялось через 2 месяца после окончания эрадикации *H. Pylori*. Было выделено 3 группы больных. В первую группу (*H. Pylori* -отрицательные) вошли 12 больных с функциональной диспепсией и отсутствием инфекции *H. Pylori*, как до, так и через 2 месяца после окончания лечения. Во вторую (эффективная эрадикация) вошли 43 больных с эндоскопическими признаками хронического гастрита хеликобактерной этиологии, у которых произошла эрадикация *H. Pylori* через 2 месяца после окончания лечения, что подтверждалось отрицательными результатами ПЦР, гистологического и иммуноцитохимического методов. Третью группу (неэффективная эрадикация) составили 58 пациентов с эндоскопическими признаками хронического гастрита хеликобактерной этиологии, у которых не произошла эрадикация *H. Pylori* через 2 месяца после окончания лечения, что проявлялось выявлением инфекции *H. Pylori* методом ПЦР и другими методами, включенными в исследование.

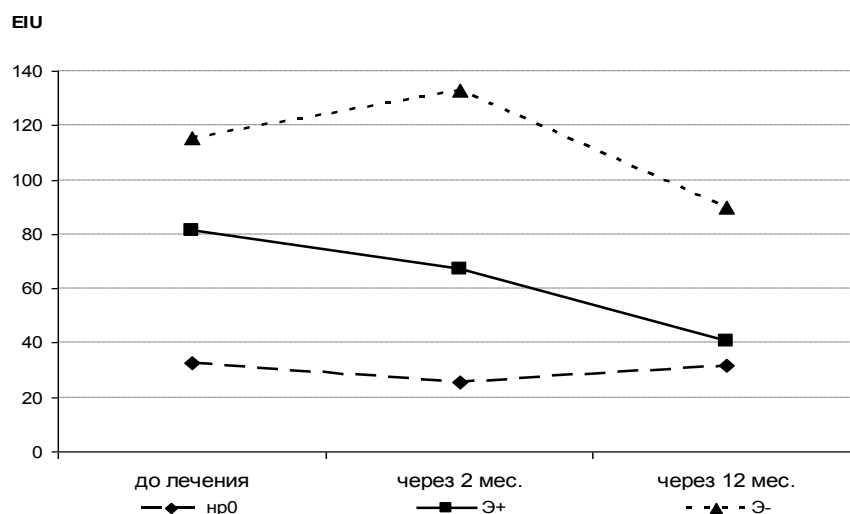


Рисунок 1- Уровень IgG к *H. Pylori* в сыворотке крови в группах пациентов до и через год после лечения. Обозначения: NP0 – *H. Pylori* -отрицательные; Э+ – эффективная эрадикация; Э– – неэффективная эрадикация

Аналогичные результаты были получены японскими исследователями в 2012 году [8]. При эффективной эрадикации уровень IgG к *H. Pylori* снизился через год с 94,2 до 12,4 ед.

Таким образом, оптимальным сроком для оценки эффективности эрадикации серологическим методом по определению уровня IgG к *H. Pylori* является – 12 месяцев. Это вполне приемлемый срок, так как повторную эрадикацию *H. Pylori* не всегда целесообразно проводить сразу же после неудачной попытки, с учетом определенного гепатотоксичного действия антибиотиков. Кроме того, даже неэффективная эрадикация *H. Pylori* обычно приводит к клиническому улучшению, из-за уменьшения обсеменения СОЖ бактериями.

Одним из путей профилактики и предотвращения рака желудка является лечение инфекции *H. Pylori*. Итальянские исследователи из Болонского университета в 2009 г. в результате мета-анализа имеющихся публикаций пришли к выводу о снижении риска рака желудка после эрадикационной терапии. При проведении объединённого анализа 6 клинических исследований с общим числом участников 6695, находившихся под наблюдением в течение 4-10 лет, оказалось, что эрадикация *H. Pylori* уменьшила относительный риск развития рака желудка на 35% [6].

Маастрихтский консенсус 2012 года определил, что существуют убедительные доказательства снижения риска развития рака желудка после эрадикации *H. pylori*. В таблице 2 представлены рекомендации Маастрихта 4, относящиеся к стратегии профилактики рака желудка.

Таблица 2 - Рекомендации Маастрихта 4, относящиеся к стратегии профилактики рака желудка [10]

Заявление	Уровень доказательности	Степень рекомендации
<i>H. Pylori</i> -инфекция является наиболее последовательным фактором риска развития рака желудка.	1a	A
Влияние факторов окружающей среды находится в зависимости от <i>H. Pylori</i> –инфекции.	1a	A
Эрадикация <i>H. pylori</i> устраняет воспалительные реакции и замедляет или может остановить прогрессирование атрофии. В некоторых случаях атрофия может сохраниться.	1a	A
Существуют убедительные доказательства, что эрадикация <i>H. pylori</i> снижает риск развития рака желудка.	1c	A
Риск развития рака желудка может быть уменьшен более эффективно, при лечении до развития предраковых изменений	1a	A
Эрадикация <i>H. pylori</i> для профилактики рака желудка является экономически эффективной в регионах с высоким риском развития рака	3	B

желудка.		
Серологические тесты на <i>H.pylori</i> , и маркеры атрофии (например, IgG <i>H.pylori</i> , пепсиноген I) являются наилучшими неинвазивными тестами для выявления пациентов с высоким риском развития рака желудка.	1a	B
Эрадикация <i>H.pylori</i> , для предотвращения рака желудка, должна проводиться в группах высокого риска.	1c	A
Предраковые изменения СОЖ в условиях повышенного риска требуют эндоскопического наблюдения. Перспективные исследования необходимы для определения их периодичности.	2c	A

Эрадикация *H.Pylori* для предотвращения рака желудка в настоящее время показана (уровень доказательности: 1a до 4; степень рекомендации: A):

- родственникам первой степени родства больного раком желудка;
- пациентам с неоплазией желудка, пролеченной эндоскопически или субтотальной резекцией желудка;
- пациентам с пангастритами, гастритом тела желудка, выраженной атрофией;
- пациентам с длительной медикаментозной кислотосупрессией, более чем 1 год;
- пациентам с сильными экологическими факторами риска рака желудка (курение, запыленность, уголь, кварц, цемент, работы в карьерах);
- *H.pylori* -позитивным пациентам с боязнью рака желудка.

В рекомендациях Маастрихта 4, появился интересный пункт о целесообразности эрадикации *H.Pylori* пациентам с длительной медикаментозной кислотосупрессией. Это обусловлено предшествующими исследованиями о том, что длительная терапия ИПП приводит к гипергастринемии, гиперплазии энтерохромаффинноподобных клеток, что может способствовать развитию карциноида, рака желудка и толстой кишки, учитывая трофические эффекты гастринина [11]. Кроме того, медикаментозно-индуцированная гипоацидность способствует разрастанию вторичной бактериальной флоры в просвете желудка, способствующей трансформации пищевых нитратов в канцерогенные нитрозосоединения[9,10].

Данные устоявшиеся представления несколько изменяют результаты долгосрочного, открытого исследования [3] по оценке безопасности и эффективности непрерывной поддерживающей терапии пантопразолом в течение 15 лет тяжелых кислотозависимых язвенных заболеваний у 142 пациентов. Это самое длительное на сегодняшний день исследование ИПП, в котором получены обнадеживающие доказательства долгосрочной безопасности пантопразола. Установлено, что ежедневная поддерживающая терапия (40-160 мг/сут.) пантопразолом на срок до 15 лет для тяжелых кислотозависимых заболеваний является эффективной и хорошо переносимой, не выявлено проблем безопасности. В течение 15 лет исследования средний сывороточный уровень гастринина вырос с базовой линии до умеренных значений, средняя плотность энтерохромаффинноподобных клеток в СОЖ умеренно увеличилась в течение первых 3 лет, и оставалась стабильной в дальнейшем.

У пациентов с успешной эрадикационной терапией наблюдалась долгосрочная регрессия антрального и фундального гастрита при лечении пантопразолом (рис.2). У *H.Pylori* –позитивных пациентов отмечалось увеличение атрофии желез фундального отдела до незначительной в течение первых 3-х лет приема препарата и последующая ее регрессия в течение 12 лет. В антральном отделе желудка у них уровень атрофии желез характеризовался незначительным снижением в процессе исследования.

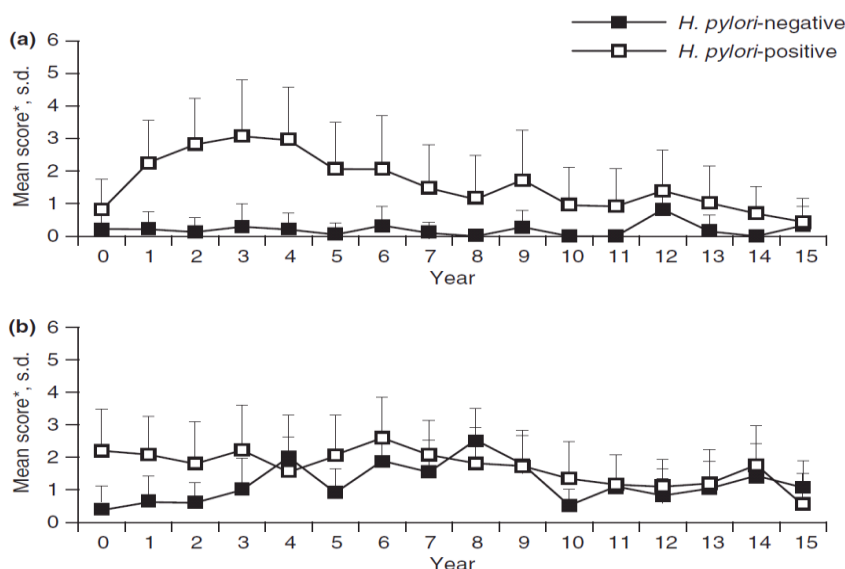


Рисунок 2 - Выраженность атрофии желез СОЖ в фундальном (а) и антральном отделе желудка (б) и *H.pylori*-статус пациентов в течение 15 лет лечения пантопрозолом (Brunner G. Et al., 2012). Обозначения: Шкала атрофии: 0 - нет атрофии, 4 - незначительная, 8 - выраженная

Таким образом, в данном долгосрочном исследовании не выявлено критического увеличения гипергастринемии, атрофии и плотности энтерохромаффинноподобных клеток в СОЖ на фоне длительной терапии ИПП.

До недавнего времени многие исследователи считали, что все стадии каскада канцерогенеза Корреа (хронический активный гастрит→ атрофический гастрит→ кишечная метаплазия→ дисплазия низкой степени→ дисплазия высокой степени→ рак желудка [5] до развития дисплазии на фоне эффективной эрадикации *H.Pylori* обратимы. В настоящее время доказано, что существует «точка невозвращения» - появление кишечной метаплазии в слизистой оболочке желудка, когда эрадикации *H.Pylori* уже не снижает риск развития рака желудка.

Данный вывод был получен в тайваньском контролируемом рандомизированном исследовании (1995-2008 гг.) при обследовании около 5000 пациентов [9]. Установлено, что эрадикация *H.pylori* существенно снизила частоту данной инфекции, атрофии СОЖ (на 77,2%), язвенной болезни (на 67,4%) и что важно, рака желудка (на 25%) в популяции в течение относительно короткого периода после эрадикации *H.pylori* (2004 – 2008 гг.). При этом обнаружено, что эрадикация *H.pylori* не снизила частоту кишечной метаплазии СОЖ и не уменьшила её тяжесть. Наличие кишечной метаплазии это «точка невозвращения» в каскаде Корреа.

Эрадикация *H.Pylori* остается важной проблемой общественного здравоохранения, особенно в свете расширения показаний для антибиотикотерапии и роста антимикробной резистентности. Согласно современным рекомендациям Европейской группы по изучению *H.Pylori* [10] алгоритм лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H.Pylori*-инфекцией выглядит следующим образом (табл.3).

Таблица 3- Линии терапии и схемы лечения *H.Pylori* - инфекции, рекомендованные IV Маастрихтским консенсусом[10]

	Регионы с низкой кларитромициновой резистентностью (R<20%)	Регионы с высокой кларитромициновой резистентностью (R>20%)
I линия	-ИПП-Клар-Амокси/Метро или -Последовательная терапия или -Одновременная (Без висмута квадротерапия) или -Висмут-содержащая квадротерапия	-Висмут-содержащая квадротерапия Последовательная терапия или -Одновременная (Без висмута квадротерапия)

II линия	-Висмут-содержащая квадротерапия или -ИПП-Лев-Амокси	-ИПП-Лев-Амокси
III линия	Тестирование чувствительности к антибиотикам	

Современные варианты лечения *H.Pylori*-инфекции:

схемы первой линии:

- Стандартная терапия: ИПП, амоксициллин (или метронидазол), кларитромицин 10-14 дней.
- Висмут-содержащая квадротерапия: Висмут, ИПП, кларитромицин и амоксициллин в течение 10-14 дней.
- Последовательная терапия: ИПП, амоксициллин, - 5 дней, затем ИПП, кларитромицин и метронидазол - 5 дней.
- Одновременная терапия - не-висмут содержащая четырехкомпонентная терапия: ИПП, амоксициллин, кларитромицин и метронидазол в течение 7-10 дней.

схемы второй линии:

- Висмут-содержащая четырехкомпонентная терапия: ИПП, висмут, тетрациклин и метронидазол;
- Левофлоксацин +ИПП + амоксициллин.

Важной особенностью рекомендаций Маастрихта 4 является появление высокоэффективных последовательной и одновременной схем терапии *H.Pylori*, которые эффективны как в регионах с низкой, так и с высокой кларитромициновой резистентностью.

Частота реинфицирования после эрадикации *H.pylori* невелика. По данным проспективного бразильского исследования с участием 159 пациентов с язвенной болезнью желудка она составила 1,8% в год [12]. По данным китайских исследователей частота реинфицирования составила 1% на человека в год [9].

Таким образом, ранняя диагностика пренеопластических изменений СОЖ в настоящее время является одной из ключевых проблем гастроэнтерологии. Серологическая диагностика хронических *H.Pylori* –ассоциированных заболеваний, основанная на определении пепсиногена I, пепсиногена II, гастрин-17 и антител - IgG к *H.Pylori* способствует эффективному выявлению инфекции *H.Pylori* и раннему обнаружению пренеопластических изменений СОЖ. Эрадикация *H.pylori* снижает риск развития атрофии слизистой оболочки, рака желудка и является экономически эффективной в регионах с высоким риском развития аденокарциномы желудка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дрыгина Л.Б., Пояркова Н.А., Саблин О.А. Клинико-лабораторная оценка эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2010. - № 2 - С. 27-32.

1 Котелевец С. М. Хронический атрофический гастрит и проблема скрининга предраковых изменений слизистой оболочки желудка: автореф. дис. ... д-ра мед. Наук. – СПб, 2007. – 40 с.

2 Brunner G., Athmann C., Schneider A. Long-term, open-label trial: safety and efficacy of continuous maintenance treatment with pantoprazole for up to 15 years in severe acid-peptic disease // *Aliment Pharmacol Ther.*-2012;36(1):37-47.

3 Cassaro M., Rugge M., Gutierrez O., Leandro G., Graham D.Y., Genta R.M. Topographic patterns of intestinal metaplasia and gastric cancer // *Am. J. Gastroenterol.*-2000.- Jun;95(6).- P.1431-1438.

4 Correa P. *Helicobacter pylori* and gastric cancer: state of the art // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prew.* – 1996 – Vol. 5. – P. 477-481.

5 Fuccio L., Zagari R.M., Eusebi L.H., Laterza L., Cennamo V., Ceroni L., Grilli D., Bazzoli F. Meta-analysis: Can *Helicobacter pylori* Eradication Treatment Reduce the Risk for Gastric Cancer? // *Ann. Intern. Med.*- 2009.- Vol.151. - P. 121-128.

6 Imai Y, Kudo S., Tsuruta O. et al. Problems and clinical significance of V type pit pattern diagnosis: report on round-table consensus meeting // *Early Colorectal. Cancer.* – 2001. – Vol. 5 – P. 595–613.

7 Kawai T., Fukuzawa M., Gotoda T., Moriyasu F. Correlation of serum pep-sinogen with histological atrophy following successful *H.pylori* eradication // XXVth International Workshop on *H.Pylori*, 2012. – P. 2 - 32.

8 Lee Y.C., Chen T.H., Chiu H.M., Shun C.T., Chiang H., Liu T.Y., Wu M.S., Lin J.T. The benefit of mass eradication of *Helicobacter pylori* infection: a community-based study of gastric cancer prevention // *Gut*. 2012 Jun 14. [Epub ahead of print].

9 Malfertheiner P. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report / *Gut* 2012;61:646–664.

10 Poulsen A.H., Christensen S., McLaughlin J.K., et al. Proton pump inhibitors and risk of gastric cancer: a population-based cohort study // *Br. J. Cancer* 2009;100:1503–7.

11 Silva F.M. et al. *Helicobacter pylori* Reinfection in Brazilian Patients with Peptic Ulcer Disease: A 5-Year Follow-Up. *Helicobacter*: 2010; 15: 46–52.

12 Sipponen P., Harkonen M., Alanko A. et al. Diagnosis of atrophic gastritis from serum samples // *Clin. Lab.* – 2002. – Vol. 48. –P. 505-515.

Федеральное государственное бюджетное учреждение, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург. Материал поступил в редакцию 28.11.12.

Түйін

О.А. САБЛИН

HELICOBACTER PYLORI ЖӘНЕ АСҚАЗАН ОБЫРЫ.

ЭРАДИКАЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ

А.М. Никифоров атындағы Бүкілресейлік шұғыл және радиациялық медицина орталығы, Ресей, Санкт-Петербург қ.

Асқазанның сілемелі қабағының (АСҚ) пренеопластикалық өзгерістерін ерте диагностикалау қазіргі уақытта гастроэнтерологияның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.

Созылмалы *H.Pylori* – іліктескен аурулардың серологиялық диагностикасы *H.Pylori*-ге пепсиноген I, пепсиноген II, гастрин-17 және IgG антиденелерін анықтауға негізделген, *H.Pylori* инфекциясын тиімді анықтауға және АСҚ пренеопластикалық өзгерістерін ерте анықтауға әсер етеді.

Кілтті сөздер: *Helicobacter pylori*, асқазан обыры, гастрит, пренеопластикалық өзгерістер.

Abstract

O.A. SABLIN

HELICOBACTER PYLORI AND STOMACH CANCER.

FEATURES OF ERADICATION THERAPY

Federal state enterprise “Russian Center of emergency and radiation medicine named by Nikiforov” MES RF

Early diagnosis preneoplastic change of gastric mucosa is now a key issue of Gastroenterology. Serological diagnosis of chronic *H.Pylori* associated diseases, based on the determination of pepsinogen I, pepsinogen II, G-17 and anti-IgG *H.Pylori* contributes to effective detection of infection and early detection *H.Pylori* preneoplastic change coolant.

Keywords: *Helicobacter pylori*, stomach cancer, gastritis, preneoplastic changes.

УДК 615.874

Б.А. САЛХАНОВ, Ж.А. АЛДАШЕВА, Е.С. ДЖУСУПОВА

ВЗГЛЯД НА СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ

(в порядке дискуссии)

В статье описывается, что современная диетология должна располагать несколькими (не более 4-5) базисными диетами, в основе своей универсальными, некоторая коррекция которых путем включения или исключения отдельных компонентов послужила бы полной адаптации их для конкретной болезни или конкретного больного.

Ключевые слова: лечебное питание, современная диетология, факторы питания.

Факторы питания, как одно из существенных составляющих окружающей среды, играют важную роль в сохранении здоровья человека. Нарушения сбалансированности суточного рациона, режима питания, технологии приготовления пищи могут привести к более или менее выраженным сдвигам в обмене веществ, морфофункциональном состоянии органов, которые могут манифестироваться в виде различных болезней. Следовательно, коррекция питания путем устранения дисбалансов суточного рациона, режима и технологии пищи может выполнять роль лечебного фактора, особенно при болезнях органов пищеварения и обмена веществ [1].

Использование пищи в качестве лечебного и профилактического фактора имеет глубокие корни. Связь питания с состоянием здоровья нашла отражение в народной мудрости в виде пословиц и поговорок, подчеркивающих роль и значение пищи в сохранении здоровья и долголетия [2]. Кочевые племена, населявшие территорию нынешнего Казахстана, в связи с условиями быта и образа жизни пришли к такой технологии, которая позволяла им сохранять продукты питания длительно. Среди приемов приготовления и заготовки продуктов наряду с традиционными заметное место занимали соленье, вяление, копчение, высушивание, заквашивание и т.д. Это позволяло не только удлинить сроки хранения продуктов и полуфабрикатов, но и облегчало их транспортировку в условиях дальних перекочевок и длительных военных походов. До наших времен почти в неизменном виде дошли все приемы кустарной пищевой технологии далеких предков.

Среди продуктов питания, используемых кочевыми племенами, преобладали мясо домашних и диких животных, молочные и злаковые продукты. Они наряду с питательными качествами, обладали и лечебными свойствами, что с успехом использовалось при длительных изнуряющих болезнях, истощении, заболеваниях органов пищеварения. Однако, несмотря на длительный опыт народа, использование национальных продуктов питания в лечебных целях получило научное обоснование лишь в последние десятилетия, благодаря научным изысканиям Института питания НАН РК, которые дали диетологии научные основы использования некоторых национальных продуктов в лечебном питании.

Лечебное питание – это метод лечения питанием из специально подобранных и приготовленных продуктов в соответствии с изменениями в состоянии различных органов и процессов обмена веществ, вызванными заболеванием. Целью лечебного питания является обеспечение физиологических потребностей организма в пищевых веществах и нормализация обмена веществ, нарушенных в связи с заболеванием, то есть воздействие на патогенетические механизмы болезни.

Задача лечебного питания прежде всего сводится к восстановлению нарушенного соответствия между ферментными системами (констел-ляциями) больного организма и химическими структурами пищи путем приспособления химического состава рационов и физико-химического состояния пищевых веществ к метаболическим особенностям организма. Эта концепция отражает теоретические принципы диетологии и опирается в своих положениях на данные биохимии, физиологии, гигиены питания, технологии пищи, на учение об этиологии и патогенезе заболеваний [2].

Наряду с терапевтическим воздействием на патогенетические механизмы болезни важнейшей задачей любой диеты является обеспечение потребностей больного организма в пищевых веществах и энергии. При этом необходимо учитывать, что потребности в пищевых веществах и энергии при большинстве заболеваний не меньше физиологических потребностей здорового человека, а часто даже выше, главным образом в отношении количества белков, витаминов и микроэлементов, что обусловлено их повышенными потерями при той или иной патологии.

При определении количества пищевых веществ в суточном рационе любого больного в первую очередь следует исходить из физиологических потребностей и в случаях необходимости вносить соответствующие коррективы с учетом особенностей течения патологического процесса. Лечебное действие большинства диет определяется, главным образом, качественным подбором продуктов, затем только изменением их кулинарной обработки при сохранении физиологических соотношений между количеством всех пищевых веществ. Отклонение от этого основного правила современной диетологии допускается только в исключительных случаях, когда резкие (выраженные) изменения в процессах обмена веществ исключают возможность применения физиологически полноценных диет (например, при уремии, ожирении, тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности и т.д.).

Пища оказывает сложное и разностороннее действие на организм человека, которое складывается из местного действия пищевых веществ на органы пищеварения и общего действия

продуктов переваривания пищи на функциональное состояние органов и на метаболические процессы.

Составление диеты при любом заболевании производится с учетом изменений и особенностей в процессах пищеварения и обмена веществ, вызванных этим заболеванием, и возможного влияния на них лечебным питанием при одновременном обеспечении потребностей организма в пищевых веществах.

Наряду с этим при использовании лечебных диет следует всегда учитывать, что среди различных этнических групп человеческой популяции с незапамятных времен эволюционно сложился определенный тип питания с преимущественным использованием определенных продуктов, содержащих пищевые вещества в соотношениях, которые способствовали развитию конкретных ферментных констелляций в организме представителей отдельного этноса или группы этносов близких по происхождению, по условиям среды обитания и т.д. [3]. Эти особенности питания, сложившиеся в ходе эволюции, в современной диетологии учитывались не всегда, что могло обусловить низкую эффективность диетических рационов.

Применение лечебных рационов также должно постоянно учитывать накапливающиеся новые научные данные в области науки о питании. Причем следует использовать лишь те научные данные, которые прошли добротную проверку, исключая возможности проявления ближайших и отдаленных побочных эффектов. Новые научные результаты следует применять без элементов авантюризма, проявляя необходимую научную чистоплотность и должную осторожность.

Основными принципами лечебного питания являются [5]:

1. Полное соответствие химического состава рациона состоянию ферментных систем организма, ответственных за ассимиляцию пищи, а при его нарушениях – восстановление этого соответствия;
2. Учет основных патогенетических механизмов, фазы и стадии развития болезни при определении количественных и качественных соотношений отдельных нутриентов, калорийности рациона, режима питания, технологии приготовления пищи;
3. Стремление к наиболее полному обеспечению потребностей больного организма основными нутриентами и калориями;
4. Адекватная особенностям течения болезни частота и дробность питания с правильным распределением суточного количества калорий по приемам пищи;
5. По возможности удовлетворение вкусовых привычек и потребностей больного человека;
6. Учет этнических (национальных) особенностей питания, использование лечебно-диетических свойств национальных продуктов питания в диетотерапии.

В настоящее время в лечебно-профилактических учреждениях Казахстана общепринятой остается номерная система диет, рекомендованная Институтом питания АМН СССР и получившая подтверждение в Приказе №343 Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8.04.2002 г. «Об организации лечебного питания в лечебно-профилактических организациях» [7]. В основе этих диет наряду с возможностью целенаправленного влияния на обмен веществ и функциональное состояние органов и систем лежит идея химического, механического и термического щажения органов пищеварения, причем зачастую с большим акцентом на учет местного воздействия пищевых продуктов. В целях реализации основных принципов лечебного питания было разработано 15 диет с их различными вариантами [4,5], рассчитанных на разную степень механического и химического щажения, что обуславливает еще большее возрастание числа диет, порою отличающихся неполноценностью по химическому составу, лишенных иногда привлекательности как для больного, так и для персонала пищеблоков ЛПУ. Применение наиболее щадящих вариантов диет усугубляло клиническое течение болезней, оказывал отрицательный психологический эффект на больного, подчеркивая его физическую “ущербность”, что не способствует наиболее полному излечению. С другой стороны, приготовление множества вариантов диет приводит к увеличению объема работ и нагрузке на персонал пищеблоков ЛПУ и как следствие, к снижению качества приготовления диетических блюд. Наряду с этим следует иметь ввиду имеющиеся в научной литературе единичные сведения о том, что результаты диетотерапии больных некоторыми заболеваниями (например, больные хроническими гастритами, язвенной болезнью) с использованием рационов, включающих в основном щадящие продукты и блюда, не лучше, а порою даже хуже результатов лечения с применением рационов, отличающихся высоким содержанием растительной клетчатки и более либеральной технологией приготовления блюд, то есть диеты гораздо менее щадящие дают лучшие эффекты. К примеру можно привести “Диету зеленью”, используемую при диетотерапии язвенной болезни [6].

С другой стороны особого внимания требуют вопросы кадрового обеспечения службы питания и подготовки кадров в системе их постдипломной подготовки. Существующий норматив введения 1 должностной единицы врача-диетолога на 500 стационарных коек на практике оказывается далеко неадекватным к той большой ответственности, которой загружается врач-диетолог в лечебно-профилактических учреждениях. Это тем более приобретает важное значение в условиях все возрастающего сокращения стационарных коек с вытекающими отсюда последствиями – все большее убывание числа врачей-диетологов, сокращение числа организаций обучения диетологов и отсутствие в нашей стране циклов переподготовки врачей по специальности диетолога. Это вполне понятно, ибо в условиях убывания числа диетологов по всей стране проведение циклов переподготовки по диетологии не оправдывает себя.

Все вышесказанное позволяет прийти к выводу о том, что в современных условиях врачам есть над чем подумать, о пребывании службы организации лечебного питания в крайне плачевном состоянии и диктует необходимость значительного оживления мероприятий, направленных на улучшение организации службы питания, переосмысления существующего положения вещей в данной отрасли медицины. Авторы надеются на живой отклик практикующих врачей и функционеров здравоохранения нашей страны.

Как видно из вышеизложенного, вопросы диетотерапии достаточно сложны и реализация их требует весьма кропотливой работы. Наряду с этим практика показывает, что используемая в настоящее время номерная система диет не всегда и не вполне себя оправдывает, особенно щадящие варианты диет при заболеваниях органов пищеварения. Некоторые положения принципов диетотерапии некоторых заболеваний существуют уже несколько десятилетий и стали настолько догматичны, что становятся даже тормозом для развития диетологии как отрасли нутрициологии, ибо их уже трудно пересмотреть, ревизировать. К сожалению, в отечественной литературе нет научных публикаций на эту тему, ибо наши ученые до сих пор остаются инертными в этом плане. Многие врачи не придают лечебному питанию должного значения, не считая его одним из важных лечебных факторов. Думается, что настало время пересмотра и переосмысления принципов лечебного питания при многих заболеваниях, расширить круг продуктов и блюд, используемых в практической диетологии и разработать модифицированные варианты прежней номерной системы диет, что уже сделали наши коллеги из Российской Федерации [8].

Сочли возможным изложить позицию авторов в нескольких словах о возможных направлениях развития диетологии. Это, во-первых, может быть в изучении нетрадиционных пищевых источников на предмет использования их лечебно-диетических свойств, если таковые в них предполагаются. Например, использование растительных лекарственных источников в качестве продуктов питания в составе блюд, а не только в виде отваров и настоев. Во-вторых, необходимо продолжить исследования лечебно-диетических свойств национальных продуктов и блюд, что несомненно обогатило бы ассортимент продуктов лечебного питания с учетом национальных особенностей питания, традиций и привычек отдельных групп населения. В-третьих, оно может заключаться в расширении исследований, направленных на изучение влияния на морфофункциональное состояние и метаболизм не применявшихся до сих пор технологических процессов в переработке пищевых источников.

Естественно, нельзя думать, что произойдет коренной перелом и полный пересмотр всех принципов современной диетологии. Необходимо пересмотреть старые, догматичные принципы лечебного питания, пополняя их новыми передовыми научными данными в области нутрициологии. Представляется, что современная диетология должна располагать несколькими (не более 4-5) базисными диетами, в основе своей универсальными, некоторая коррекция которых путем включения или исключения отдельных компонентов послужила бы полной адаптации их для конкретной болезни или конкретного больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Покровский А.А. Питание и болезнь. В кн.: Клинические и экспериментальные аспекты диетологии.-М.: 1974. - С. 5-7.
- 2 Справочник по диетологии /под ред. А.А.Покровского, М.А.Самсонова.-М.:Медицина, 1981. - 704 с.
- 3 Покровский А.А. Наука о питании и научно-технический прогресс. Вестник АМН СССР. - 1971. -№ 7. - С. 3-12
- 4 Певзнер М.И. Основы лечебного питания. М.:Медицина.-1958. – С. 45-58.

5 Самсонов М.А. Современные принципы диетической терапии при некоторых внутренних заболеваниях. Тер. архив.-1975. - С.126-132.

6 Лиепиньш Я. Применение «диеты зеленью» при язвенной болезни. Сборник трудов Всесоюзной конференции «Питание здорового и больного человека». - Алматы. - 1974. - С. 123-127.

7 Об организации лечебного питания в лечебно-профилактических организациях. Приказ МЗ РК № 343 от 8.04.2002 г.

8 О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации. Приказ МЗ РФ № 330 от 5.08.2003 г.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
Талдыкорганская областная детская больница. Материал поступил в редакцию 28.11.12.

Түйін

Б.А. САЛХАНОВ, Ж.А. АЛДАШЕВА, Е.С. ДЖУСУПОВА

ЕМДІК ТАМАҚТАНУДЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ЖАҒДАЙЫНА ДЕГЕН КӨЗҚАРАС
(ШІКІРТАЛАС ТӘРТІБІНДЕ)

Дәрігерлерді жетілдіру жөніндегі Алматы мемлекеттік институты Талдыкорган обласының балалар ауруханасы

Қазіргі заманғы диетологияда бірнеше негізгі әмбебап диеталар болуы тиіс, оларды кейбір компоненттерді кіргізу немесе шығару жолымен біршама түзетіп, нақты бір ауруға немесе нақты бір науқасқа толық бейімдеуге болар еді.

Кілтті сөздер: емдік тамақтану, қазіргі заманғы диетология, тамақтану факторлары.

Abstract

B.A. SALKHANOV, ZH.A. ALDASHEVA, YE.S. JUSSUPOVA

VIEW AT THE CURRENT STATE OF THE QUESTION OF CLINICAL NUTRITION
(AS A DISCUSSION)

Almaty state institute of improvement of doctors, Taldykorgan regional children hospital

It seems that modern nutrition should have more (4-5) basal diet is basically universal, some correction which, by the inclusion of individual components would serve their full adaptation to a particular disease or a particular patient.

Keywords: health food, current nutrition, dietary factors.

УДК 616.329:616.992-07-08

М.А. ШЕВЯКОВ

КАНДИДОЗ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА: ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ

В статье описывается, что успех лечения кандидоза слизистых оболочек зависит не только от адекватной антифунгальной терапии, но и от успеха коррекции фонового заболевания.

Ключевые слова: кандидоз слизистых оболочек, коррекция фонового заболевания, антимикробная резистентность.

Оппортунистические инфекции, включая микозы, представляют собой актуальную проблему современной медицины. Парадоксально, но именно достижения науки, обеспечившие успехи клинической медицины, привели к увеличению числа больных с оппортунистическими микозами. В частности, успехи в лечении ряда онкологических и аутоиммунных заболеваний (обусловленные применением химиотерапии, антицитотоксической терапии, глюкокортикостероидов и иммунодепрессантов), ассоциированы с появлением популяции пациентов с острыми и хроническими ятрогенными иммунодефицитными состояниями. В свою очередь, иммунодефициты и локальные нарушения антимикробной резистентности у человека являются основой для развития оппортунистических микозов, и в первую очередь, кандидоза. Диагностика и лечение кандидоза

слизистых оболочек пищеварительного тракта в ряде случаев сопряжена со значительными трудностями.

Грибы (по лат. *fungus* – гриб, и по греч. *mykes* – гриб) – самостоятельное обширное царство эукариотических микроорганизмов, включающих около 90 тысяч изученных видов. До конца 60-х годов XX века грибы ошибочно относили к царству растений. Среди грибов различают макро- и микромицеты. Первые видны невооруженным глазом, а вторые с помощью микроскопов. Известны одноклеточные формы микромицетов (низшие грибы, например, *Mucor*) и многоклеточные (высшие грибы, например *Penicillium*) [1].

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – одноклеточные микроорганизмы размерами 6-10 мкм. Эти микромицеты диморфны: в различных условиях они образуют и бластомицеты (клетки-почки), и псевдомицелий (нити удлинённых клеток). Эта морфологическая особенность имеет, как будет показано ниже, важное клиническое значение.

Микромицеты рода *Candida* повсеместно распространены в окружающей среде. Жизнеспособные клетки *Candida* spp. могут быть обнаружены в почве, питьевой воде, пищевых продуктах, на коже и слизистых оболочках человека и животных.

Таким образом, контакт с этими микромицетами «открытых систем» человека, то есть его кожи и слизистых оболочек - ординарный факт.

Исход контакта с дрожжеподобными грибами рода *Candida* обусловлен состоянием системы антифунгальной резистентности человека. В большинстве случаев такой контакт представляет собой транзитное кандидоносительство, когда структуры и механизмы антифунгальной резистентности обеспечивают спонтанную деконтаминацию организма человека. В то же время у лиц с нарушениями в системе антифунгальной резистентности контакт может сформировать как персистирующее носительство, так и кандидоз. Таким образом, кандидоз пищеварительного тракта имеет типичные черты оппортунистической инфекции.

Заболевание кандидозом слизистых оболочек предопределено наличием так называемых «факторов патогенности» у грибов рода *Candida*.

В частности, клетки гриба могут прикрепляться к эпителиоцитам (адгезия), а затем через трансформацию в нитевидную форму (псевдомицелий) внедряться в слизистую оболочку и даже «закрывать» системы (инвазия) и вызывать некроз тканей макроорганизма за счет секреции ферментов - аспартилпротеиназ и фозфолипаз.

Перечисленным факторам патогенности естественным образом противостоят многочисленные факторы антифунгальной резистентности. В частности, большое значение имеет целостность эпителиального слоя пищеварительного тракта и мукополисахариды слизи. Защитная роль отводится антагонизму дрожжеподобных грибов и облигатных бактерий пищеварительного тракта, активности пищеварительных ферментов, и фунгистатического действия неспецифических гуморальных факторов, такие как лизоцим, комплемент, секреторный IgA, трансферрин, лактоферин, дефензины и др.

Однако решающее значение в системе антифунгальной резистентности имеет функция фагоцитирующих клеток – полиморфноядерных и мононуклеарных фагоцитов в первую очередь, и в меньшей степени, естественных киллеров. Специфический антифунгальный гуморальный ответ реализуется за счет синтеза В-клетками специфических противокандидозных антител классов IgA, IgM, IgG, и в определенной степени IgE. Наконец, сложная кооперация дендритных (и других антиген-презентирующих клеток, Т-хелперов 1, 2 и 17 типа, а так же Т-регуляторных клеток обеспечивает адекватный специфический иммунный ответ.

Дефекты в кратко описанной выше системе антифунгальной резистентности являются факторами, способствующими возникновению кандидоза, или так называемыми факторами риска. Группы риска по развитию кандидоза пищеварительного тракта представлены ниже.

Группы риска по кандидозу слизистых оболочек: физиологические иммунодефициты (ранний детский период, старческий возраст, беременность); генетически детерминированные иммунодефициты (напр., селективный дефицит IgA, общая вариабельная иммунная недостаточность, синдром Шедиака-Хигаши и др.); ятрогенные иммунодефициты – (напр., последствия лечения глюкокортикостероидами, иммунодепрессантами, антицитокриновая, лучевая и полихимиотерапия); заболевания эндокринной системы (напр., сахарный диабет, аутоиммунный полиэндокринный синдром, гипотиреоз); дисбиоз слизистых оболочек после антибиотикотерапии; СПИД; хронические «истощающие» заболевания (напр., цирроз печени); нарушения нутритивного статуса (напр., голодание, авитаминозы).

В указанных группах кандидоз выявляют чаще обычного. Отметим, что иногда явную причину нарушения антифунгальной резистентности определить не удастся.

Патогенез кандидоза пищеварительного тракта характеризуется последовательным прохождением грибами следующих этапов – адгезии, инвазии, кандидемии и висцеральных поражений. На первом этапе микромицеты адгезируются к эпителиоцитам какого-либо участка слизистой оболочки. В дальнейшем, дефекты в системе резистентности позволяют микромицетам через трансформацию в псевдомицелий внедряться (инвазировать) в слизистую оболочку и подлежащие ткани. Цитопения – решающий фактор, который позволяет инвазирующимся грибам достигать стенки сосудов, разрушать ее и циркулировать в сосудистом русле (этот этап называют кандидемией). В отсутствие адекватной терапии кандидемия приводит к образованию очагов инвазивного кандидоза в висцеральных органах, чаще в печени и селезенке, легких, центральной нервной системе.

На первый взгляд парадоксально, но внедрение грибов рода *Candida* чаще наблюдается в участках слизистой оболочки, представленной многослойным эпителием (полость рта, пищевод) и значительно реже в однослойный эпителий (желудок, кишечник). На практике клиницисту приходится сталкиваться преимущественно с кандидоносительством, частота которого у здоровых лиц достигает в полости рта 25% , а в кишечнике - до 65-80%, и значительно превышает частоту заболевания. Кандидоз пищевода, например, встречается у больных общего профиля в 1-2% случаев, у больных сахарным диабетом 1 типа - в 5-10% случаев, у больных СПИД - в 15-30% случаев [2].

Симптомы кандидоза в первую очередь характеризуются появлением так называемой «молочницы» и раздражением слизистых оболочек. Характерными жалобами являются жжение слизистой оболочки языка и полости ротоглотки, дисфагия, одинофагия, ретростерernalный дискомфорт, однако встречается и латентное течение. Симптомы кандидоза пищевода могут нарушить акт глотания, что в свою очередь приводит к нарушению питания и значительному снижению качества жизни. Объем обследования при кандидозе органов пищеварения включает изучение анамнеза и клинической картины, оценку рутинных клинических тестов, эндоскопические исследования, микологические (культуральные, морфологические и серологические) и иммунологические тесты.

Эндоскопические признаки кандидоза – гиперемия и контактная ранимость слизистой оболочки, а так же фибриновые налеты различной локализации, конфигурации и размеров. «Стандарт» диагностики кандидоза слизистых оболочек - обнаружение псевдомицелия *Candida spp.* при морфологическом исследовании биоптатов и соскобов.

С целью обнаружения псевдомицелия используют морфологические микологические методы: цитологический - с окраской мазков по Романовскому-Гимза, и гистологический - с окраской биоптатов ШИК – реакцией. Таким образом, учет диморфности микромицетов *Candida spp.* является ключом к дифференциальному диагнозу между кандидозом и кандидоносительством. В современных условиях клиницист должен требовать от морфолога точного описания морфологических структур гриба, ведь обнаружение отдельных дрожжевых клеток, как правило, свидетельствует о кандидоносительстве, а обнаружение псевдомицелия позволяет подтвердить диагноз кандидоза.

К недостатку морфологических методов можно отнести их ограниченную чувствительность при эндоскопической биопсии. Известно, что биопсионные щипцы позволяют получить для изучения миниатюрный фрагмент ткани, и вероятность обнаружения информативного признака при однократной биопсии недостаточна.

Культуральный микологический метод основан на посеве биоматериалов слизистых оболочек на среду Сабуро. Преимущество данного метода - в возможности видовой идентификации грибов рода *Candida* и тестирования культуры на чувствительность к антимикотикам. Актуальность таких исследований обусловлена тем, что различные виды *Candida* , в частности *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.parapsilosis*, *C.krusei*, *C.glabrata* и др. имеют различную чувствительность к современным антифунгальным препаратам. В настоящее время в арсенале современных лабораторий имеется несколько диагностических систем для определения видовой принадлежности грибов и их чувствительности к антифунгальным препаратам. В основе видовой идентификации и определения чувствительности к антифунгальным препаратам лежит использование селективных питательных сред, изучение характера утилизации грибами сахаров и энзимный профиль грибов, метод разведений, флуоресцентная гибридизация и другое (диагностические системы «Кандиселект», «Ауксаколор», «Фунгискрин», «Фунгитест», и др.). Культуральное исследование биоматериалов слизистых оболочек с определением вида возбудителя становится строго

необходимым при рецидивирующем течении кандидоза или резистентности к стандартной антимикотической терапии.

Недостаток культурального метода – в невозможности дифференцировать кандидоносительство и кандидоз при исследовании материалов «открытых систем», поскольку слизистые оболочки и в норме могут быть контаминированы грибами рода *Candida*.

Чувствительность и специфичность серологических тестов диагностики кандидоза пищевода (иммуноферментный анализ с антигеном *Candida*, уровень специфического IgE, тест латекс-агглютинации Platelia) пока не достигли требуемой точности и их результаты должны оцениваться с известной осторожностью.

В план ведения пациентов с кандидозом пищевода необходимо включить диагностику и коррекцию фоновых заболеваний, других очагов кандидозной инфекции, рациональную антифунгальную терапию и иммунокоррекцию. В клинике НИИ медицинской микологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования у пациента с кандидозом обязательно проводится минимальный объем диагностики предполагаемого фонового заболевания, включающий: уточнение фармакологического анамнеза, клинический анализ крови, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, анализ крови на толерантность к глюкозе, сключение наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей, и в связи с этим – рентгенография легких, фиброгастроскопия, фиброколоноскопия, дополнительно для мужчин - УЗИ предстательной железы и исследование уровня простата-специфического антигена, дополнительно для женщин - УЗИ молочных желез и малого таза с консультацией гинеколога. Лечение кандидоза слизистых оболочек основано на применении антифунгальных препаратов. Общий принцип действия всех антифунгальных средств - угнетение биосинтеза эргостерина клеточной стенки микромицетов. Антифунгальные средства, используемые для лечения кандидоза в целом, можно разделить на три группы. Первая группа – полиеновые антимикотики, практически нерезорбируемые при приеме per os. К ним относят амфотерицин В, нистатин и натамицин. Вторая группа – азольные антимикотики, относительно хорошо резорбируемые при приеме per os. К ним относятся: кетоконазол, флуконазол (наиболее часто назначаемый при кандидозе), итраконазол, вориконазол, позаконазол. Третья группа – эхинокандины: каспифунгин, анидулафунгин, микафунгин.

Цель лечения кандидоза слизистых оболочек верхних отделов пищеварительного тракта - устранение симптомов и клинико-лабораторных признаков заболевания, а также предотвращение рецидивов. Современный пересмотр стандартов лечения кандидоза слизистых оболочек верхних отделов пищеварительного тракта, опубликованный в США 2009 г, содержит, по сравнению с аналогичным документом 2004 г, принципиальные изменения и дополнения [3]. Большинство случаев орофарингеального кандидоза и кандидоза пищевода вызваны *C.albicans*, либо как единственный выявленный возбудитель, либо в составе микст-инфекции. Однако все чаще встречаются случаи манифестной инфекции, вызванной видами, обычно резистентными к флуконазолу - *C.glabrata* и *C.krusei*.

В США и Европе были проведены многочисленные рандомизированные проспективные исследования течения орофарингеального кандидоза у больных СПИД и онкологическими заболеваниями, и было отмечено, что большинство пациентов отвечают на терапию местнодействующими антимикотиками. Однако так же было отмечено, что у больных СПИД рецидивы кандидоза возникают быстрее после терапии местно действующими антимикотиками, чем после терапии флуконазолом, а резистентность к антимикотикам может появиться при всех режимах терапии. Очевидно, что лечение флуконазолом и итраконазолом в растворе эффективнее, чем лечение кетоконазолом и итраконазолом в капсулах. Для детей в возрасте 5 и старше лет рекомендована доза раствора итраконазола 2,5 мг/кг дважды в сутки, и местный эффект раствора может быть так же важен, как и системный эффект. У больных СПИД суспензия позаконазола также эффективна, как и терапия флуконазолом.

Рецидивирующая кандидозная инфекция типична для больных с иммунодефицитом, особенно для больных СПИД. Для предотвращения рецидивов орофарингеального кандидоза долгосрочная поддерживающая терапия флуконазолом достаточно эффективна. Долгосрочная поддерживающая терапия флуконазолом прошла сравнение по эффективности с эпизодическим применением флуконазола в ответ на рецидив заболевания. Продолжительная поддерживающая терапия предотвращает рецидивы кандидоза более эффективно, чем периодическая терапия, но ассоциирована с большим риском развития резистентности возбудителя. В то же время было показано, что для предотвращения рецидивов орофарингеального кандидоза пероральная терапия амфотерицином В, нистатином и капсулами итраконазола менее эффективна, чем лечение

флуконазолом. Рекомендовано, что для лечения флуконазол-резистентного кандидоза вначале должен быть назначен раствор итраконазола. Показано, что не менее 64%, но не более 80% пациентов ответят на такую терапию. Суспензия флуконазола эффективна приблизительно у 74% больных с рецидивирующим орофарингеальным кандидозом или кандидозом пищевода, а вориконазол может быть эффективным при флуконазол-резистентном кандидозе. Внутривенные каспофунгин, микафунгин и анидулафунгин могут быть обоснованной альтернативой триазольным антимикотикам. Пероральный или внутривенный амфотерицин В тоже может быть эффективным у определенной части больных. Иммуномодуляция с добавлением гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора и препараты интерферона-гамма могут быть полезными при рецидивирующем кандидозе полости рта.

Наличие одновременно орофарингеального кандидоза и дисфагии или одиофагии могут быть свидетельством наличия у пациента кандидоза пищевода. Пробное лечение флуконазолом для таких пациентов с предполагаемым кандидозом пищевода может быть экономически выгодной альтернативой эндоскопическому исследованию: большинство пациентов с кандидозом пищевода отмечают исчезновение жалоб в течение 7 дней после начала терапии. При лечении кандидоза пищевода флуконазол эффективнее, чем кетоконазол, итраконазол в капсулах и флуцитозин, а раствор итраконазола сравним с флуконазолом по эффективности. До 80% пациентов с флуконазол-резистентным кандидозом отвечают на лечение раствором итраконазола. Вориконазол также эффективен, как и флуконазол, и его преимущество проявляется при лечении флуконазол-резистентного кандидоза, но он ассоциирован с большим числом побочных эффектов.

Эхинокандины отмечены большим уровнем рецидивов кандидоза, чем после лечения флуконазолом. Флуконазол-резистентный кандидоз отвечает на каспофунгин, и его эффективность схожа с таковой при лечении микафунгином и анидулафунгином. У больных СПИД кандидоз обычно приобретает рецидивирующий характер, и долгосрочная поддерживающая терапия флуконазолом эффективна для предупреждения рецидивов. У ВИЧ-инфицированных пациентов использование ВААРТ (высокоактивной антиретровирусной терапии) ассоциировано с уменьшением степени контаминации грибами *C.albicans* слизистых оболочек и уменьшением частоты орофарингеального кандидоза. Таким образом, ВААРТ должна быть использована как дополнительная терапия, насколько это возможно, у всех ВИЧ-инфицированных больных орофарингеальным кандидозом и кандидозом пищевода.

Хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек (ХККС) – редко встречающееся заболевание, характеризующееся хроническим персистирующим онихомикозом и поражением слизистых оболочек вызванных грибами рода *Candida*. Часть таких больных страдают тимомой или аутоиммунным полиэндокринным синдромом I типа. У этих пациентов в качестве начальной терапии должен быть назначен флуконазол. Когда имеются распространенные кожные и ногтевые поражения, ответ на антифунгальную терапию может быть замедленным, и почти всегда отмечаются рецидивы. Таким образом, большинство пациентов нуждаются в хронической поддерживающей антифунгальной терапии. Часто встречается развитие флуконазол-резистентного кандидоза. Пациенты с флуконазол-резистентным кандидозом должны получать лечение такими терапевтическими схемами, которые используются при флуконазол-резистентности у больных СПИД.

Лечение орофарингеального кандидоза. Для лечения легких случаев: орошения раствором клотримазола в дозе 10 мг 5 раз в сутки, или суспензия нистатина местно в концентрации 100 тыс. Ед/мл в дозе 4-6 мл 4 раза в день, или 1-2 таблетки с нистатином (200 тыс. Ед. каждая) назначаемые 4 раза в день на 7-14 дней. Отметим, что в РФ не зарегистрированы лекарственные формы нистатина в виде суспензии или таблеток.

Для лечения среднетяжелых или тяжелых случаев заболевания: флуконазол перорально в дозе 100 – 200 мг (3 мг/кг) в сутки на 7-14 дней.

Для лечения флуконазол-резистентных форм заболевания: либо раствор итраконазола в дозе 200 мг/сут или суспензия позаконазола в дозе 400 мг 400 мг дважды в сутки на первые 3 дня, а затем по 400 мг в сутки до 28 дней. В случае неуспеха этих мер рекомендован вориконазол в дозе 200 мг дважды в сутки или по 1 мл оральной суспензии амфотерицина В, назначаемого в дозе 100 мг/мл 4 раза в сутки. Отметим, что в РФ не зарегистрированы лекарственные формы амфотерицина В в виде оральной суспензии.

В случае рефрактерного заболевания так же рекомендованы эхинокандины или амфотерицин В внутривенно в дозе 0,3 мг/кг в день.

Для больных СПИД обычно необходима хроническая поддерживающая терапия. В этих случаях рекомендован флуконазол в дозе 100 мг 3 раза в неделю; предотвращения рецидивов инфекции рекомендована также ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия); орофарингеальный кандидоз, ассоциированного с зубными протезами, рекомендовано в дополнение к антифунгальной терапии проводить дезинфекцию протезов.

Лечение кандидоза пищевода. Во всех случаях требуется терапия системно действующими антимикотиками. Местно действующие антифунгальные препараты (нистатин, натамицин, клотримазол) не эффективны. Рекомендован флуконазол перорально в дозе 200-400 мг (3-6 мг/кг) в сутки на 14-21 день. Для пациентов, которых невозможен пероральный прием лекарств, рекомендованы флуконазол внутривенно в дозе 400 мг (6 мг/кг) в сутки, или амфотерицин В в дозе 0,3-0,7 мг/кг в сутки, или эхинокандины. Приемлемо диагностическое пробное назначение антифунгальной терапии, перед тем как будет выполнено эндоскопическое исследование (заметим, что эта рекомендация характерна для США, где стоимость эндоскопического исследования существенно выше стоимости пробного курса антифунгальной терапии).

Для лечения флуконазол-резистентных форм заболевания рекомендованы: раствор итраконазола в дозе 200 мг в сутки, суспензия позаконазола в дозе 400 мг дважды в сутки, или вориконазол 200 мг дважды в сутки, назначаемый внутривенно или перорально на срок 14-21 день. Приемлемой альтернативой является назначение микафунгина в дозе 150 мг в сутки, или каспофунгина 50 мг в сутки, или анидулафунгина в дозе 200 мг в сутки, или амфотерицина В в дозе 0,3 – 0,7 мг/кг в сутки. Для лечения рецидивирующего кандидоза пищевода рекомендован флуконазол в дозе 100-200 мг трижды в неделю. Для предотвращения рецидивов инфекции у больных СПИД рекомендована ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия).

В целом успех лечения кандидоза слизистых оболочек зависит не только от адекватной антифунгальной терапии, но и от успеха коррекции фонового заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Елинов Н.П. Химическая микробиология – м.: Высшая школа , 1989. – с 349-365
- 2 Шевяков М.А. Кандидоз слизистых оболочек пищеварительного тракта (лекция) // Проблемы медицинской микологии. - 2000. - Т.2, N2. - С. 6-10.
- 3 Treatment Guidelines for Candidiasis. Pappas et. Al., Clinical Infectious Diseases, 2009, 48:503-535.

Кафедра клинической микологии, аллергологии и иммунологии Северо-Западного медицинского университета имени И.И.Мечникова, Санкт-Петербург. Материал поступил в редакцию 28.11.12.

Түйін

М.А. ШЕВЯКОВ

АСҚОРЫТУ ЖОЛДАРЫНЫҢ СІЛЕМЕЙЛІ ҚАБЫҒЫНЫҢ КАНДИДОЗЫ: ДИАГНОСТИКА МЕН ЕМІ
И.И.Мечников атындағы Солтүстік-Батыс медицина университеті, Санкт-Петербург

Сілемейлі қабық кандидозын нәтижелі емдеу тиісті антифунгалдық терапияға, сондай-ақ негізгі ауруды түзету нәтижесіне байланысты.

Кілтті сөздер: Сілемейлі қабық кандидозы, негізгі ауруды түзету, микробқа қарсы резистенттілік

Abstract

M.A. SHEVYAKOV

CANDIDIASIS OF THE MUCOUS MEMBRANES OF THE DIGESTIVE TRACT: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Department of clinical mycology, allergy and immunology, Northwestern Medical University named by Mechnikov, St.Petersburg

Overall, the success of candidiasis treatment of the mucous membranes depends not only on appropriate antifungal therapy, but also on the success of correcting underlying disease.

Keywords: candidiasis of the mucous membranes, the correction of underlying disease, antimicrobial resistance.

УДК 616.33:616.329-002

Р.Р. БЕКТАЕВА

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И ПИЩЕВОД БАРРЕТТА:
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В обзоре описывается о том, что на сегодняшний день рост заболеваемости аденокарциномой дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка превышает рост показателей заболеваемости любой другой злокачественной опухолью.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, неполная кишечная метаплазия с секрецией сульфомуцинов.

Частота возникновения аденокарциномы пищевода (АКП) за последние 20 лет увеличилась в 3-3,5 раза. На сегодняшний день рост заболеваемости аденокарциномой дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка превышает рост показателей заболеваемости любой другой злокачественной опухолью [1]. Более половины всех диагностированных случаев рака пищевода в странах западной Европы и США являются аденокарциномой [2,3]. Прогноз после такого диагноза неблагоприятный – пятилетняя выживаемость при раке пищевода составляет лишь 10% (результаты скрининга населения Eurocase–2 в Европе) и не зависит от гистологического типа опухоли и степени ее дифференцировки [4].

Исследования пищевода канцерогенеза показали, что основным предраковым заболеванием для АКП является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и его осложнение Пищевод Барретта. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.* Последние международные рекомендации (Монреальский консенсус, 2006) предлагают рассматривать гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) как состояние, развивающееся в том случае, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает беспокоящие пациента симптомы и/или осложнения [5]. С патофизиологической точки зрения ГЭРБ – это кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при этом у большинства пациентов могут доминировать не кислые, а смешанные (с участием желчи) рефлюксы [6,7,8]. В 1978 г. предложен термин «щелочной рефлюкс» в качестве альтернативы понятию «кислый рефлюкс» [9]. «Чистый» щелочной рефлюкс имеет место только у пациентов с резецированным желудком, во всех остальных случаях можно говорить лишь о смешанном рефлюксе с преобладанием одного из компонентов [7]. Согласно современным представлениям, под щелочным рефлюксом принято понимать патологическое ретроградное попадание желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок, пищевод и даже ротовую полость. Распространенность ГЭРБ среди населения развитых стран составляет около 20%, так, в США насчитывается не менее 25 млн. больных ГЭРБ [10].

Распространенность изжоги, являющейся основным симптомом ГЭРБ, среди взрослого населения России составляет 40- 60% (при этом доля эрозивного эзофагита достигает от 10 до 25%) [9,11,12]. При использовании для диагностики болезни более строгих критериев опросника клиники Мэйо (наличие изжоги и/или регургитации 1 раз в неделю или чаще в течение последних 12 мес) данный показатель в городах России составляет 13,3%, а в Москве–23,6% (исследование МЭГРЕ) [4].

Распространенность изжоги в Казахстане, по результатам нашего эпидемиологического исследования, оказалась аналогичной российским данным, и в некоторых областях Казахстана достигает 40% [13]. Эти данные в совокупности позволяют сделать вывод об эпидемическом распространении ГЭРБ. Не вызывает сомнения тот факт, что показатель распространенности ГЭРБ в ряде регионов занижен, поскольку к врачу за медицинской помощью обращается только часть больных, тогда как остальные пациенты лечатся самостоятельно или под маской других заболеваний. Подтверждением служит и то, что ГЭРБ по своей частоте конкурирует с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническим холециститом [6,7]. По распространенности среди лиц наиболее трудоспособного возраста и наличию осложнений ГЭРБ можно отнести к заболеваниям XXI века. При длительном анамнезе изжоги и отсутствии адекватного лечения ГЭРБ становится причиной развития серьезных

осложнений и их клинико-морфологической прогрессии. В ранее проведенных исследованиях обращает внимание высокая частота хронического эзофагита в западных областях Казахстана, где была выявлена высокая заболеваемость раком пищевода [14,15,16]. Анализ данных публикаций дает основание считать, что «виновником» высокой заболеваемости раком пищевода в этих областях является ГЭРБ. С 1999 года ГЭРБ официально вошла в Международную *классификацию* болезней X пересмотра (рубрика K21), где подразделяется на ГЭРБ с эзофагитом (K21.0) и ГЭРБ без эзофагита (K21.1). Тогда же принято первое руководство по диагностике и лечению ГЭРБ, основанное на принципах доказательной медицины [12]. Рост заболеваемости ГЭРБ в мире обусловил большое количество исследований, посвященных оптимизации терапевтической тактики этого заболевания.

Базисными препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Выбор дозы и длительности терапии определяются тяжестью поражения пищевода. Для верификации последней в мире принято использовать Лос-Анджелесскую классификацию рефлюкс-эзофагита, разработанную в 1994 г. на Всемирном съезде гастроэнтерологов, в основу ее положены эндоскопические критерии [5,7].

Этиология, патогенез и морфологическая характеристика Пищевода Барретта. Важным этапом в истории ГЭРБ стало выделение одного из самых серьезных осложнений длительно существующего рефлюкс-эзофагита - пищевода Барретта (ПБ), увеличивающего риск развития аденокарциномы пищевода (АКП) в 30-120 раз [2,17,18,19,20]. ПБ формируется у 10-15% пациентов ГЭРБ [21,22,23,24,25].

Частота встречаемости ПБ, согласно данным аутопсии в 16 раз выше, чем клинически диагностированных случаев (в среднем клиническая частота выявления ПБ -22,6 на 100 тыс населения, при аутопсии -376 на 100 тыс.). В среднем от 8% до 12% пациентов с симптомами рефлюкса, 44% пациентов со стриктурой пищевода, 37% - со склеродермией имеют эндоскопическую и морфологическую картину ПБ [27]. ПБ встречается у 8-20% взрослых и 7-13% детей с повторяющимися эпизодами рефлюкса, а сам ПБ рассматривается в классификации Safari-Miller как терминальная стадия эволюции ГЭРБ [19,26]. Общеизвестно, что ключевым фактором в развитии ПБ является сочетание желчного и кислого рефлюкса [8,11,27]. Установлен высокий риск развития ПБ у пациентов после оперативных вмешательств на пищеводе и желудке (13,5%) вследствие возникновения массивного дуоденогастрального рефлюкса из-за отсутствия нижнего пищеводного сфинктера [28]. Известно, что грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является основным фактором, приводящим к развитию ГЭРБ. Она определяется у 64,4-96% пациентов с ПБ., причем степень тяжести грыжи коррелирует с уровнем неопластической прогрессии ПБ. Пациенты с коротким сегментом ПБ имели грыжу в 64,2%, при длинном сегменте ПБ – до 90,8%. Доказано, что ПБ обладает достоверно высоким канцерогенным потенциалом, который усиливается при возникновении очагов тяжелой или высокой дисплазии, именно он является облигатным предраком и при прогрессировании может стать основой роста аденокарциномы [18,25,29,30,31]. Ранее проведенное нами исследование - в ММА им. И.М.Сеченова (эндоскопический мониторинг с прицельной биопсией 93 пациентов ГЭРБ в 1988–1991гг) и исследования последних лет в ННМЦ (видеоэндоскопический мониторинг с прицельной биопсией и хромоэзофагоскопией 624 пациентов ГЭРБ в 2003-2009гг) позволили выявить ПБ в 15 и 208 случаях соответственно, при этом во втором исследовании дисплазия низкой степени выявлена у одной трети пациентов, дисплазия высокой степени – у 15(7,2%) пациентов [6,21,23]. Представления о природе возникновения ПБ с течением времени претерпели значительные изменения. Если сам Барретт (в 1950 году) считал, что данная патология является врожденной у больных с коротким пищеводом, и сутью его является смещение проксимального отдела желудка в грудную полость с изъязвлениями его стенок, окруженных цилиндрическим эпителием, то спустя 3 года P.Allison и соавт. показали, что речь идет о пищеводе с цилиндроклеточной метаплазией и образованием пептических язв. В 1961 г. J.Nayward предположил, что патогенез ПБ связан с ГЭРБ, а в 1970 г. это было экспериментально подтверждено C.Bremner и соавт. По современным представлениям, развитие ПБ происходит следующим образом: вначале возникает несостоятельность барьерной функции пищеводно-желудочного перехода, которая ведет к развитию рефлюкса (гастроэзофагеального), содержащего в своем составе соляную кислоту и (или) желчь и панкреатические ферменты (последние свидетельствуют о наличии хронического дуоденогастрального рефлюкса) [25,32]. Длительный контакт соляной кислоты, желчи и многослойного плоского эпителия пищевода приводит к развитию воспаления, эрозий, язв. Далее, репарация сопровождается увеличением количества стволовых клеток. В условиях низкого pH, сопровождающего рефлюкс, стволовые клетки дифференцируются в специализированный цилиндрический эпителий, более устойчивый к повреждающим факторам, а затем и в кишечный

эпителий [27]. В 1970-е годы была установлена связь между аденокарциномой пищевода и ПБ, к концу 1980-х стало очевидно, что только неполная кишечная метаплазия (КМ), так называемый специализированный тип эпителия пищевода, предрасполагает к развитию рака – аденокарциномы Барретта (бокаловидные клетки в цилиндрическом эпителии описаны впервые еще в 1951 г. L.Bsher и F.Taylor). В итоге КМ стали расценивать как морфологический субстрат ПБ [27]. Если метаплазия обуславливает появление цилиндрического эпителия кардиального или фундального типа слизистой оболочки желудка, то риск развития рака пищевода минимальный. Если метаплазия приводит к появлению специализированного тонкокишечного цилиндрического эпителия, который, в настоящее время, считают морфологическим эквивалентом пищевода Барретта, риск озлокачествления становится явным [15,29]. Наиболее опасным в прогностическом отношении является неполная кишечная метаплазия с секрецией сульфомуцинов, замещающая области «дефицита» плоского эпителия [27]. Доказано, что ПБ обладает достоверно высоким канцерогенным потенциалом, который усиливается при возникновении очагов тяжелой или высокой дисплазии, именно он является облигатным предраком и при прогрессировании может стать основой роста аденокарциномы пищевода [25,29].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Lagergren J., Bergstorm R., Lindgren A., Nyren O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor esophageal adenocarcinoma// N. ENGL. J. MED.–1999 – Vol. 340 – P. 413- 416.
- 2 Devesa S.S., Blot W.J., Fraumeni J.F. Jr. Changing pattern in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States // Cancer. – 1998. – Vol. 83. – P. 2049-2053.
- 3 Hanai M., Kusano M., Kawamura O. et al. Epidemiology of Barrett’s esophagus: comparison of Japan and the West.// Nippon. Rinsho. - 2005. - V. 63. –N 8. - P. 1333-1339.
- 4 Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2004 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина.- 2006. - Т.14, № 3 (прил.1) - С. 11-44.
- 5 Vakil N., van Zanden S.V., Kahrilas P.J. et al. The Monreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus // Am.J.Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1900-1920.
- 6 Бектаева Р.Р. Недостаточность кардии в клинике внутренних болезней. Автореферат...дисс. докт. мед. наук., Москва, 1991. – С. 12-16.
- 7 Болезни пищевода// под ред. Ивашкина В.Т., Трухманова А.С. - М. Триада –Х. - 2000. -179 с.
- 8 Tytgat G.N.J. What is the rate of occurrence of esophageal columnar metaplasia after long-term PPI therapy// Barrett’s esophagus. John Libbey Eurotext,Paris,2003. - Vol.1. - P. 73-77.
- 9 Pellegrini C.A., DeMeester T.R., Wernly J.A.,Johnson L.F.,Skinner D.B.Alkaline gastroesophageal reflux //Am.J.Surg.1978.Vol.135.#2.P.177-184.
- 10 Dent J., El-Serag H.B., Wallanger M.A.,etal.Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // Gut.-2005. - Vol.54. - P. 710-717.
- 11 Иваников И.О., Исаков В.А., Маев И.В. Рациональная диагностика и терапия гастроэзофагеальной болезни.//Гер. архив, 2004.- т. 76, № 2. - С.1-5.
- 12 Шептулин А.А. Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни //Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии, - 2003. - № 5. - С. 11-15.
- 13 Бектаева Р.Р., Базаргалиев Б.Ш., Агзамова Р.Т. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у взрослого населения в г. Актюбе. //Астана медициналык журналы (специальный выпуск), 2008. - № 6. – С.15-16.
- 14 Абдрахманов Ж.Н., Позднякова А.П., Кольчева Н.И. Сравнительный анализ динамики онкологической заболеваемости населения Казахстана, других стран СНГ и Балтии //Клиницист,1997. - № 1. - С. 4-9.
- 15 Кольчева Н.И. Морфоэпидемиология предрака и рака в Казахстане.//Клиницист, 1996. - №3. С. 4-17.
- 16 Позднякова А.П. Морфоэпидемиология рака в республике Казахстан. Автореферат... дисс. докт. мед. наук. Алматы, 2000 – 46 с.
- 17 Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. Клинический спектр предраковой патологии желудка. //Рос.журн.гастроэнтерол.гепатол.колонопроктол., 2002.-т.12, № 3. – С. 7-14.
- 18 Ивашкин В.Т. Современная гастроэнтерология и предопухолевые заболевания пищеварительной системы. //Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колонопроктол., 2002. - т.12, № 3. - С. 4-7.

- 19 Cameron Alan. J The epidemiology and prevalence of Barrett's Esophagus //Barrett's Esophagus and esophageal adenocarcinoma. /Ed. PS and R. Samplimer. Blackwell. USA, 2006. - P. 8-18.
- 20 Chandrasoma P.T., DeMeester T.R., GERD. Reflux to Esophageal Adenocarcinoma.–NewYork, 2006.
- 21 Bektayeva R.R., Logvinenko A., Shaymordanova G. From adenocarcinoma to GERD approaches to diagnostics and treatment //Gepatogastroenterology , October 2008, pages A 52, H. G. E. Update Medical Publishing S.A. Athens –Stuttgart. 1006.
- 22 Бектаева Р.Р., Логвиненко А.А., Шаймарданова Г.М. О канцерпревенции при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищеводе Барретта //Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, 2011. - № 2-3. - С. 6-7.
- 23 Bektayeva R.R., Logvinenko A., Shaymordanova G.M. The possibility of increasing disease free survival of Barrett's esophagus and developments of esophageal adenocarcinoma //J.ClinicalGastroenterol.-2011 - Vol.45. – N 3.
- 24 Кузин М.Н., Долгатов Н.Г. Пищевод Баррета – проблема медицины XXI века. //Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колонопроктол., 2001. - т.11, № 5. – С. 7-10.
- 25 Пасечников В.Д., Чуков С.З. Ранний рак верхних отделов пищеварительного тракта //Consilium medicum, 2002.-т.04, № 9. - С. 1-18.
- 26 Samplimer R.F. Practice Guidelines on diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus//Am.J.Gastroenterol. -1988 -Vol. 93 - P. 1028-1031.
- 28 Murrey L., Watson P., Jonston B. et al. Risk of adenocarcinoma in Barrett's esophagus: population based study //Br.Med.J. - 2003. -V. 327.-P. 534-535.
- 29 Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2-х томах. Т.2 / под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова. — М.: 4-е изд., перераб.— 1982. - С. 137-149.
- 30 Joel E. Mendelin and John R. Goldblum Histology of Barrett's Esophagus: Metaplasia and Dysplasia //Barrett's Esophagus and esophageal adenocarcinoma. /Ed. PS and R. Samplimer. Blackwell. USA, 2006. - P. 92-100.
- 31 Jankowski J.A., Harrison R.F., Perry I, Balkwill F. Tselepis C. Barrett's metaplasia.//Lancet.-2000- Vol.16-N.356(9247). - P. 2079-2085.
- 32 Dent J., Brun J., Fendrick A.M. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. Gut.- 1999: Vol. 44.- S.1-16.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 28.11.12.

Түйін

Р.Р. БЕКТАЕВА

ГАСТРОЭЗОФАГАЛДЫҚ РЕФЛЮКСТИК АУРУ ЖӘНЕ БАРРЕТТ ӨНЕШІ: МӘСЕЛЕГЕ ҚАЗІРГІ
ЗАМАНҒЫ КӨЗҚАРАС

«Астана медициналық университеті» АҚ.

Бұл шолуда қазіргі күні өңештің дисталды бөлігінің және асқазанның проксималды бөлігінің аденокарциномасымен ауру көрсеткіші қатерлі ісік ауруының басқа түрлерінен біршама жоғары болып тұрғаны баяндалған.

Кілтті сөздер: гастроэзофагеалды рефлюкстік ауру, Барретт өнеші, сульфомуциндер секрециясымен ішектің жетілмеген метаплазиясы.

Abstract

R.R. BEKTAYEVA

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND BARRETT'S ESOPHAGUS: CURRENT VIEW AT
THE PROBLEM

JSC «Astana Medical University»

In this review, the fact that nowadays the increase of cases of adenocarcinoma of the distal esophagus and proximal stomach exceeds the increase in incidence of any other malignancy.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, incomplete intestinal metaplasia with secretion sulphomucins.

УДК 616.62-07-08

В.Б. БЕРДИЧЕВСКИЙ, С.Ж. ИЛЬЯСОВ

ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ,
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Настоящая работа посвящена современным взглядам на физиологию мочеиспускания, нейрогенным причинам его нарушения и медикаментозным методам их коррекции. Важно отметить, что урологические и нефрологические причины нарушений функции нижних мочевых хорошо изучены. И только нейроурологический подход к проблеме позволит приблизить реализацию ожидания обеих сторон.

Ключевые слова: функции, нижние мочевые пути, диагностика, лечение.

Введение. Функции нижних мочевых путей являются следствием сложного комплекса взаимодействия мочевыделительной и нервной системы. Они направлены на обеспечение гомеостаза организма человека путем качественного выведения растворенных продуктов его жизнедеятельности.

В клинической медицине нет разделов, не изучающих это явление в свете анализируемой профильной патологии. Более того, каждый узкий специалист в определенной степени должен владеть основами урологии, нефрологии, невропатологии для грамотной интерпретации клинических, функциональных и лабораторных тестов эффективности мочеиспускания, особенно у пациентов с нефроурологическими заболеваниями [1-6].

Прежде чем касаться патологических проявлений нарушения функции нижних мочевых путей, важно знать физиологическую норму. Как и где образуется моча. Известно, что моча образуется в почечных клубочках. Через тонкую мембрану, разделяющую кровеносную и мочевую системы (форникс), в течение суток фильтруется около 120 литров первичной мочи. В процессе клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и секреции, в собирательных трубочках на выходе из нефрона, остается только один процент от поданной на обработку внутренней жидкости. Это конечный продукт почечной функции, в количестве около полутора литров, представляет собой концентрат токсинов и излишков биологически активных веществ (ферментов, гормонов, простагландинов и т.д.) подготовленных к эвакуации. Верхние мочевые пути функционируют по принципу перистальтической волны. Собирательные трубочки, впадающие в сосочки почечной чашечки, постоянно «плачут» мочой в ее бокал. Каждые 3 секунды чашечки сокращаясь, выдавливают мочу в лоханку. Каждые 3 минуты лоханки сокращаясь, выдавливают мочу в мочеточник, наполняя сначала верхний, затем средний и в завершении нижний его отдел. Далее моча поступает в мочевой пузырь, который накапливает, хранит и по мере необходимости эвакуирует жидкие продукты жизнедеятельности человека [2-3].

Слаженная и целесообразная функция нижних мочевых путей контролируется и обеспечивается мочеполовой и нервной системами человека. В процессе эволюции первоначально сформировавшаяся примитивная нервная система разделилась на анимальную и вегетативную нервную системы. Анимальная нервная система, связанная с деятельностью органов чувств и произвольной скелетной мускулатуры, обеспечивала приспособление организма к действию факторов окружающей среды. Ее функции контролируются сознанием. Вегетативная нервная система, регулируя деятельность внутренних органов, обеспечивала сохранение постоянства внутренней среды организма. В ответ на негативное влияние внешних факторов она, мобилизуя адаптационно – компенсаторные механизмы организма, способствовала выполнению функций анимальной нервной системы. При этом деятельность вегетативной нервной системы осуществлялась без участия сознания. Симпатическая часть автономной нервной системы, брала на себя адаптацию организма к условиям внешней среды. Парасимпатическая часть автономной нервной системы, способствовала сохранению постоянства внутренней среды организма. Метасимпатическая часть автономной нервной системы, обеспечивала врожденный автоматизм органа [7,8].

Хорошо известно, что активация того или иного звена нервной системы определяет функциональный статус нижних мочевых путей. В жизненном пространстве человека доминирует система удержания мочи, преимущественно регулируемая симпатическим отделом вегетативной нервной системы. Осознанное ощущение полноты мочевого пузыря опосредовано растяжением стенки органа возрастающим объемом мочи в фазу наполнения. При этом афферентные импульсы от рецепторов, расположенных в его стенке, по тазовому нерву поступают в крестцовый отдел спинного

мозга. Далее они направляются в центры мочеиспускания, расположенные в области моста и коры головного мозга [9-12].

Головной мозг снабжен органами внешнего контроля, которые оценивают сложившуюся жизненно важную ситуацию. Если существуют на данный отрезок времени для конкретного индивидуума приемлемая обстановка, то головной мозг, ощущающий позыв на мочеиспускание, конкретными действиями инициирует начало акта мочеиспускания. Одновременно плавно напрягаются мышцы живота, иннервируемые межреберными нервами, и расслабляются мышцы промежности за счет эфферентных соматических импульсов достигающих мишени по половому нерву. Это осознанный и управляемый этап мочеиспускания. Далее, соматический импульс подавляет симпатическое доминирование над мочевым пузырем, обеспечивающее медленное накопление и хранение мочи, и активизирует парасимпатическое влияние на орган, через эфферентные пути тазового нерва для быстрого и исчерпывающего опорожнения последнего [13-15]

Известно, что емкость нормального мочевого пузыря составляет около 200 миллилитров, а скорость его наполнения мочой в среднем 50 миллилитров в час. Первый позыв на мочеиспускание появляется через 4-6 часов после последнего опорожнения мочевого пузыря. Отсутствие комфортных условий для акта мочеиспускания заставляет человека волевым решением подавить соматическую импульсацию от мочевого пузыря, и передать команду симпатической иннервации продолжить процесс накопления мочи. Следующий позыв на мочеиспускание озадачит хозяина мочевого пузыря при наполнении последнего около 400 миллилитрами мочи. И вновь условий для акта мочеиспускания нет. Головной мозг подавляет реакции спинного мозга, направленные на исполнение процесса избавления мочевого пузыря от нарастающего объема мочи. Позыв вновь перестает быть актуальным для поведения человека. Третий позыв на мочеиспускание тревожит головной мозг на пределе объемных возможностей мочевого пузыря. Это около 600 мл мочи. Условий для мочеиспускания по-прежнему нет. Сознание и воспитание не позволяют исполнению востребованного физиологического акта. Однако человек ощущает, что более не может сопротивляться нарастающему давлению мочи на управляемые мышцы промежности, уретры и мощная струя как бы исподволь покидает мочевой тракт. Это результат повелительного позыва на мочеиспускание, который, игнорируя запретные усилия сознания и запрещающее координирующее влияние вегетативной нервной системы, побуждает автономную метасимпатическую нервную систему срочно и эффективно избавить мочевой пузырь от «угрожающего для жизни» объема мочи. И только легкий румянец стыда укажет на вынужденное неповиновение мочевого пузыря центральной и вегетативной вертикали управления нервной системы. Физиологический акт мочеиспускания длится в среднем 20 секунд, со скоростью максимального потока струи около 20 мл в минуту. В итоге в мочевом пузыре должно остаться не более 20 мл остаточной мочи. Это весьма приятное ощущение здоровый человек переживает от 4 до 6 раз в сутки, преимущественно в дневное время. Принципиально важным является тот факт, что нормальное мочеиспускание возможно только при анатомической и функциональной сохранности мочевого пузыря и нервных структур, обеспечивающих этот процесс. Все остальные варианты опорожнения мочевого пузыря протекают в условиях дисфункции нижних мочевых путей [15,16].

Как поведут себя мочевые пути при потере доминирующего влияния головного мозга? Следует ожидать, что, потеряв связь с окружающим миром, врожденный автоматизм мочевого пузыря будет дисадаптирован относительно внешних факторов и попадет под покровительство вегетативной нервной системы. Работая преимущественно на сохранение внутреннего постоянства организма, вегетативная нервная система будет вынуждена компенсировать утрату центрального регулирования органа, но с явным акцентом на обеспечение внутренних потребностей.

Можно полагать, что целесообразная самостоятельная работа мочевого пузыря в рамках собственного ритма, будет подвергаться по сути корректирующему, но в реальности, асинхронному вмешательству вегетативной нервной системы. Эта вполне определенная нейрогенная дисфункция органа классифицирована как гиперактивный мочевой пузырь. Клинически она проявляется возникновением повелительных позывов, при которых больной часто не в состоянии удерживать мочу. Важно отметить, что этот вид патологии, как правило, сопровождается полным опорожнением мочевого пузыря, без остаточной мочи. По всей видимости, врожденный автоматизм органа, несмотря на некорректную импульсацию вегетативной нервной системы, вполне состоятелен [6, 11].

Как отреагирует мочевой пузырь, если будет нарушена его симпатическая и парасимпатическая вегетативная регуляция? Известно, что при внезапном разрыве физиологических нервных связей, в момент спинального шока имеет место угнетение всей рефлекторной деятельности спинного мозга.

Акт мочеиспускания перестает быть произвольным. Исчезают спинальные рефлексы мочеиспускания, и наблюдается острая задержка мочи [10, 16].

В процессе адаптации организма к факту разобщения, форма нейрогенной дисфункции мочевого пузыря будет определена уровнем, степенью поражения спинного мозга, а также выраженностью феномена повышенной чувствительности нервной системы к медиаторам передачи импульсов, что является ее характерной посттравматической реакцией [1, 17].

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря при поражении спинного мозга выше места расположения спинальных симпатических вегетативных центров (Th10-L2), ответственных за иннервацию мочевого пузыря, клинически классифицируется как гиперрефлекторный нейрогенный мочевой пузырь с детрузорно-сфинктерной диссинергией. Этот вид нейрогенного нарушения мочеиспускания сопровождается постоянно повышенным внутрипузырным давлением и наличием остаточной мочи. Гиперрефлексия детрузора характеризуется автоматическим наполнением мочевого пузыря относительно небольшим объемом мочи и его внезапным опорожнением. Появление в мочевом пузыре остаточной мочи является следствием диссинергии детрузора и сфинктеров мочевого пузыря [6, 12, 13].

Поражение спинного мозга на уровне симпатических вегетативных центров (T10- L2) ведет к параличу внутреннего сфинктера мочевого пузыря и повышению тонуса детрузора, в связи с этим возникает истинное недержание мочи. Мочевой пузырь практически пуст, так как, ощутив позыв, пациент не может удержать мочу [16, 19].

Если поражение локализуется выше сакрального парасимпатического центра мочеиспускания, но ниже грудного симпатического центра, то гладкомышечный сфинктер мочевого пузыря сохраняет свою синергичность относительно функции детрузора и остаточной мочи нет. При поражении спинного мозга выше центров сегментарной иннервации мочевого пузыря (S₂-S₄, L₁-L₂) его рефлекторная активность осуществляется за счет самостоятельной деятельности спинномозговых центров. Чувство наполнения мочевого пузыря и позыв к акту мочеиспускания часто отсутствуют. Примитивный мочеиспускательный рефлекс замыкается в позвоночном канале на уровне S₂-S₄. Поскольку сам рефлекс не нарушен, вырабатывается автоматизм мочевого пузыря. По мере его растяжения от накопленной мочи, возникают раздражения рецепторов растяжения, которые в свою очередь возбуждают парасимпатические нейроны, иннервирующие детрузор. Возникает неконтролируемое напряжение детрузора и расслабление внутреннего сфинктера. Моча опорожняется непроизвольно. Объем мочевого пузыря может быть небольшим, но образуемое детрузором давление становится достаточным для мочеиспускания [11,20].

При нарушении функции спинального рефлекторного центра (S₂- S₄), нейрогенное нарушение мочеиспускания классифицируется как как гипо или арефлекторный мочевой пузырь. Детрузор не сокращается в ответ на заполнение мочевого пузыря, гладкомышечный сфинктер находится в сокращенном состоянии. Произвольный компонент акта мочеиспускания регулируемый с помощью соматической иннервации (уровень S₂-S₄) и включающий в себя управление наружным сфинктером, вспомогательными мышцами промежности нарушен, и поперечно-полосатый сфинктер не поддается произвольному контролю. Характерным проявлением данного вида нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей является наличие большого объема остаточной мочи в перерастянтом мочевом пузыре [16,17].

Повреждение спинного мозга ниже уровня S₂, и поражение периферической иннервации мочевого пузыря, характеризуются сходной клинической картиной. Это арефлексия детрузора, несостоятельность внутреннего сфинктера и фиксированный тонус наружного сфинктера не поддающийся произвольному расслаблению.

Восстановление пузырного рефлекса по окольным путям вегетативной нервной системы в позднем периоде после травмы при полном анатомическом перерыве спинного мозга известно в клинике явление. По мнению одних авторов, это происходит за счет спинальной рефлекторной дуги. И нет основания говорить о формировании истинного автоматизма мочевого пузыря и классифицировать его как автономную форму мочевого пузыря [10,11].

По мнению других исследователей, в ряде случаев, при сохранении функции интрамуральных ганглиев, возможно восстановление рефлекторного опорожнения мочевого пузыря. Он начинает функционировать в «автономном» режиме, но не за счет спинальной рефлекторной дуги, а в связи с сохранением функции интрамуральных ганглиев [11,16].

Немаловажным фактом является то что, клинические проявления и исход нейрогенных нарушений мочеиспускания во многом зависят не только от уровня и степени поражения нервной системы, но и от длительности существования для мочевого пузыря патологических условий.

Установлено, что сразу после возникновения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, нарушается трофика тканевых структур органа. В его стенке развиваются нейродистрофические и воспалительные изменения. Длительность существования патологических процессов в мочевом пузыре усугубляет тяжесть вторичных дегенеративных изменений, и ведет к его склеротическому сморщиванию органа. Это требует скорейшей диагностики и патогенетически обоснованного лечения, поскольку может привести к необратимым последствиям. Мочевой пузырь способен адекватно ответить на лечебные и реабилитационные мероприятия только при условии сохранения в нем хотя бы части функционально полноценных элементов, что является важным прогностическим показателем в отношении возможности восстановления спонтанного мочеиспускания [6, 12]

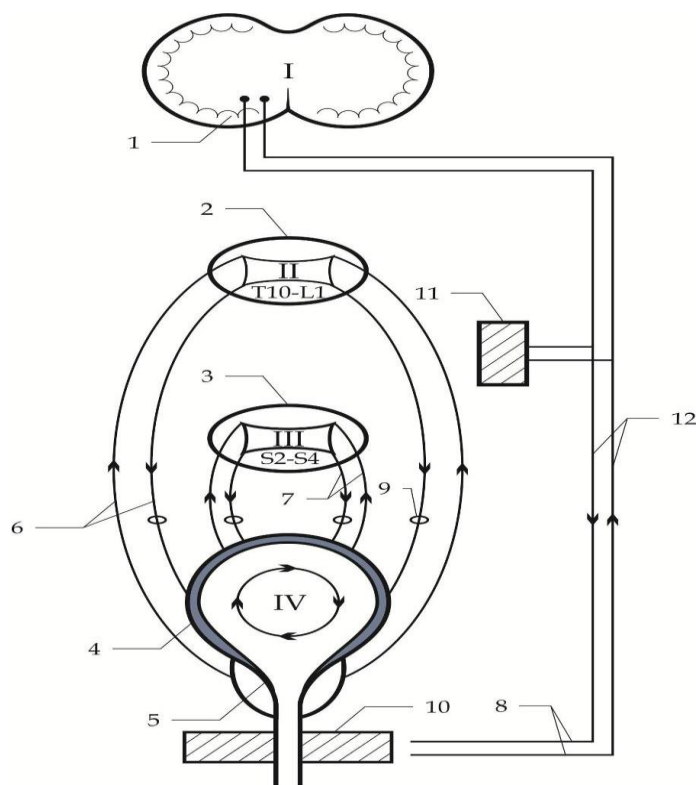
Согласно рекомендациям Европейского и Российского сообщества урологов касающихся ведения больных с нейрогенным нарушением мочеиспускания, оптимальной лекарственной терапии нейрогенного нарушения мочеиспускания в настоящее время нет. Приоритетными направлениями в лечении нейрогенного нарушения мочеиспускания на современном этапе, являются профилактика осложнений со стороны верхних мочевых путей, улучшение удержания мочи, частичное или полное восстановление мочеиспускания, что, безусловно, сказывается на качестве жизни пациентов. Лучшим способом достижения максимальных результатов, рекомендуется комбинированная терапия этого вида патологии. Из всех препаратов, доступных для лечения нейрогенной нарушения мочеиспускания, самым эффективными признаны холиноблокаторы, снижающие гиперактивность детрузора и улучшающие его резервуарные функции. Альфа-адреноблокаторы, снижающие проявление дисрефлексии детрузора и улучшающие его эвакуационные свойства. Ботулотоксин вводимый в детрузор, снижающий его гиперактивность и улучшающий резервуарные функции. Ботулотоксин вводимый в наружный сфинктер, снижающий проявления дисрефлексии детрузора и улучшающий его эвакуационные свойства. При этом в ряде случаев отмечается восстановление функции нижних мочевых путей. (Уровень доказательности:1, степень рекомендательности :А) [12,17-21].

При арефлексии детрузора и несостоятельности внутреннего сфинктера, назначение холиномиметиков (парасимпатомиметиков), может вызвать или усилить сокращение детрузора, а комбинация их с альфа-адреноблокаторами обеспечить возобновление или улучшить мочеиспускание при арефлексии детрузора и несостоятельности внутреннего сфинктера, Однако учитывая частые и серьезные побочные эффекты от проводимого этими препаратами лечения, Европейская ассоциация урологов не поддерживает их применение. В месте с тем, сам факт обратимости блокады иннервации мочевого пузыря, дает основание думать о химическом механизме ее происхождения и возможности медикаментозного устранения.

Любой метод вспомогательного опорожнения мочевого пузыря необходимо применять с особой предосторожностью. Постоянная катетеризация и в меньшей степени надлобковая цистостомия, существенно повышают риск развития инфекции мочевых путей и других осложнений. В качестве последнего средства социальной адаптации при нейрогенных нарушениях мочеиспускания, могут быть использованы различные наружные приспособления для сбора мочи (презервативы с мочеприемниками, прокладки) [16,17,18].

Таким образом, настоящая работа посвящена современным взглядам на физиологию мочеиспускания, нейрогенным причинам его нарушения и медикаментозным методам их коррекции. Важно отметить, что урологические и нефрологические причины нарушений функции нижних мочевых хорошо изучены. Однако не следует забывать, что они часто наслаиваются на имеющийся, или возникший в процессе лечения основного заболевания, нейрогенный фон. В клинической практике хорошо известен факт сохранения дисфункции мочевого пузыря после успешного удаления аденомы предстательной железы

Это наглядный пример несовпадения ожидания уролога и пациента. И только нейроурологический подход к проблеме позволит приблизить ожидания обеих сторон.



**Рисунок 1 -
Схема нейрогенной регуляции функций мочевого пузыря (по Бердичевскому)**

I - Центральная нервная система. II - Симпатическая вегетативная нервная система
III - Парасимпатическая вегетативная нервная система IV- Метасимпатическая вегетативная нервная система.

1) Соматический центр мочеиспускания. 2) Симпатический центр мочеиспускания. 3) Парасимпатический центр мочеиспускания. 4) Мочевой пузырь. 5) Внутренний сфинктер. 6) Подчревный нерв. 7) Тазовый нерв. 8) Половой нерв. 9) Ганглии. 10) Наружный сфинктер. 11) Прямая мышца живота. 12) Латеральный канатик спинного мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лопаткин Н.А. Руководство по урологии В 3-х тт. М.: Медицина, 1998.
- 2 Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. М.: МЕД пресс- информ; 2003.- 160 с.
- 3 Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания М.: Литтерра, 2006. - 160 с.
- 4 Лоран О.Б. Этиология, патогенез, диагностика недержания мочи. В кн.: Материалы пленума правления Российского о-ва урологов. Ярославль; 2001: 21-41.
- 5 Кривобородов Г.Г. Ботулинический токсин типа А в лечении нарушения акта мочеиспускания у неврологических больных. В кн.: Материалы пленума правления Российского о-ва урологов. Кисловодск; 2011: 11-13.
- 6 Борисов В.В., Акарачкова Е.С. Шварков С.Б. Значение дисфункции вегетативной нервной системы при идиопатическом гиперактивном мочевом пузыре у женщин. Урология 2012; 1: 33-37.
- 7 Ноздрачев А.Д., Сотников О.С. Метасимпатическая система мозга . В кн.: Доклады Академии Наук. 2006. - т.409. - С. 707-709.
- 8 Покровский М.В., Коротко Г.Ф. Физиология человека. В 2-х тт. М.: Медицина. – 1997.
- 9 Физиология человека. Под ред. акад.РАМН Н.А. Агаджаняна и проф. В.И. Циркина. — Москва: Медицинская книга. 2003. – С. 65-72.
- 10 Вишневский А.А., Лившиц А.В. Электростимуляция мочевого пузыря. М.: Медицина 1973; 160 с.

- 11 Иннервация мочевого пузыря и ее расстройств. (по Мюллеру). <http://myneur.ru /13/13 3/13 3 20/>
- 12 Stohrer M., Blok B., Castro-Diaz D., Chartier-Kastler E., Del Popolo G Kramer G., Pannek J., Radziszewski P., Wyndaele J-J. Guidelines on Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. European Association of Urology 2010.
- 13 Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., van Kerrebroeck P., Victor A., Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21 (2): 167-78.
- 14 Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь М.: Вече, 2003 – 75 с.
- 15 Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи: пособие для врачей.- СПб., 2001 – 40 с. Медицина 1973. - 160 с.
- 16 Куприн В.Н., Белова А.Н. Нейроурология. Руководство для врачей. М.: Антидор, 2005. - 464 с.
- 17 Madersbacher H., Wyndaele J.J., Igawa Y., Chancellor M., Chartier-Kastler E., Kovindha. Conservative management in neuropathic urinary incontinence. In: *Incontinence*, 2nd edn. Abrams P., Khoury S., Wein A., eds. Plymouth: Health Publication. 2002; pp. 697- 754.
- 18 Homma Y., Ando T., Yoshida M., Kageyama S., Takei M., Kimoto K., Ishizuka O., Gotoh M., Hashimoto T. Voiding and incontinence frequencies: variability of diary data and required diary length. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21 (3): 204-9.
- 19 Морозов В.И., Ахунзянов А.А., Билялов М.Г., Байбиков Р.С. Неврологические аспекты нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.- Казань, 1999. - С. 28-33. <http://www.uroweb.ru>
- 20 Wyndaele J.J., Castro D., Madersbacher H., Chartier-Kastler E., Igawa Y., Kovindha A., Radziszewski P., Stone A., Wiesel P. Neurologic urinary and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L., Khoury S., Wein A., eds. *Incontinence*. Plymouth: Health Publications. 2005: 1061-2.
- 21 Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. М.: МЕД пресс- информ; 2003.- С. 36-42.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Нейроурологическая клиника (д.м.н., профессор Жмуров В.А.). Материал поступил в редакцию 20.11.12.

Түйін

В.Б. БЕРДИЧЕВСКИЙ, С.Ж. ИЛЬЯСОВ

НЕСЕПАҒАР ТӨМӨНГІ ЖОЛДАРДЫҢ ФУНКЦИЯСЫ, НОРМАСЫ, ПАТОЛОГИЯСЫ, ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМІ
«Тюмень мемлекеттік медициналық академиясы» Нейроурологиялық клиника (м.ғ.д., профессор Жмуров В.А.)

Осы жұмыс несеп шығарудың физиологиясына, оның бұзылыстарының нейрогендік себептеріне және оларды дәрі-дәрмектік түзетудің әдістеріне арналған. Несепағар төменгі жолдардың функциялары бұзылуының урологиялық және нефрологиялық себептері жақсы зерттелгенін атап өту маңызды. Дегенмен, олар қалыптасқан немесе негізгі ауруды емдеу барысында пайда болған нейрогендік фонмен жиі қабаттасатынын ұмытпаған жөн. Клиникалық практикада қуықасты бездің аденомасын сәтті алып тастағаннан кейін де қуықтың дисфункциясы сақталған фактілер жеткілікті. Бұл жағдай уролог пен науқастың күткен нәтижелері сәйкес келмегінің мысалы. Сондықтан осы мәселеге тек урологиялық тәсілді қолдану екі жақтың да күткен нәтижесін іске асыруға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: Функциялар, несеп ағар төменгі жолдар, диагностика, ем

Abstract

V.B. BERDICHEVSKY, S.ZH. ILYASSOV

FEATURES OF THE LOWER URINARY TRACT IN NORMAL AND PATHOLOGY
DIAGNOSIS AND TREATMENT
"Tyumen State Medical Academy" Professor V.A. Zhmurov, Nephrourologic Clinic

This paper deals with the current views on the physiology of voiding, neurogenic causes of medication violations and methods of their correction. Importantly, urological and nephrological causes of lower urinary tract dysfunction is well known. But we should not forget that they are often superimposed on existing or arising in the treatment of the underlying disease, neurogenic background. In clinical practice, a well known fact that the conservation of bladder dysfunction after successful removal of benign prostatic hyperplasia is a clear example of a discrepancy between

expectations and the patient's urologist. Only neyrourological approach to the problem will bring the realization of the expectations of both parties.

Keywords: function, lower urinary tract, diagnosis, treatment.

УДК 614.2-005.6-006.06-32

Э. КУСАИНОВА, А.К. ТУРГАМБАЕВА, Э.А. КОЖАХМЕТОВА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА JOIN COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

В статье отражен опыт стран ближнего и дальнего зарубежья в аккредитации медицинских организаций стандартами JCI, а также отражены правовые аспекты национальной аккредитации Казахстана и основные аспекты прохождения аккредитации JCI.

Ключевые слова: медицинские организации, стандарт, стандарт качества join commission international (JCI), аккредитация.

Введение. Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, является на сегодняшний день фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей (рост человеческого капитала) [1].

Уровень состояния здоровья народа определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. Поэтому качество медицинской помощи в стране является одной из первоочередных задач. В США, Канаде и странах Европейского Союза улучшение качества медицинской помощи признано национальной задачей, для решения которой в настоящее время проводится комплекс мероприятий, финансируемых правительствами этих стран [2]. В нашей стране, улучшение качества медицинской помощи обозначено одним из стратегически важных направлений, которое в качестве приоритетного было выделено в Послании Президента РК Н.А.Назарбаева к народу «Социально – экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» и определено, как одно из составляющих качественного роста человеческого капитала РК [3]. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года и определено одной из первостепенных задач программного документа – Государственная программа развития здравоохранения Саламатты Казахстан на 2011-2015 годы [1].

Построение системы здравоохранения страны, ориентированной на наилучшую зарубежную практику, позволит не только улучшить безопасность и качество оказываемой медицинской помощи, но и зарекомендовать себя в мировом сообществе как конкурентоспособного поставщика услуг. Для потребителей медицинских услуг приоритетным является определение критериев, используемых при установлении медицинского учреждения, которое обеспечит лучшее восприятие качества получаемой помощи в соответствии с лучшими международными стандартами. На сегодняшний день Признанным мировым лидером в области аккредитации качества здравоохранения и безопасности пациентов является – Joint Commission International (далее - JCI).

Цель исследования: Изучить международный и отечественный опыт внедрения стандартов JCI в медицинские организации.

Материалы и методы. Основными методами исследования являлись литературный обзор по аккредитации JCI медицинских организаций.

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день одним из основных критериев оценки качества работы медицинской организации является национальная и международная аккредитация. Уровень аккредитации организации определяется как прямой показатель уровня предоставляемых им услуг способствующего оценке уровня функционирования относительно установленных нормативов и определения пути непрерывного совершенствования качества услуг. Жизнеспособность любой аккредитационной системы определяется ее признаваемостью в медицинской среде, стандартизованностью процесса, устойчивостью и совершенством стандартизованных процедур, а также высоким потенциалом экспертов.

Во многих странах аккредитация медицинских учреждений обязательно проводится на национальном уровне специально уполномоченным государственным органом. В таких странах как Великобритания, США, Австралия и Канада аккредитацией занимаются специальные органы, большей частью негосударственные, но уполномоченными государством в соответствии с национальным законодательством. Например, в Австралии аккредитацию осуществляет неправительственная организация Австралийский совет по стандартам больниц, осуществляющая свою деятельность при поддержке Австралийской медицинской ассоциации и Австралийской ассоциацией больниц, в США – Аккредитационная комиссия по здравоохранению и т.д. Для всех арабских стран функционирует Комиссия аккредитации в здравоохранении, основная деятельность которого направлена на продвижение и содействие пациенту в получении безопасной медицинской помощи. В Саудавской Аравии с 2005 года работает Центральный совет по аккредитации учреждений в области здравоохранения, который был создан на основе рекомендаций Совета медицинских услуг (СВАН) следующий принципам международного общества по качеству в здравоохранении (ISQua), основной целью которого является разработка и осуществление стандартов качества в секторе здравоохранения.

Эти организации могут проводить аккредитацию медицинских учреждений в целом или их отдельных подразделений, например лабораторий. Однако во многих странах медицинские организации все чаще прибегают к помощи международных аккредитационных организаций.

Предпосылками развития аккредитационной системы в ряде государств Западной Европы и США являлись разработанные специальные стандарты операционных процедур для контроля над санитарным состоянием и условиями пребывания пациентов в медицинских учреждениях, а также удовлетворенностью пациентов получаемой медицинской помощью [4]. На сегодняшний день в странах Европейского союза принимается единственный или разрабатывается широкий спектр программ аккредитации в соответствии с национальными потребностями и политикой системы здравоохранения. Некоторые национальные аккредитационные программы по истечению ряда лет достигают международного статуса. Сегодня существует более 10 общепризнанных международных аккредитационных программ качества услуг в системе здравоохранения: Joint Commission International (JCI), International Organization for Standardization (ISO), Quality Healthcare Advice Trent Accreditation (QHA TA), Trent accreditation Scheme, The International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua), Australian Council on Healthcare Standards International (ACHSI), Accreditation Canada и др.

Все программы имеют определенный предмет оценки с общей целью повышения качества медицинских услуг и обеспечением безопасности пациентов. Так, Accreditation Canada основной акцент при проведении аккредитации организации делает на процесс управления, риск – менеджмент, вопросы лидерства, контроль внутрибольничной инфекции, лекарственное обеспечение в 30 секторах (скорая неотложная помощь, уход на дому, реабилитация, лаборатория, диагностика и т.д.), в то время как Quality Healthcare Advice Trent Accreditation оценивает клинические программы (15), International Organization for Standardization сертифицирует производство и оценивает технологические стандарты, направленные на повышение удовлетворенности потребителей, не затрагивая медицинскую помощь. Среди всех существующих стандартов JCI определен как «золотой стандарт» качества для медицинских организаций, предметом оценки определив стандарт процедуры организации (этические стандарты, обеспечение безопасности пациентов и их близких, организация безопасной работы персонала, технологическая структура и система управления), университетских клиник и самих клинических программ. Среди всех стандартов JCI отличается наиболее строгим подходом и технически выстроенными операционными процедурами, включает также дополнительные параметры для оценки безопасности, качества обслуживания пациентов и образования врачей. Несмотря на то, что все аккредитационные программы предполагают проведение повторной оценки только через 3 года, только JCI содержит внеплановый мониторинг деятельности организаций по соблюдению всех стандартизированных процедур процесса оказания медицинской помощи. Прохождение JCI свидетельствует о длительном и тщательном процессе аккредитации.

Одним из важных аспектов признания международного статуса аккредитационной организации является ареол распространения и количество организаций, прошедших аккредитацию по данным программам. По данным международной объединенной комиссией Joint Commission International на сегодняшний день аккредитовано более 375 государственных и частных организаций здравоохранения в 47 странах мира: в Европе (Ирландия, Испания, Дания, Италия и др.), Южной Америке (Бразилия), на Дальнем (Индия, Китай, Сингапур и др.) и Ближнем Востоке (Египет, Иордания, Объединенные Арабские Эмираты и др.) [5]. Accreditation Canada внедрена в 9 странах (Бахрейн, Бермуды, Саудовская Аравия, Бразилия, Санта Лучия, ОАЭ, Италия, Кувейт, Филиппины) в

45 клиниках, QHATA3 странах (Гонконг, Филиппины, ОАЭ). Наиболее распространенной системой на сегодняшний день является ISO, представляющая собой сеть национальных институтов 159 стран, реализующих деятельность и в других областях [6].

Количество организаций, внедривших систему JCI в производственный процесс, по всему миру с каждым годом увеличивается. На сегодняшний день только в США JCI аккредитовано около 15 000 медицинских учреждений (почти 85% всех организаций). Помимо правительства, которое установила приоритетным прохождением системы оценки для социальных программ, и многие страховые компании требуют соответствия стандартам JCI в качестве условия своего договора с больницей.

В странах Центральной Америки внедрение стандартов JCI начинается с 2007 года и аккредитовано около 12 медицинских организаций: Коста – Рика – 2 организаций (2007 и 2008 годы); Мексика – 7 организаций (2008, 2010, 2012), Никарагуа – 1 (2010) и Панам – 2 (2011). В Южной Америке аккредитацию прошли 27 медицинских организаций [6]. Первой по внедрению JCI в данном регионе является Бразилия, где в 1999 году прошел оценку Hospital Israelita Albert Einstein. На сегодняшний день в Бразилии насчитывается 22 организации аккредитованных JCI. С 2007 года аккредитовано 2 организации в Чили, с 2009 года – 2 колумбийские организации и в 2011 году – 1 клиника Эквадора. Внедрение стандартов JCI в регионе Юго – Восточной Азии аналогичен странам Южной Америки, несмотря на тот факт, что внедрение данных стандартов было начато значительно позже. В Индонезии аккредитацию JCI с 2007 года прошли 4 медицинские организации, в Малайзии с 2007 года 6 организаций, в Филиппинах – 4 учреждения в период с 2003 по 2012 годы. Наибольшее количество аккредитованных организаций стандартами JCI характерно для Тайланда и Сингапура. За период с 2005 года в Индии прошли аккредитацию JCI 17 стационарных медицинских организаций, в Тайланде она составляет – 12. Девять больниц и два медицинских центра Сингапура имеют аккредитацию комиссии Joint Commission International, что составляет треть всех аккредитованных JCI медицинских учреждений Азии. В Корею 10 организаций на сегодняшний день аккредитованы, в Иордании 9 организаций (6 из которых частные).

В Казахстане впервые аккредитация JCI была пройдена в 2011 году на территории средней Азии одной из клиник Национального медицинского Холдинга – Национальный научный центр материнства и детства. К 2014 году планируется прохождения стандартов JCI и остальных клиник Национального медицинского Холдинга. Внедрение в клиниках АО «Национальный медицинский холдинг» международных стандартов качества безопасности медицинской помощи станет важнейшим ориентиром для развития пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи. В этой связи будет уделено большое внимание обеспечению прохождения и дальнейшего подтверждения международной аккредитации JCI.

Joint Commission International осуществляет аккредитацию больниц (стационары), поликлиник (амбулаторы), клинических лабораторий, неотложной помощи и программ по уходу на дому. Наибольшее количество программ по типу услуг JCI аккредитованы - стационарные, что составляет около 70% всех аккредитованных программ. В Испании, как ни в одной другой стране, наряду со стационарными услугами аккредитованы амбулаторные услуги, услуги по уходу на дому и неотложной медицинской помощи. Только в Италии, среди Европейских стран, прошли аккредитацию услуга по уходу при критическом ударе.

Все аккредитованные системы структурированы таким образом, чтобы дать объективные показатели для внешней независимой оценки качества, а так же показать, как менеджмент данного учреждения регулирует вопросы качества медицинских услуг. Идеальная схема управления качеством в каждой организации должна провести пациента по всем этапам получения им медицинской помощи, начиная от наблюдения здорового пациента на участке, через амбулаторное и стационарное лечение, до врачебного наблюдения после выписки из больницы.

Одним из основных аспектов внедрения политики качества определен уровень удовлетворенности населения получаемыми медицинскими услугами. Данные проведенных исследований свидетельствуют, что внедрение аккредитационной системы способствовало увеличению доли пациентов, удовлетворенных качеством получаемой медицинской помощи в медицинских организациях. Например, число неудовлетворенных качеством медицинской помощи в Канаде в 2005 году достигало 38%, тогда как в 2010 году данный показатель вырос до 72%, в США с 44% до 79%, в Англии с 31 до 69% и в Новой Зеландии с 48 до 85% соответственно [7]. Таким образом, как показано выше, даже в странах с высокими расходами на здравоохранение (в США – 14% – внутреннего валового продукта – ВВП, в Канаде – 8,7% ВВП) проблемы качества медицинской помощи по-прежнему актуальны.

Внедрение системы JCI позволяет рационально выстроить весь процесс оказания медицинской помощи, начиная от материального обеспечения организации до его профессионального потенциала. Применение международных стандартов всеобъемлительной политикой качества не только процесс, но и всю деятельность персонала с последующим внедрением наилучшей и безопасной модели в практику. Результаты проведенного исследования в Иордании в 2010 году по измерению улучшения качества обслуживания в четырех JCI аккредитованных частных больницах в Аммане, показали улучшения качества (с точки зрения врачей и медсестер) производительности и документации, а также снижение уровня медицинских ошибок и повышение профилактики инфекции [7]. Так, например, среднее снижение показателя (%) инфекционного контроля в трех из четырех изучаемых больницах составила 0,18%, что почти в 1/2 раза меньше предыдущего показателя. Среднее снижение процента медицинских ошибок составило 0,19% за счет лучшей подготовки персонала наряду с внедрением политики в этом направлении. С точки зрения качества работы врачей, 68% медиков сообщили, что после применения стандартов JCI, была очевидна направленность и улучшение врачей в подготовке, аттестации и привилегии процесса. Как свидетельствует приведенное выше в пример исследование, внедрение JCI значительно влияет на качество предоставляемых услуг в организации и служит стимулирующим инструментом для развития медицинского туризма.

Таким образом, на сегодняшний день одним из самых объективных методов оценки качества и организации медицинской помощи на международном уровне является аккредитация JCI. Поэтому внедрение системы JCI в медицинские организации является одним из стратегических важных для многих стран.

Одним из первых условий получения международной аккредитации JCI является наличие национальной аккредитации. В Республике Казахстан, согласно законодательству, аккредитация проводится уполномоченным органом (Министерство здравоохранения Республики Казахстан) либо организацией, аккредитованной уполномоченным органом [8]. На сегодняшний день данную деятельность осуществляет Комитет контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности, в лице Центра аккредитации Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.

Первоочередной задачей процесса управления медицинской организацией является создание такой схемы управления качеством, которая должна провести пациента по всем этапам получения качественной и безопасной медицинской помощи (начиная от наблюдения, через амбулаторное и стационарное лечение до выписки). Данная схема основополагается на перечне стандартов, которые систематически и всестороннее оценивают деятельность больницы. В Казахстане приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 29 июня 2012 года №446 [9] утверждены стандарты аккредитации для организаций здравоохранения, оказывающих стационарную, амбулаторно – поликлиническую и скорую помощь. Данные стандарты с 2012 года признаны соответствующими международным требованиям к безопасности и качеству медицинских услуг по решению Исполнительного комитета Международного сообщества по качеству здравоохранения (ISQua).

Аккредитация проводится на основе внешней комплексной оценки на соответствие деятельности стандартам путем экспертизы документов, экспертной оценки, анкетирования и интервьюирования, оценки соответствия стандартам на основе балльной системы, индикаторов качества оказания медицинской помощи, с помощью расчета интегрального коэффициента соответствия [10].

После прохождения национальной аккредитации медицинские организации имеют в праве заявлять себя на аккредитацию международной организацией и соответствовать требованиям, которые выдвигает JCI: медицинская организация должна иметь документы на право осуществления медицинской и (или) фармацевтической деятельности; медицинская организация принимает или собирается принять на себя ответственность по улучшению качества медицинского обслуживания пациентов и медицинская организация, осуществляет медицинскую деятельность, регулируемую стандартом JCI.

Сама аккредитация JCI подразделяется на 3 этапа и в среднем на данный процесс затрачивается от 14 до 26 месяцев [11]: преаккредитационный (12-24 месяца), аккредитация и постаккредитационный (1-2 месяца). Подготовительный этап внедрения процесса аккредитации JCI включает ознакомление субъектов аккредитации руководством JCI, на основании которого организация начинает осуществлять свою подготовку и подготавливает график самого процесса аккредитации JCI. Аккредитация JCI осуществляется путем инспектирования, в рамках которого устанавливается соответствие медицинской организации стандартам JCI и их заявленным областям применения. При осуществлении оценки соответствия организаций стандартам экспертами:

проводятся беседы с персоналом и пациентами; исследуются процессы и места ухода за пациентами, регистрационные процедуры, делопроизводство, кадровая политика; изучаются меры, предпринятые для безопасности внутри организации для пациентов, их близких, а также медицинского и обслуживающего персонала; изучаются меры, проводимые в области улучшения качества предоставляемых услуг и сервиса.

Организация должна показать соответствие всем основным и неосновным стандартам, набрав по ним минимальное необходимое общее количество баллов. Через 2 месяца по итогам представляется медицинской организации официальный заключительный отчет по аккредитации с указанием уровня соответствия стандартам JCI и решение о проведенной процедуре. Только аккредитация JCI в течение 3-х лет проводит мониторинг деятельности медицинских организаций и сертифицирует различные программы в соответствии с Международными задачами обеспечения безопасности пациентов и стандартам JCI.

В последнее время чтобы обеспечить максимальную объективность оценивания для медицинских учреждений из разных стран мира JCI значительно усложнила правила и критерии оценки. Были введены дополнительные параметры для оценки безопасности, качества обслуживания пациентов и образования врачей, технологическая инфраструктура и система управления.

Заключение. Таким образом, аккредитация JCI направлена на обеспечение безопасности и качества лечения в медицинской организации и непрерывное улучшение результатов медицинской деятельности. Результатом прохождения JCI для медицинских организаций является повышение к себе всеобщее доверие в сферах безопасности пациентов и стандартов качества медицинского обслуживания; обеспечение безопасности и эффективность условий деятельности; производство оценки соответствия стоимости медицинского обслуживания его качеству; создание атмосферы открытости для изучения нежелательных событий и проблем безопасности в ходе оказания медицинской помощи; и установка управления, которое позволяет определить приоритеты и осуществлять непрерывное руководство в целях обеспечения качества лечения и безопасности для пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи.

Внедрение в систему здравоохранения системы аккредитации JCI является стратегически важным для Казахстана, так как она позволит достичь высоких стандартов оказания медицинских услуг в стране, повысив качество медицинской помощи и развив медицинский туризм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг., указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113.
- 2 Актуальность проблем качества медицинской помощи. Ж.Клиническая медицина, 2011. – С. 65-72.
- 3 Послание Президента Республики Казахстан «Социально – экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана (январь, 2012).
- 4 Khalil Rizk. The Hospital Accreditation System – A Comprehensive Review. Humam & Health, V16-July 2011.
- 5 Стандарт Joint Commission International, 4-е издание, ISBN: 978-1-59940-434-9 (США)
- 6 Официальный сайт Joint Commission International.
- 7 The Impact of Applying International Standards to Quality Services Jordan's Private Hospital Setting. Dr. Hashem Abu Sneineh, Sep 29, 2011.
- 8 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системы здравоохранения», Закон РК от 18 сентября 2009 года №193-IVЗРК, статья 14.
- 9 приказ и.о.Министра здравоохранения РК от 29 июня 2012 года №446 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения».
- 10 Постановление Правительства РК от 31 августа 2011 года №982 «Об изменении в постановление Правительства РК от 12 октября 2009 года №1559 «Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения».
- 11 Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care, 2nd Edition, 2010; Joint Commission International Accreditation Survey Process Guide, 2010.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 25.10.12.

Түйін

Э.КУСАИНОВА, А.Қ. ТУРҒАМБАЕВА, Э.А. КОЖАХМЕТОВА

JOIN COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) САПА СТАНДАРТТАРЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ
ҰЙЫМДАРДА ЕНГІЗУ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ
Медициналық университеті Астана

Мақалада JCI стандарттарымен медициналық ұйымдарының аккредитациясымен жақын және алыс шет елдерінің тәжірибесі берілген, сонымен қатар Қазақстан ұлттық аккредитациясының құқықтық аспектілері және JCI аккредитациясынан өту негізгі аспектілері берілген.

Кілтті сөздер: медициналық ұйымдарының, стандарттары, join commission international (JCI), аккредитациясы.

Abstract

E. KUSAINOVA, A.K. TURGAMBAEVA, E.A. KODJAHMETOVA

INTERNATIONAL AND NATIONAL EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF THE JOIN COMMISSION
INTERNATIONAL (JCI) QUALITY STANDARDS IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS
JSC “Astana Medical University”

This article reflects the experience of countries of near and far abroad in medical organizations' accreditation by the JCI standards, the legal aspects of Kazakhstan national accreditation and the main aspects of the JCI accreditation process.

Keywords: standards in healthcare organizations, join commission international (JCI), accreditation.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ



УДК 612.017:616-089.819.843

Ж.К. БУРКИТБАЕВ, С.Д. РАИСОВ, А.А. ТУРҒАНБЕКОВА, А.К. ОМАРОВА

РОЛЬ ЛАБОРАТОРИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ТИПИРОВАНИЯ В ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

Суть данной статьи заключается в том, что развитие HLA диагностики в Республике Казахстан является неотъемлемой частью развития трансплантации органов и тканей; развитие HLA диагностики требует целевого финансирования в части создания - сети лабораторий, автоматизированной информационной сети; развитие HLA диагностики требует создания адекватных транспортных коммуникаций.

Ключевые слова: трансплантация органов и тканей, иммунологическое типирование, автоматизированная информационная сеть лабораторий.

Введение. Исследование гистосовместимости по HLA-антигенам (HLA-типирование) актуально по своей значимости при трансплантации почки, поскольку успешность трансплантации коррелирует с числом совпадений HLA-антигенов у донора с реципиентом [1, 2]. При несовместимости HLA-антигенов запускаются процессы пролиферации и активации Т-лимфоцитов CD4+ и CD8+ реципиента, что сопровождается сопутствующей активацией процессов выработки аллоантител В-лимфоцитами. Как следствие, развивается клеточная и гуморальная реакция отторжения трансплантата. Для HLA-антигенов характерен значительный полиморфизм. При исследовании гистосовместимости основное внимание следует уделить определению HLA-антигенов; от данного показателя зависит вероятность развития реакций отторжения трансплантата. У всех потенциальных доноров и реципиентов должны быть определены фенотипы HLA-A, HLA-B, и HLA-DR. При использовании почек умершего донора следует минимизировать частоту несовпадений HLA-антигенов. Данное положение также актуально, хотя и в меньшей степени, для трансплантации органов живых доноров [3].

Международный опыт проведения гистосовместимости при пересадке органов и тканей. Лаборатории, выполняющие HLA-типирование и определение перекрестной антигенной совместимости донора и реципиента, должны иметь специальную аккредитационную лицензию, подтверждающую качество предоставляемых диагностических услуг. Кроме того, лаборатории должны следовать стандартам национальных и международных организаций, таких как Европейская федерация иммунной генетики (EFI European Federation for Immunogenetics). Также рекомендуется придерживаться ряда других практических положений - для HLA-типирования следует выделять клетки из периферической крови при соответствующих антикоагуляции условиях (например, применение аммониевого гепарина, этилен-диамид-тетрауксусной кислоты (ЭДТА) или кислотнo-цитратной декстрозы – ACD) [4, 5]. Описание карты HLA-антигенов должно осуществляться в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ [6].

Для избежание развития реакции отторжения трансплантата перед каждой трансплантацией почки или перед комбинированной трансплантацией почка/поджелудочная железа следует определить перекрестную антигенную совместимость донора и реципиента. В повседневной практике используется методика комплементзависимой лимфоцитотоксичности (CDC-анализ). Случаи антигенной несовместимости выделяются для определения перекрестной несовместимости (cross-match) несепарированных лимфоцитов или Т-обогащенных лимфоцитов потенциального донора. В-лимфоцитарные антигенные несоответствия могут идентифицироваться при необходимости в рамках специализированных трансплантационных программ. Т-лимфоциты экспрессируют на своей поверхности исключительно HLA-антигены I-го класса. Поскольку В-лимфоциты экспрессируют на своей поверхности, помимо HLA-I, также HLA-II-антигены, то В-лимфоцитарное перекрестное антигенное несоответствие считается более чувствительным, чем Т-лимфоцитарное. В селезенке содержится гораздо большее количество В-лимфоцитов, чем в периферической крови. Как следствие, определение перекрестной антигенной совместимости с использованием несепарированных лимфоцитов из селезенки обладает большей чувствительностью, чем аналогичное исследование с использованием несепарированных лимфоцитов из периферической крови. Проточная цитометрия с целью определения перекрестной антигенной совместимости может проводиться пресенсиitized реципиентам при высоком риске развития антительно-опосредованной реакции отторжения трансплантата. Однако при использовании данного высокочувствительного диагностического метода многим пациентам выставляются необоснованные противопоказания к трансплантации [1, 7].

Согласно рекомендациям национальных и/или международных трансплантологических организаций потенциальные реципиенты органов должны проходить скрининг HLA-специфических антител каждые 3 мес. После каждого иммунокомпрометирующего события (переливание крови, трансплантация, беременность и удаление трансплантата) данный вид скрининга должен осуществляться на 2-ю и 4-ю недели. Результаты HLA-антительного исследования сыворотки реципиента должны отображаться в процентном соотношении на панели реактивов (%PRA) в зависимости от HLA-специфичности к каждому из антительных диагностикумов. Поскольку традиционное микролимфоцитотоксическое исследование характеризуется недостаточной чувствительностью, в некоторых случаях могут не обнаруживаться клинически значимые HLA-антитела I и II класса [8]. Некомплементофиксируемые антитела и вовсе не выявляются. В связи с назревшей необходимостью были разработаны более специфические и более чувствительные твердофазные методики, такие как проточная цитометрия и ELISA, основанные на использовании солюбилизованных или рекомбинантных HLA-молекул вместо лимфоцитов. Наличие не-HLA-аллоантител также может влиять на выживаемость трансплантата [9]. Ни одна из имеющихся на сегодняшний день антительных скрининговых диагностических методик не позволяет надежно идентифицировать аллоантитела, что предопределяет необходимость комбинированного или попеременного использования лимфоцитотоксических и твердофазных антительных скрининговых методов [6].

Благодаря масштабным мероприятиям, в частности созданию программы совместимости донор–реципиент Eurotransplant, в настоящее время удалось достичь больших успехов в вопросах трансплантации органов высокосенсибилизированным пациентам (PRA \square 85%) [10].

При решении вопроса о трансплантации почки ключевое значение имеет совместимость донора и реципиента по группе крови. По мере внедрения в клиническую практику методик элиминации антител, а также анти-В-лимфоцитарных препаратов все больше центров трансплантологии сообщает об успешных случаях трансплантации на фоне АВ0-несовместимости даже без выполнения спленэктомии [11].

Казахстанский опыт проведения гистосовместимости при пересадке органов и тканей. В Казахстане Министром здравоохранения утвержден приказ № 928 от 27 декабря 2012 года «О некоторых вопросах трансплантации тканей и (или) органов (части органов)», который регламентирует определения гистосовместимости органов и тканей, в части [12]: определения HLA-фенотипа у пациентов и доноров при трансплантации органа; определения HLA-фенотипа у пациентов и доноров при трансплантации костного мозга; определения HLA-фенотипа у потенциальных доноров для формирования Национального Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток; определения HLA-фенотипа у пациентов, нуждающихся в трансплантации органа; определения сенсбилизации у пациентов, нуждающихся в трансплантации органа; постановки пробы на совместимость донора и реципиента cross-match.

На сегодняшний день в Республике Казахстан существует только одна лаборатория в сфере здравоохранения «Иммунологического типирования тканей» на базе РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии» (далее – HLA-лаборатория) г. Астана, владеющая серологическим и молекулярными методами HLA-фенотипирования (high & low resolution). Данная лаборатория готовится к проведению аккредитации по стандартам EFI (European Federation for Immunogenetics) [4]. На счету лаборатории проведение гистосовместимости трансплантации сердца, почек, гемопоэтических стволовых клеток (далее - ГСК) и костного мозга (таб. 1).

Таблица 1 - Перечень подборов органов и тканей для трансплантаций, проведенных лабораторией иммунологического типирования тканей в Научно-производственном центре трансфузиологии

Организация	Орган/ткань	Количество
Национальный научный кардиохирургический центр	сердце	1 трупный донор
Республиканский центр неотложной медицинской помощи	почки	8 живой донор 1 трупный донор
	ГСК/костный мозг	10 аутотрансплантаций
Национальный научный центр материнства и детства	ГСК/костный мозг	3 аллотрансплантации

Кроме того HLA-лабораторией осуществляется ведение в республике Листа ожидания на трансплантацию органов. В 2011 году проведено HLA типирование 600 пациентов ожидающих трансплантацию почки. В 2012 году 214 пациентов из них 195 на трансплантацию почки и 19 - печень. (таб. 2).

Таблица 2 - Лист ожидания на трансплантацию органов

Ожидаемый орган	Годы	
	2011	2012
Почки	600	195
Печень	-	19

В 2011 году начато ведение Листа ожидания на трансплантацию органов и тканей, проведено HLA-типирование 600 пациентов ожидающих трансплантацию почки, в 2012 году 195 пациентов, а также, 19 пациентов ожидающих трансплантацию печени.

Все выше изложенные факторы говорят начальном этапе развития лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей, что требует проведения маркетинга возможностей и предпосылок к созданию оптимальных условий в РК для проведения трансплантаций органов и тканей, с целью чего был применен SWOT анализ (таб. 3).

Таблица 3 - SWOT-анализ лабораторного сопровождения трансплантаций органов и тканей

Потенциальные внутренние сильные стороны (S)	Потенциальные внутренние слабости (W)
Возможность обучения за рубежом	Отсутствие учебных баз в Казахстане

Возможность приобретение существующего программного комплекса за рубежом	Отсутствие программного комплекса "Лист ожидания"
Научеомкость отрасли (возможность изучения генофонда страны)	Отсутствие достоверных статистических данных о потребности в трансплантациях
	Высокая стоимость HLA типирования
Потенциальные внешние благоприятные возможности (О)	Потенциальные внешние угрозы (Т)
Огромный международный опыт	«Недоверие» населения к здравоохранению
Налаженные партнерские отношения по международному сотрудничеству	Отсутствие «сети» HLA-лабораторий
Возможность получения целевого финансирования на развитие трансплантации органов и тканей	Длительное время рассмотрения вопроса инвестирования
	Отсутствие налаженного трафика образцов крови пациентов из регионов в HLA-лабораторию
	Высокая стоимость лабораторного оборудования и реактики и необходимость обновления оборудования
	Высокие стандарты международных правил

На основании вышеизложенного выделяется ряд ключевых проблем, решение которых позволит осуществлять планомерную работу по организации лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей.

Проблема финансирования лаборатории иммунологического типирования тканей. На сегодняшний день отсутствует четкое и своевременное финансирование лаборатории иммунологического типирования, которая проводит фенотипирование доноров и реципиентов для трансплантации органов.

Стоимость фенотипирования одного пациента (фенотипирование на низком и на средней разрешении SSP; определение процента сенсibilизации HLA антител в образце сыворотки методом ИФА и на основе лимфотоксического теста; постановка пробы на совместимость «кросс матч» серологическим методом) составляет 148 856 тенге.

Стоимость оснащения современно HLA лаборатории «под ключ» – 150 млн.тенге.

В случае увеличения объемов трансплантаций необходимо увеличение мощности лабораторного оборудования для адекватного проведения исследований.

Проблема обеспечения информационного сопровождения Регистра доноров ГСК. Лист ожидания - автоматизированная информационная система, требующая сопровождения и защиты от несанкционированного доступа. Данная система на сегодняшний день отсутствует.

Отсутствие сети HLA – лабораторий. Ввиду короткого срока «хранения» органов и ткани, а также наличие одной HLA лаборатории, которая осуществляет HLA типирования по всем принятым международными стандартами методикам. Механизм управленческого решения проблем развития Регистра доноров ГСК представлен на рис. 1

Проблема	Решение	Обоснование
Отсутствие четкого и своевременного финансирования лаборатории иммунологического типирования	Бесперебойное выделение финансовых средств для проведения фенотипирований	Для полноценного и своевременного обеспечения адекватной гистосовместимости органов и тканей как основной причины отторжения трансплантата
Отсутствие автоматизированной информационной базы	Создания информационной системы «Лист ожидания» онлайн ведение, обновление базы данных пациентов	Ведение «Листа ожидания» требует постоянного обновления базы данных (вновь поступившие пациенты, естественная убыль пациентов)
Отсутствие сети HLA – лабораторий	Поэтапное внедрение сети лабораторий на базе центров	Центры крови наиболее адаптированы (лабораторный персонал) к работе с

	крови областей и городов • 2013 г. Республиканский центр крови г. Алматы; • 2014-2016 г. Областные центр крови: -г. Усть-Каменогорск; -г. Шымкент; -г. Актобе; -г. Актау.	большими персональными базами, а также с иммунологическими аспектами вопросов здравоохранения, имеют urgentную лабораторную службу. Критерии выбора • количество населения, как основной критерий трансплантационной активности (количество декорткаций на душу населения) • отдаленность друг от друга (см. рисунок 1)
--	---	--

Рисунок 1 - Механизм управленческого решения проблем развития Регистра доноров ГСК

В тоже время для развития трансплантации органов и тканей необходима четкая логистика транспортировки как органов и тканей так образцов крови для HLA типирования (рис.2).

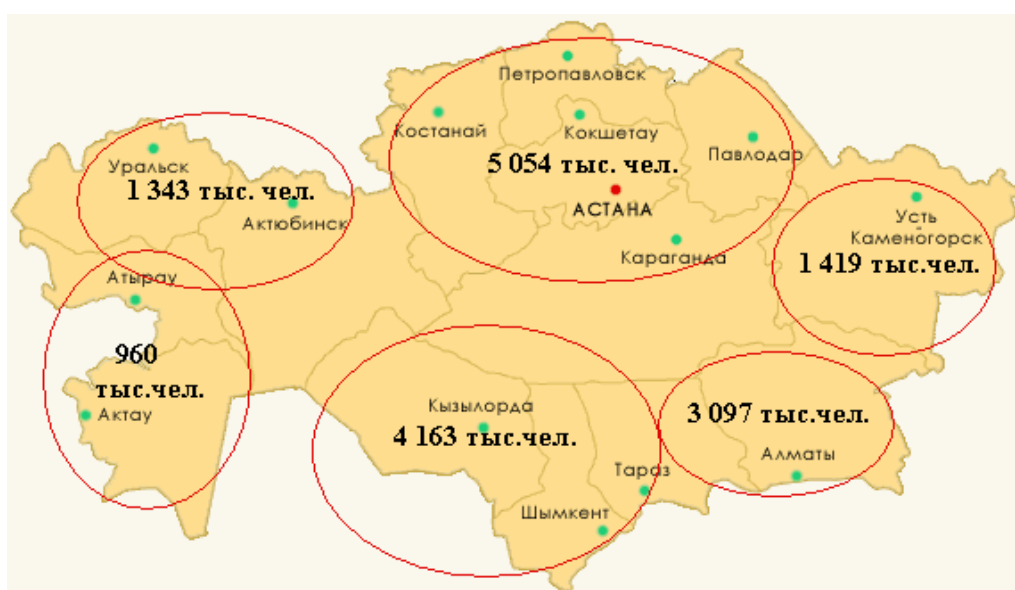


Рисунок 2 - Распределение сети HLA – лаборатории по численности и отдаленности административных единиц

Заключение. Развитие HLA диагностики в Республике Казахстан является неотъемлемой частью развития трансплантации органов и тканей; развитие HLA диагностики требует целевого финансирования в части создания - сети лабораторий, автоматизированной информационной сети; развитие HLA диагностики требует создания адекватных транспортных коммуникаций.

Ожидаемые результаты от развития HLA диагностики. Создание рабочих мест для высококвалифицированных врачей и медицинского персонала; экономия бюджетных средств за счет естественного сокращения квот для проведения трансплантаций гражданам страны за рубежом; привлечение иностранных финансовых средств за счет развития «медицинского туризма»; увеличение количества проводимых в Казахстане трансплантаций, что самым положительным образом скажется на квалификации врачей; повышение возможности для спасения жизни больного, достижения продолжительной ремиссии и долгосрочного хорошего качества жизни; развитие научного потенциала в области иммуногенетики с привлечением иностранных грантов; изучение генофонда Республики Казахстан с созданием лекарств этнической направленности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 CTS Collaborative Transplant Study. http://ctstransplant.org/protected/dataR/html_all/K-21111-0207.html Last accessed October 19, 2008.

2 UNOS United Network for Organ Sharing. <http://www.unos.org/> [access date January 2010].

3 Terasaki PI, Cecka JM, Gjertson DW, Takemoto S. High survival rates of kidney transplants from spousal and living unrelated donors. *N Engl J Med* 1995. - Aug; 333(6):333–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7609748>.

4 EFI European Federation for Immunogenetics. Standards for histocompatibility testing. <http://www.efiweb.eu/> [access date January 2010].

5 The British Transplantation Society. Towards standards for organ and tissue transplantation in the United Kingdom.

<http://www.bts.org.uk/Forms/Towards%20standards.pdf> [access date January 2010].

6 The Anthony Nolan Trust. Nomenclature for factors of the HLA system, monthly updates 2006–2008.

<http://www.anthonynolan.org.uk/research/hlainformaticsgroup/updates/nomenclature-for-factors-of-the-hla-system-monthly-updates-2006-2008.htm?knownurl=http%3a%2f%2fwww.anthonynolan.org.uk%2fresearch%2fhlainformaticsgroup%2fupdates%2f> [access date February 2010].

7 Christiaans MH, Overhof R, ten Haaft A, Nieman F, van Hooff JP, van den Berg-Loonen EM. No advantage of flow cytometry crossmatch over complement-dependent cytotoxicity in immunologically well-documented renal allograft recipients. *Transplantation* 1996 Nov;62(9):1341–7.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8932282>.

8 Süsal C, Opelz G. Kidney graft failure and presensitization against HLA class I and class II antigens. *Transplantation* 2002 Apr;73(8):1269–73.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11981420>.

9 Opelz G; Collaborative Transplant Study. Non-HLA transplantation immunity revealed by lymphocytotoxic antibodies. *Lancet* 2005 May;365(9470):1570–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15866311>.

10 De Meester J, Doxiadis II, Persijn GG, Claas FH. Renal transplantation of highly sensitised patients via prioritised renal allocation programs. Shorter waiting time and above-average graft survival. *Nephron* 2002; 92(1):111–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12187093>.

11 Segev DL, Simpkins CE, Warren DS, King KE, Shirey RS, Maley WR, Melancon JK, Cooper M, Kozlowski T, Montgomery RA. ABO incompatible high-titer renal transplantation without splenectomy or anti-CD20 treatment. *Am J Transplant* 2005 Oct;5(10):2570–5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16162210>

12 Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 928 от 27 декабря 2012 года «О некоторых вопросах трансплантации тканей и (или) органов (части органов)».

Научно-производственный центр трансфузиологии МЗ РК, г.Астана. Материал поступил в редакцию 23.10.12.

Түйін

Ж.К.БУРКИТБАЕВ, С.Д.РАЙСОВ, А.А.ТУРГАНБЕКОВА, А.К. ОМАРОВА

ТІНДЕР МЕН АҒЗАЛАРДЫ ТРАНСПЛАНТАЦИЯЛАУДА
ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ ТИПТЕНДІРУ ЗЕРТХАНАСЫНЫҢ РӨЛІ
ҚР ДСМ трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы, Астана қ.

Қазақстан Республикасында HLA диагностикасының дамуы тіндер мен ағзаларды трансплантациялау дамуының ажырамас бөлігі болып табылады; HLA диагностикасының дамуы мақсатты қаржыландыруды – зертханалық жүйелерді, автоматтандырылған мағлұматтық жүйелерді салуды қажет етеді; HLA диагностикасының дамуы тиімді транспорттық коммуникацияны құруды талап етеді.

Кілтті сөздер: органдар мен тіндерді транспланттау, иммунологиялық типтендіру, зертханалардың автоматтандырылған ақпараттық желісі.

Abstract

ZH.K.BURKITBAYEV, S.D.RAISSOV, A.A.TURGANBEKOVA, A.K. OMAROVA

ROLE OF LABORATORY FOR IMMUNOLOGICAL TYPING
OF ORGAN AND TISSUE TRANSPLANTATION
Research and production center of transfusiology MH RK, Astana

HLA diagnostics development in the Republic of Kazakhstan is an integral part of the development of organ and tissue transplantation, the development of HLA diagnosis requires targeted funding in terms of creation - a network of laboratories atomatizirovannoy information network, the development of HLA diagnostics requires an adequate transport Transport Communications.

Keywords: transplantation of organs and tissues, immunology typing, automated information chain of laboratories.

УДК 615.322 – 07

А.Т. КАЗБЕКОВА, М.З. ШАЙДАРОВ, Д.Д. МУХАМБЕТОВ, А.Ж. СЕЙТЕМБЕТОВА,
С.М. АДЕКЕНОВ

ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ *IN VITRO* НЕКОТОРЫХ ТЕРПЕНОИДОВ И ЭКСТРАКТОВ ПОЛЫНИ

Изучена антиоксидантная активность терпеноидов и экстрактов полыни, распространенной в Казахстане. Установлена выраженная антиоксидантная активность эфирных масел полыни гладкой по сравнению с арглабином и арголидом.

Ключевые слова: антиоксидант, терпеноиды, экстракт полыни, арглабин, арголид.

Введение. Род полынь (*Artemisia* L.) широко распространен во всех географических и экологических зонах и включает более чем 500 видов. В пределах СНГ наиболее распространены европейские, кавказские и центрально-азиатские виды полыни, а на территории Республики Казахстан произрастает 82 вида полыни [1,2]. *Artemisia glabella* Kar.et Kir. - полынь гладкая (сем. Сложноцветных), является источником отечественного противоопухолевого препарата "Арглабин", разработанного на основе нового сесквитерпенового лактона [3,4].

Интерес к полыням объясняется тем, что во многих видах, которые были исследованы, найдены эфирные масла, компоненты которых, помимо применяемых в парфюмерно-косметической и пищевой промышленности, являются биологически активными соединениями, обладающие антимикробными, противогрибковыми, противовирусными, противовоспалительными и многими другими лечебными свойствами. Благодаря которым, эфирные масла полыни находят широкое применение в медицинской промышленности и фармакологии [5].

Целью исследования явилось изучение антиоксидантного действия *in vitro* цинеола (1), эфирного масла полыни гладкой (2), CO₂ экстракта полыни гладкой (3), фракции №2 после разделения CO₂ экстракта полыни гладкой на установке FCPC 5000 (4), фракции №1 после разделения CO₂ экстракта полыни гладкой на установке FCPC 5000 (5), эфирного масла полыни гладкой после перекристаллизации арглабина (6), выделенных из полыни гладкой сесквитерпеновых лактонов арголида (7) и арглабина (8) методом определения железо-восстанавливающего потенциала FRAP (Ferric Reducing Antioxidant Power assay), оценки антиоксидантной активности (АОА) с о-фенантролином и определение в образцах общего количества полифенолов по методу Фолина-Чокальтеу. Все объекты разработаны в АО «МНПХ«Фитохимия».

Материалы и методы. К 1 мл исследуемых экстрактов в диапазоне концентраций 0-1 мг/мл добавляется 2,5 мл 0,2 М фосфатного буфера (рН 6,6) и 2,5 мл 1% раствора гексацианоферрата (III) калия. Реакционная смесь инкубируется в течение 25 минут при температуре 50⁰С, реакция останавливается добавлением 2,5 мл 10% раствора трихлоруксусной кислоты. Смесь центрифугируют 10 минут (3000 оборотов/мин). Верхний слой объемом 2,5 мл смешивается с 2,5 мл дистиллированной воды и 0,5 мл 0,1% FeCl₃. Измерение оптической плотности производится при λ = 700 нм (рис.1).

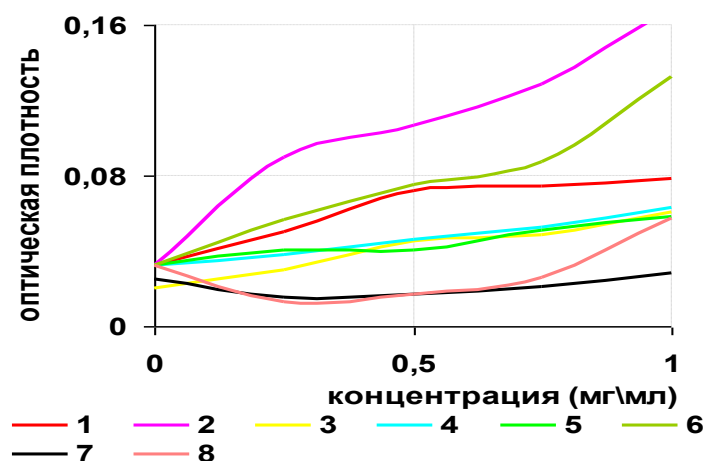


Рисунок 1- Изменение АОА в соответствии с FRAP - методикой

Как следует из рис.1 наиболее выраженную АОА *in vitro* проявляют эфирное масло полыни гладкой (2) и эфирное масло полыни гладкой после перекристаллизации арглабина (6). Вместе с тем, данные FRAP – метода указывают на то, что наименьший антиоксидантный эффект *in vitro* проявляют индивидуальные сесквитерпеновые лактоны арголид (7) и арглабин (8).

Определение антиоксидантной активности образцов с о-фенантролином. Приготовление комплексного реагента.

К 0,198 г о-фенантролина добавляют 30-40 мл дист. воды и растворяют при слабом нагревании. Навеску 0,298 г железоаммонийных квасцов растворяют в 2 мл 1М HCl, прибавляют 30-40 мл дист. воды и растворяют при слабом нагревании. Приготовленные растворы переносят в мерную колбу объемом 100мл и доводят до метки дистиллированной водой. Полученный реагент выдерживают при комнатной температуре не менее 12 час. АОА исследуемых образцов определялась с помощью коэффициента ингибирования (КИ) по уравнению:

$$КИ = 1 - K_{\text{контр}} / K_{\text{исслед}}$$

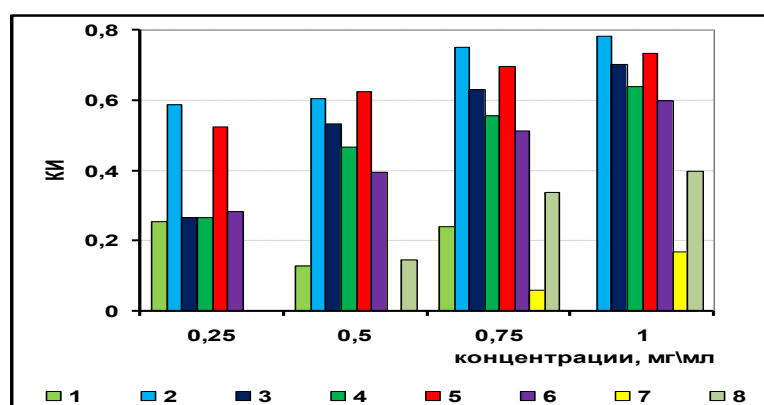


Рисунок 2- Коэффициент ингибирования исследованных эфирных масел

На основании данных по оценке значений коэффициента ингибирования исследованных индивидуальных соединений(1, 7 и 8) и эфирных масел (табл.1), а также диаграмм на рис.2 следует, что имеет место взаимосвязь между концентрацией вещества, например, арглабина(7) и величиной АОА, которая пропорциональна величине оптической плотности. Наиболее высокие величины коэффициента ингибирования имеют эфирное масло полыни гладкой (2) и фракция №1 после разделения CO₂ экстракта полыни гладкой на установке FCPC 5000 (5) при концентрации 0,25мг/мл, а эфирное масло полыни гладкой после перекристаллизации арглабина (6) проявляет такую активность при увеличении концентрации масла в 4 раза. В то же время сесквитерпеновый лактон

арголид(7) при концентрациях 0,25мг/мл и 0,5мг/мл по результатам FRAP - метода не проявляет АОО.

Таблица 1 - Изменение величин коэффициента ингибирования индивидуальных соединений и эфирных масел полыни

концентрация вещество	0,25	0,5	0,75	1
1	0,253952	0,129611	0,241932	0
2	0,587711	0,605037	0,752625	0,783405
3	0,265826	0,532262	0,630577	0,702569
4	0,265826	0,467894	0,557263	0,63976
5	0,524602	0,625815	0,697921	0,733951
6	0,284397	0,395348	0,512497	0,59794
7	0	0	0,0602522	0,170204
8	0	0,145421	0,338023	0,397423

Определение общего количества полифенольных соединений по методу Фолина-Чокальтеу. 5 г $\text{Na}_2\text{WO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$ и 1,25 г $\text{Na}_2\text{MoO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$ помещали в круглодонную колбу на 200 мл, приливали 35 мл воды и хорошо перемешивали. К полученному раствору добавляют 2,5 мл 85%-ного раствора фосфорной кислоты и 5 мл конц. HCl (х.ч.). Реакционную смесь в колбе с обратным холодильником кипятят в течение 10 ч. Затем в раствор добавляли 7,5 г Li_2SO_4 , 5 мл воды и одну каплю брома. Раствор перемешивали и нагревали до полного удаления брома. После охлаждения доводили объем водой до 50 мл, фильтровали и разводили до получения 1 н. кислоты. Кислотность определяли титрованием разведенного реактива 0,1 н. NaOH в присутствии фенолфталеина.

В пробирке смешивали 5 мл водного раствора реактива Фолина-Чокальтеу, разбавленного в пропорции 1/10, добавляли 1 мл экстракта и 4 мл 7,5% раствора карбоната натрия. После выдерживания растворов в течение 60 мин при комнатной температуре с помощью спектрофотометра измеряют оптическую плотность растворов при длине волны $\lambda = 765$ нм.

Содержание полифенольных соединений в образцах эфирных масел полыни рассчитывали по эквиваленту рутина, тимола, галловой и протокатехиновой кислот (табл. 2) на основании калибровочных графиков.

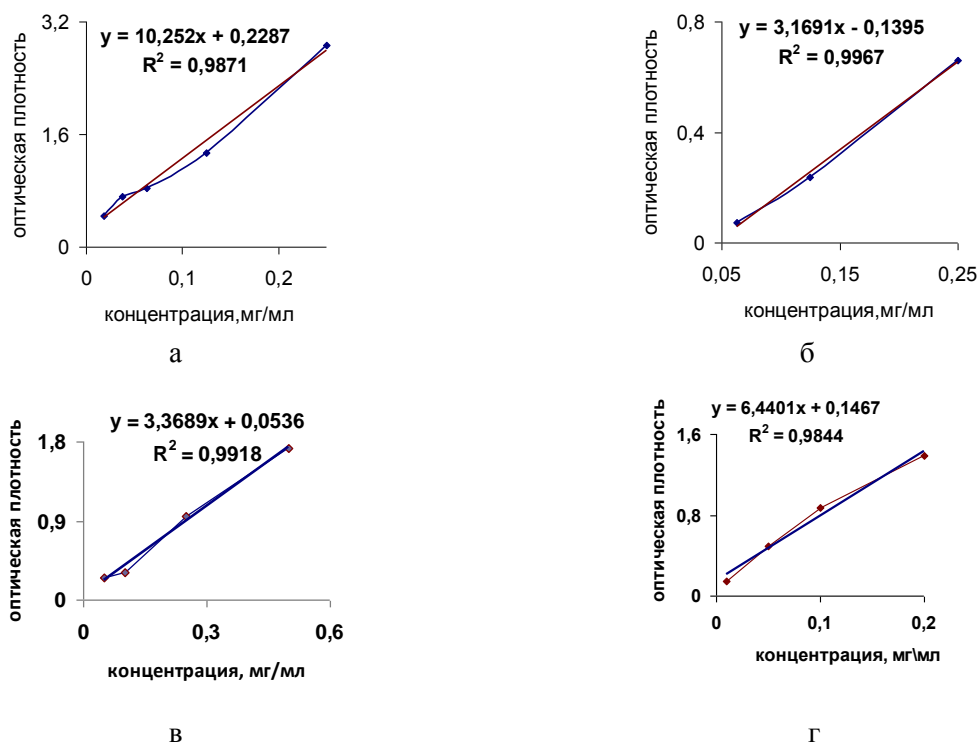


Рисунок 3- Калибровочные кривые стандартных образцов галловой (а), протокатехиновой (б) кислот, тимола (в), рутина (г)

Известно, что одним из определяющих факторов, обуславливающим эффект ингибирования перекисных процессов, является уровень полифенольных соединений в исследуемом объекте. Поэтому нами определено (рис.3) в образцах содержание полифенольных соединений по эквиваленту галловой(а) и протокатехиновой(б) кислот, а также тимола(в) и рутина(г), проявляющих выраженный антиоксидантный эффект в экспериментах *in vitro* [6,7].

Таблица 2 - Содержание полифенольных соединений по эквиваленту галловой(а) и протокатехиновой(б) кислот, тимола(в) и рутина(г) в образцах эфирных масел полыни

ЭМ	Данные метода Фолина-Чокальтеу			
	Содержание полифенолов, мг станд.в-ва/мг образца			
	а	б	в	г
1	0,0153±0,0046	0,1652±0,0149	0,0981±0,01399	0,03685±0,0073
2	0,0017±0,00068	0,1217±0,0022	0,0572±0,00206	0,0155±0,001085
3	0	0,0968±0,0033	0,0338±0,00307	0,0032±0,00161
4	0	0,1077±0,0059	0,04395±0,0056	0,0085±0,00292
5	0,0341±0,00104	0,2264±0,0034	0,1557±0,0032	0,0667±0,0014

Заклучение. По результатам проведенного скрининга впервые установлено, что все исследованные эфирные масла полыни гладкой проявляют антиоксидантное действие значительно выше, чем индивидуальные сесквитерпеновые лактоны арглабин и арголид, выделенные из полыни гладкой. При измерении антиоксидантного эффекта по о-фенантролиновому методу значения коэффициентов ингибирования указывают на существование пропорциональной зависимости между концентрациями эфирных масел и их АОА. Установлено наличие прямо пропорциональной зависимости между фенольным составом эфирных масел полыни и антиоксидантным эффектом. Эфирное масло полыни гладкой и эфирное масло полыни гладкой после перекристаллизации арглабина, содержащие наибольшее количество фенольных соединений, достоверно проявляют наиболее высокую АОА *in vitro*. Полученные результаты позволяют сделать вывод о перспективности изучения эфирного масла полыни на антиоксидантное свойство *in vivo*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Род *Artemisia* L. – Полынь // Растительные ресурсы СССР (Цветковые растения, их химический состав, использование). Семейство Asteraceae. – Санкт-Петербург, 1993. – С. 30-73.
- 2 Адекенов С.М. Арглабин – противоопухолевое средство из полыни гладкой (*Artemisia glabella* Kar. et Kir.) // Российский биотерапевтический журнал - 2002. - Т.1, № 2. - С. 2-5.
- 3 Толстикова Т.Г., Толстиков А.Г., Толстиков Г.А. На пути к низкодозным лекарствам // Вестник РАН.- 2007. - Том 77. - № 10. -С. 867-874.
- 4 Patent USA 6,242,617,B1; European Patent № 0 946 565 S.M.Adekenov «Method and device for production of lyophilized hydrochloride-1 β , 10 β -epoxy-13-dimethylaminoguaia-3(4)-en-6,12-olide».
- 5 Атажанова Г.А. Терпеноиды эфирных масел растений, Москва: ICSPF. - 2008. – 288 с.
- 6 Машенцева А.А., Казбекова А.Т., Сейтеметбетов Т.С. Оптические методы исследования АОА полифенольных соединений и экстрактов на основе растительного сырья *in vitro* и *in vivo* // Вестник КарГУ. - № 1(53). - 2009. - С. 26-34.
- 7 M.S.Stankovic, N.Niciforovic, M.Topuzovic et al. Total phenolic content, flavonoid concentrations and antioxidant activity, of the whole plant and plant parts extracts from *Teucrium montanum* L. var. *montanum*, f. *supinum* (L.) Reichenb // Biotechnol. & Biotechnol. Eq.-2011. - 25. - P. 2222-2227.

АО «Медицинский университет Астана». АО «МНПХ «Фитохимия». Материал поступил в редакцию 26.11.12.

Түйін

А.Т. ҚАЗБЕКОВА, М.З. ШАЙДАРОВ, Д.Д. МУХАМБЕТОВ, А.Ж. СЕЙТЕМБЕТОВА, С.М. ӘДЕКЕНОВ

IN VITRO ЖУСАННЫҢ КЕЙБІР ТЕРПЕНДЕР ЖӘНЕ СЫҒЫНДЫСЫНЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Қазақстанда көп таралған жусанның құрамындағы терпендер және оның сығындысының антиоксиданттық белсенділігі зерттелген. Тақыр жусанның эфир майларының арглабин және арголидпен салыстырғанда жоғары антиоксиданттық белсенділік көрсететіндігі анықталған.

Қысқартылған сөздер: антиоксиданттар, терпендер, жусанның құрамындағы, арглабине, арголидпе.

Abstract

A.T. KAZBEKOVA, M.Z. SHAIDAROV, D.D. MUHAMBEV, A.J. SEITEMBETOVA, S.M. ADEKENOV

THE STUDY OF ANTIOXIDANT ACTIVITY OF TERPENOIDS AND EXTRACTS OF ARTEMISIA IN VITRO

It was studied of antioxidant activity of terpenoids and extracts of Artemisia widespread in Kazakhstan. Marked of antioxidant activity of essential oils of Artemisia glabella was determined in comparison with arglabin and argolid.

Keywords: antioxidant, terpenoids, extract of wormwood, arglabin, argolis.

УДК 616.594.171.2:616.6-053.1

Н.Н. ПЛИСКА

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ВЫДЕЛЕНИЯ КАНДИД У ДЕТЕЙ С УРОИНФЕКЦИЯМИ

В статье приведены результаты изучения микроорганизмов выделенных из мочи детей за период 2008 - 2011гг. при заболеваниях МВС урологического и нефрологического детских отделений. Результаты исследования показали, что наиболее частым представителем из всех кандид, которые были обнаружены в течении всех четырех лет были - 50 – 66,6% случаев Candida albicans Стабильно в течении всего времени исследования выделялись: Candida albicans и Candida tropicalis. Все случаи кандидозной инфекции мочевыделительной системы подтверждаются наличием в анамнезе инвазивной процедурой.

Ключевые слова: моча детей, уроинфекция у детей, внебольничная инфекция, кандидоз мочевыделительной системы.

Введение. Кандиды часто являются возбудителями нозокомиальных инфекций и чрезвычайно редко – внебольничных инфекций у пациентов без нарушений мочевого выделения. Возрастающая важность инфекций, вызванных грибами рода Candida, связана с широким применением инвазивных методов диагностики и лечения, диагностики, иммуносупрессивной терапии и антимикробных препаратов, обладающих широким спектром антибактериальной активности [1–7]. Выявление кандид в моче называется кандидурией. Кандидурия редко выявляется у здоровых людей. При обследовании более чем 1500 лиц без клинических проявлений уроинфекций кандидурия была выявлена только у 15, причем половина из них были больны сахарным диабетом и получали антибиотики [8,9]. Количество уроинфекций, вызванных кандидами, значительно возрастает у госпитализированных пациентов, особенно при катетеризации мочевого пузыря или применении других инвазивных урологических вмешательств [10]. Грибы были этиологической причиной 27% уроинфекций, связанных с катетеризацией мочевого пузыря, причиной 10–15% нозокомиальных уроинфекций являются грибы рода Candida [1,7,10–12].

Важную роль в увеличении частоты выделения грибов играет иммуносупрессия. Так, из 11% образцов мочи, полученных от пациентов лейкоемией и пациентов, которым была выполнена

трансплантация костного мозга, были выделены грибы, при этом в других отделениях в той же больницы кандидурия выявлялась в 2% образцов) *Candida* spp. обладают тропизмом к ткани почек; у 90% пациентов с диссеминированным кандидозом при аутопсии обнаружено поражение почек. Распространенность кандидурии широко варьирует в стационаре, причем наиболее высокой она бывает у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), особенно хирургического профиля [13]. Для проведения рационального лечения больных детей с заболеваниями мочевыделительной системы (МВС) важно располагать региональными данными об уропатогенах.

Целью исследования явилось идентификация кандид в моче больных детей с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы трех возрастных групп из различных регионов Казахстана.

Материалы и методы. В исследование были включены 38 штаммов, *Candida* spp. (6 штаммов выделенных в 2008г., 8 в 2009г., 6 штаммов в 2010 г., 18 штаммов в 2011 г.). Все штаммы были выделены в 2008 – 2011 гг. от детей, госпитализированных в урологическое, нефрологическое отделения АО «ННЦМД» с заболеваниями МВС. Микробиологическому исследованию подвергали мочу детей с заболеваниями МВС. Материал брали с первого дня госпитализации до начала антибактериальной терапии. Микроорганизмы идентифицировали на бактериологическом анализаторе Mini API фирмы «Биомирикс» (Франция). Родовую и видовую принадлежность выделенных чистых культур проводили в соответствии с методическими рекомендациями работы на бактериологическом анализаторе. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. По данным нашего исследования кандиды выделялись у детей, у которых в анамнезе были инвазивные процедуры и длительное применение антибиотиков. Наиболее часто встречаемой из всех выделенных кандид из мочи детей - была *Candida albicans*. Из всех выделенных уроштаммов у детей семейство Ascomycetaceae занимает последнюю позицию по частоте выделений (рис.1), но это самые тяжелые случаи, которые с трудом поддаются терапии и требуют индивидуальной микробиологической диагностики с подбором противогрибковых антибиотиков.

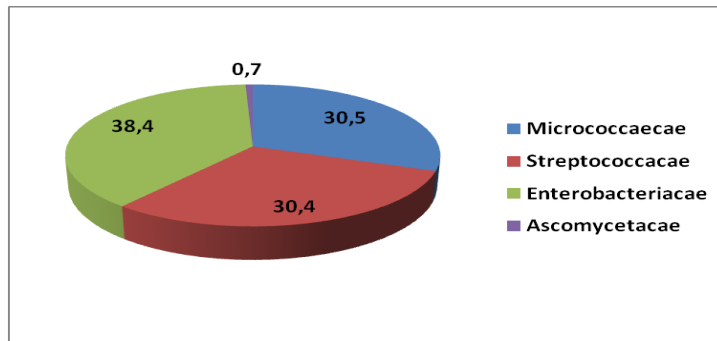


Рисунок 1 - Частоты встречаемости семейств микроорганизмов выделенных из мочи детей

Стабильно из года в год выделялись два вида кандид из мочи детей с пиелонефритами – это *Candida albicans* и *Candida tropicalis* (таблица). Все выделенные кандиды в моче больных детей с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы были выделены в ассоциации с другими разнообразными микроорганизмами, что подтверждает факт вторичного их присоединения в силу различных выше изложенных причин.

Результаты изучения динамики высеваемости *Candida* spp. рассмотрим согласно представленной ниже таблицы. Первенство *Candida albicans* на стабильно высоких цифрах 66,6% в 2008г. и в 2011г. в 2009 году наблюдаем снижение на 4,1% и 2010 году снижение возбудителя было в 1,3 раза по отношению к 2008г и 2011 г.

Второй по частоте и стабильности высеваемости была *Candida tropicalis*, максимальное выделение приходилось на 2010 год составило 33,3%, минимальное 16,6% в 2008 году, а в 2009г. и 2011г. (25% и 22,2% соответственно) почти на одинаковых цифрах было зафиксировано.

Далее на незначительных цифрах наблюдали *Candida krusei* 2008 году и 2010 году 16,6%, в 2011 год 5,6%, что 2,9 раз меньше по отношению к 2008г и 2010 г. Полное отсутствие возбудителя было в 2009 году.

Эпизодически мы наблюдали выделение *Candida glabrata*, которая по одному случаю была в 2009 и 2011 годах, хотя по процентному отношению к общему числу выделенных кандид в 2009 году выделялось в 2 раза чаще по отношению к 2011 году.

Таблица - Динамика выделения *Candida spp.* из мочи детей за период 2008 – 2011гг.

	Вид микроорганизма	2008 год		2009 год		2010 год		2011 год	
		абс	%M ± m	абс	%M ± m	абс	%M ± m	абс	%M ± m
1	<i>Candida albicans</i>	4	66,6 ± 19,3	5	62,5 ± 17,1	3	50,0 ± 20,4	12	66,6 ± 11,1
2	<i>Candida tropicalis</i>	1	16,6 ± 15,2	2	25,0 ± 15,3	2	33,3 ± 19,2	4	22,2 ± 9,8
3	<i>Candida glabrata</i>	0		1	12,5 ± 11,7	0	0	1	5,6 ± 5,4
4	<i>Candida krusei</i>	1	16,6 ± 15,2	0		1	16,6 ± 15,2	1	5,6 ± 5,4
	Итого	6		8		6		18	

Далее представлен рисунок 2 всех кандид в процентном соотношении, который подтверждает утверждение многих авторов, что в биоматериале - моче 50% и более находок обнаруживается *Candida albicans*. Колонизация происходит во время катетеризации мочевого пузыря или во время других инвазивных процедур, когда инородное тело лечебно-диагностической целью вводится в мочевыделительные пути. Во всех случаях кандиды были вторичной микрофлорой, не прослеживается закономерности ни по возрасту, ни по динамике сравнения по разным годам присутствующих микроорганизмов. Не было не одного случая, чтобы кандиды были выделены в моноварианте, т.е. макроорганизм, при любых обстоятельствах наличия сопутствующих факторов развития кандидозной инфекции защищен от ее развития, до тех пор пока инфекция не будет занесена из вне, когда происходит нарушение целостности слизистой мочевого пузыря, мочеточника или паренхимы лоханки почек.

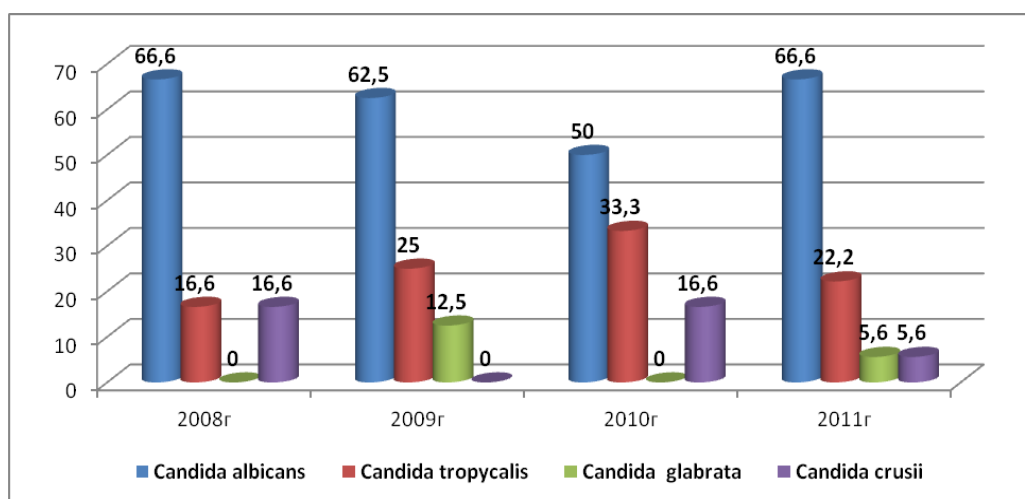


Рисунок 2 - Соотношения динамики выделения мочи от больных детей от 0 до 17 лет с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы, %

Выводы:

- 1 Наиболее частым представителем из всех кандид, которые были обнаружены в течении всех четырех лет были - 50 – 66,6% случаев *Candida albicans*.
- 2 Стабильно в течении всего времени исследования выделялись: *Candida albicans* и *Candida tropicalis*.

3 Кандиды во всех случаях находок были выделены в ассоциации с другими микроорганизмами, которые выделялись без всякой закономерности

4 Все случаи кандидозной инфекции мочевыделительной системы подтверждаются наличием в анамнезе инвазивной процедурой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Зеленова Е.Г. Заславская М.И., Махрова Т.В. Кандиды: экология, морфофункциональные особенности и факторы патогенности //Нижегородский медицинский журнал. – 2002. – № 1. ... УДК 621.384.8:576.32.

2 Weber DJ, Rutala WA, Samsa GP et al. Relative frequency of nosocomial pathogens at a university hospital during the decade 1980–1989. *Am J Infect Control* 1992; 20: 192–7.

3 Jacobs LG. Fungal urinary tract infections in the elderly: treatment guidelines. *Drugs Aging* 1996; 8: 89–96.

4 Jacobs LG, Skidmore EA, Cardoso LA et al. Bladder irrigation with amphotericin B for treatment of fungal urinary tract infections. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 313–8

5 Leu HS, Huang CT. Clearance of funguria with short-course antifungal regimens: a prospective, randomized, controlled study. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 1152–7.

6 Jacobs LG, Skidmore EA, Freeman K et al. Oral fluconazole compared with bladder irrigation with amphotericin B for treatment of fungal urinary tract infections in elderly patients. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 30–5.

7 Lundstrom T, Sobel J. Nosocomial Candiduria: A Review. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 1602–7.

8 Guze LB, Harley LD. Fungus infections of the urinary tract. *Yale J Biol Med* 1957; 30: 292–305.

9 Schoenbeck J, Einsehn S. The occurrence of yeast-like fungi in the urine under normal conditions and in various types of urinary pathology. *Scand J Urol Nephrol* 1972; 6: 123.

10 Platt R, Polk BF, Murdock B et al. Risk factors for nosocomial urinary tract infection. *Am J Epidemiol* 1986; 124: 977–85.

11 Phillips JR, Karlowicz MG. Prevalence of Candida species in hospital acquired urinary tract infections in a neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 190–4.

12 Febre N, Silva V, Medeiros EAS et al. Microbiological characteristics of yeasts isolated from the urinary tract of intensive care unit patients undergoing urinary catheterization. *J Clin Microbiol* 1999; 37: 1584–6.

13 Schaberg DR, Culver AH, Gaynes RP. Major trends in the microbial etiology of nosocomial infection. *Am J Med* 1991; 91 (suppl. 3 B): 72 S – 4 S.

Научно-производственный центр трансфузиологии МЗ РК, г.Астана. Материал поступил в редакцию 18.10.12.

Түйін

Н.Н. ПЛИСКА

УРОИНФЕКЦИЯЛАРЫ БАР БАЛАЛАРДА КАНДИДА ПАЙДА БОЛУЫ ЖИЛІГІНІҢ ДИНАМИКАСЫ
ҚР ДСМ трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы, Астана қ.

Осы мақалада 2008-2011 жылдар ішінде балалардың урологиялық және нефрологиялық бөлімінде Зәр шығару жүйесінің (ЗШЖ) аурулары кезінде балалар зәрінен бөлініп шыққан микроорганизмдерді зерттеу нәтижелері келтірілген. Біздің зерттеудің нәтижелері бойынша балаларда ЗШЖ ауруы Ascomycetaceae микроорганизмдер түрі бөлінуімен туындаған, бұл микроорганизмдер түрі бөлінуінің жиілігі бойынша 0,7 пайызбен соңғы шепте тұр, дегенмен олар емделуі қиын ауыр жағдай болып есептелінеді.

Зерттеу нәтижелері бойынша төрт жыл ішінде анықталған барлық кандидалардың арасынан ең жиі кездесетін түрі *Candida albicans* - 50 – 66,6% жағдайда анықталған. Зерттеу жүргізілген уақыт ішінде тұрақты түрде *Candida albicans* және *Candida tropicalis* анықталып тұрған. Зәр шығару жүйесінің кандидоздық инфекцияларының барлық жағдайларында анамнезде инвазивті процедура болғаны расталады.

Кілтті сөздер: балалар зәрі, балалардың уроинфекциясы, ауруханадан тыс инфекция, зәр шығару жүйесінің кандидозы.

Abstract

N.N. PLISKA

DYNAMIC FREQUENCY OF CANDIDE ALLOCATION
IN CHILDREN WITH UROINFECTION

Research and Production center of transfusiology of MH RK, Astana

The results of study of microorganisms isolated from urine of children with urinary system diseases in urology and nephrology departments during 2008-2011 are reported in the given article. According to our research diseases of urinary system in children were caused by Ascomycetaceae, that occupies the last place by frequency of isolation 0,7%, but these are the most severe cases, which are difficult to treat. The results of research showed that the most common representative of all Candida, that were found during all four years, was 50 – 66,6% cases of Candida albicans. Candida albicans and Candida tropicalis were consistently isolated during all research period. All cases of Candidal infection of urinary system are confirmed by presence of invasive procedure in anamnesis.

Keywords: children urine, uroinfection at children, community-acquired infection, candida of urinary tract infection.

УДК 616-053.2-381-002.3-089

М.К. ХАМИТОВ

ЦИТОЛОГИЯ СОДЕРЖИМОГО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ
АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

В статье отражены результаты исследования о возможности использования цитологического исследования содержимого брюшной полости как теста для прогнозирования возникновения осложнений в дальнейшем течении перитонита. Метод определения количества нейтрофилов в отделяемом из брюшной полости позволяет осуществлять динамический контроль за течением воспалительного процесса брюшной полости и прогнозировать возможное развитие осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: перитонит, цитология, прогнозирование, осложнение, дети.

Введение. Распространенные формы аппендикулярного перитонита остаются одними из наиболее тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний детского возраста. По данным Л.М. Рошала и С. Пошалиева; А.А. Гумерова с соавторами аппендикулярный перитонит в 72% случаев является причиной развития у детей сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности [1,2].

Хотя число послеоперационных осложнений аппендикулярного перитонита за период 1970-2004 гг., уменьшилось почти в 10 раз [3], их число остается достаточно высоким и по данным различных авторов колеблется от 5,5% до 40,3% [4,5]. В тоже время вопросы прогнозирования осложнений распространенных форм аппендикулярного перитонита остаются актуальными.

Цель исследования: оценить возможность использования цитологического исследования содержимого брюшной полости как теста для прогнозирования возникновения осложнений в дальнейшем течении перитонита.

Материал и методы. Данное ретроспективное исследование проводилось в отделении детской хирургии ГККП «Городская детская больница №2».

Исследовано 35 историй болезней детей с распространенными формами аппендикулярных перитонитов за период 2006 – 2011 гг. Возраст больных от 1 года до 15 лет. Больные разделены на 3 группы по виду возникших осложнений. Первая группа (13 пациентов) – с возникновением инфильтрата послеоперационной раны (ИПОР). Вторая – (10 наблюдений) – с развитием инфильтрата брюшной полости (ИБП). Третья группа (7 больных) – с ранней инфильтративно-спаечной кишечной непроходимостью (РИСКН). В контрольную группу (15 пациентов) вошли больные, пролеченные за период с 2009 по 2011 гг., не имевшие осложнений в послеоперационном периоде.

Из протоколов операций выявлено, что всем детям выполнялось оперативное вмешательство: «Лапаротомия. Аппендэктомия. Санация и дренирование брюшной полости по методу клиники (с установкой двухпросветной дренажной трубки)». В послеоперационном периоде продолжали

комплексную интенсивную терапию, направленную на коррекцию водно-солевого обмена, нормализацию кислотно-щелочного состояния, на улучшение микроциркуляции и реологии крови, антибактериальную терапию, ингибиторы протеаз, гепарин, кардиотрофики. Цитологическое исследование отделяемого, полученного из брюшной полости посредством дренажа, проводилось ежедневно. Мазки окрашивались по методу Майгрюнвельта. Проводился подсчет количества нейтрофилов на сто клеток. Статистический анализ проводился с помощью программы BIOSTAT (Дисперсионный анализ, критерий Крускала-Уоллиса, критерий Данна) [6].

Результаты и обсуждение. Дисперсионный анализ данных показал парадоксальное увеличение количества нейтрофилов у больных контрольной группы в сравнении с наблюдениями основных групп в первые сутки после операции ($p \leq 0,01$). Достоверных различий между основными группами нет (таб.1).

Таблица 1 – Различия показателей количества нейтрофилов у больных перитонитом в первый день после операции

Группа	N	Среднее	Стд. Откл	СОС
1	13	78,77*	12,47	3,46
2	10	76,00*	8,18	2,59
3	7	73,86*	17,47	6,60
Контрольная	15	88,53	6,22	1,61

Примечание -* достоверное отличие от показателей контрольной группы ($p \leq 0,05$).

В этом периоде клинически не отмечалось никаких предвестников развивающихся осложнений.

В таблице 2 представлены данные исследования количества нейтрофилов у больных перитонитом на третьи сутки после операции.

Таблица 2 – Различия показателей количества нейтрофилов у больных перитонитом на третий день после операции

Группа	N	Среднее	Стд. Откл	СОС
1	13	73,15	11,97	3,32
2	10	71,40	9,26	2,93
3	7	75,14	7,90	2,99
Контрольная	15	68,53*	12,41	3,20

Примечание*- достоверное отличие показателей нейтрофилов в контрольной группе на третьи сутки по сравнению с первыми ($p \leq 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют, что на третий день после операции средний показатель количества нейтрофилов в основных группах выше в сравнении с контрольной ($p = 0,552$). Отмечается отчетливая тенденция к сохранению количества нейтрофилов в отделяемом из брюшной полости в основных группах наблюдения, в то время, как в контрольной группе (где в последующем не отмечалось осложнений) – убедительное снижение количества нейтрофилов по сравнению с первыми сутками после операции ($p \leq 0,05$). Достоверных различий между основными группами нет (рис.1).

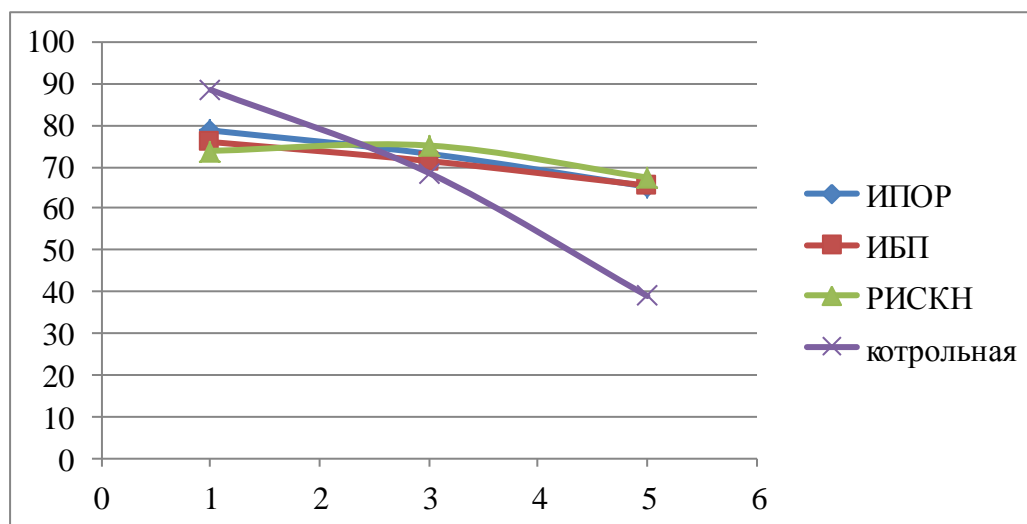


Рисунок 1 – Изменение показателей количества нейтрофилов у больных перитонитом по дням

На пятый день послеоперационного периода наблюдается убедительное статистически значимое ($p \leq 0,05$) увеличение показателей нейтрофилов в группах больных с осложнениями в сравнении с контрольной (таб.3).

Таблица 3 – Различия показателей количества нейтрофилов у больных перитонитом на пятый день после операции

Группа	N	Среднее	Стд. Откл	СОС
1	13	65,23*	19,97	5,54
2	10	65,50*	15,86	5,02
3	7	67,43*	12,42	4,69
Контрольная	15	38,93**	21,33	5,51

Примечания: * достоверное отличие от показателей контрольной группы ($p \leq 0,05$).
 ** достоверное отличие показателей нейтрофилов в контрольной группе на пятые сутки по сравнению с третьими ($p \leq 0,05$).

По данным таблицы видно, что в группе контроля отмечается выраженное прогрессивное статистически значимое снижение количества нейтрофилов отделяемого из брюшной полости по сравнению с показателем на 3 сутки ($p \leq 0,05$). В то же время показатели в основных группах хотя и имеют тенденцию к снижению, статистически значимых различий нет.

У большинства больных именно к этому времени появляются манифестные клинические признаки развивающихся осложнений.

Выводы.

1. Таким образом, данные проведенного исследования убедительно свидетельствуют, что у больных основных групп, у которых в последующем развились осложнения, на 3-и и 5-е сутки после операции хотя и имеется тенденция к снижению количества нейтрофилов в отделяемом из брюшной полости, но уровень их остается достаточно высоким (в «тревожном диапазоне» - от 60% до 88%). В то же время у больных контрольной группы, не смотря на статистически значимое превышение количества нейтрофилов в содержимом, полученном по дренажу из брюшной полости в 1-е сутки после операции, к 3-м суткам имеется статистически значимое снижение количества нейтрофилов, а к 5-м суткам – показатели статистически значимо минуют «тревожный диапазон» со стремлением к нормализации уровня.
2. Метод определения количества нейтрофилов в отделяемом из брюшной полости позволяет осуществлять динамический контроль течения воспалительного процесса брюшной полости и прогнозировать возможное развитие осложнений в послеоперационном периоде.
3. Метод достаточно прост в исполнении, не затратен, высокоинформативен в плане прогнозирования развития осложнений при лечении аппендикулярного перитонита, что позволяет рекомендовать его как адекватный прогностический тест в клиническую практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Рошаль Л.М., Пашалиев С. Оценка методов местного лечения распространенного гнойного перитонита аппендикулярного происхождения у детей. // Хирургия. – 1993. – № 8. – С. 30-35.
- 2 Гумеров А.А., Миронов П.И., Викторов В.В., Викторова Т.В. Метаболические и иммунологические изменения при аппендикулярном перитоните у детей, осложнённом полиорганной недостаточностью. //Вестник хирургии. – 1997. – № 5. – С. 61-64.
- 3 Карасева О.В. , //Абсцедирующие формы аппендикулярного перитонита у детей. // Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Москва. – 2006. – 229 с.
- 4 Магомедов А.Д., Гаджимерзаев Г.А., Махачев С.М. // Послеоперационные осложнения при остром аппендиците. // Материалы III Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – Москва. – 2005. – С. 469-470.
- 5 Коновалов А.К., Беляева О.А., Константинова И.Н. //Малоинвазивное лечение периаппендикулярного абсцесса у детей. // Материалы конференции «Щадящие методы лечения в хирургии». – Москва. – 2003. – С. 95-97.
- 6 Гланц С. Медико-биологическая статистика. – Москва. – 1999. – 460 с.

Кафедра детской хирургии, АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 21.11.12.

Түйін

М.К. ХАМИТОВ

БАЛАЛАРДАҒЫ АППЕНДИКУЛЯРЛЫҚ ПЕРИТОНИТТІҢ КЕҢ ТАРАЛҒАН ТҮРЛЕРІНІҢ
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ БОЛЖАМЫ РЕТІНДЕ ҚҰРСАҚ ҚУЫСЫНЫҢ
БӨЛІНДІЛЕРІНІҢ ЦИТОЛОГИЯСЫН ЗЕРТТЕУ
«Астана медицина университеті» АҚ

Аталған зерттеудің мақсаты: перитониттің кейінгі ағымы барысында асқынулардың пайда болуын болжамдау тесті ретінде құрсақ қуысынан бөлінген сұйықтықтың цитологиялық зерттеуін қолдану мүмкіндігін бағалау. 2006 – 2011 жылдар аралағындағы аппендикулярлық перитониттің кең таралған түрлеріне шалдыққан балалардың 35 ауру тарихы зерттелген. Науқастардың жасы 1-ден 15 жас аралағында болды. Құрсақ қуысынан бөлінген нейтрофилдердің санын анықтау әдісі құрсақ қуысындағы қабыну процессінің ағымын динамикалық бақылауға және отадан кейін пайда болуы ықтимал асқынуларды болжамдауға мүмкіндік береді.

Кілт сөздері: перитонит, цитологиялық зерттеу, болжау, асқынулар, балалар.

Abstract

М.К. ХАМИТОВ

CYTOLOGY OF ABDOMINAL CONTENTS AS A PREDICTOR TEST OF POSTOPERATIVE
COMPLICATIONS OF COMMON FORMS OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN
Department of pediatric surgery, JSC “Medical University Astana”

The purpose of this study is to explore the possibility of using the cytology of abdominal contents as a test for the prediction of complications in the further course of peritonitis. 35 childrens` histories of appendicular peritonitis common forms were being studied during the period from 2006 to 2011. The patients' age was from 1 year to 15 years. The method of determining of the number of neutrophils in the discharge from the abdominal canvases allows controlling the inflammation of the abdominal cavity and predicting possible complications in the postoperative period.

Keywords: peritonitis, cytology, prediction, complications, children.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ



340.624:623.443.37

A 52

Б.К. БАШЕЕВ

СЛУЧАИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПАТРОНОМ ПРИ ВЫСТРЕЛЕ ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО БЕССТВОЛЬНОГО ОРУЖИЯ (ПИСТОЛЕТ ПБ-4)

В статье приведены случаи повреждений травматическим патроном при выстреле из огнестрельного бесствольного оружия (пистолет ПБ-4). Результаты судебно-медицинского исследования данных случаев позволяют сделать выводы о том, что повреждения, причиненные из пистолета «Оса» травматическими патронами при выстрелах с неблизкой дистанции, могут носить морфологические признаки действия тупых предметов, а выстрелы в упор и с близкой дистанции могут привести к смертельным проникающим ранениям, имеющим классическую картину огнестрельного повреждения.

Ключевые слова: огнестрельное повреждение, травматический патрон, смертельные проникающие ранения, пистолет.

В последнее время широкое распространение получают различные модификации оружия самообороны нелетального действия, приобретаемого гражданами республики Казахстан по лицензии на приобретение, хранение и наличие оружия самообороны, в том числе травматические пистолеты с пороховым снаряжением патрона [1].

В связи с появлением новых видов оружия самозащиты, в судебно-медицинской практике стали встречаться случаи повреждений, возникающих при применении пистолета ПБ-4 (комплекс самообороны «Оса»).

Комплекс состоит из бесствольного огнестрельного пистолета и четырёх типов патронов к нему: травматических, светозвуковых, сигнальных и осветительных. При стрельбе светозвуковыми патронами на расстоянии 0,5м от дульного конца пистолета возникает вспышка, сопровождающаяся звуковой волной, что приводит к временному ослеплению и оглушению. Сигнальные патроны применяются для подачи сигналов бедствия и указания места нахождения. Осветительный патрон применяют для освещения местности в ночное время. Особое значение в судебно-медицинской практике имеют патроны травматического действия, которые снаряжены двухэлементной пулей, металлический элемент которой покрыт резиновой оболочкой [2]. Нами было установлено, что в случаях их применения с различных дистанций, и в различные области тела, образуются повреждения, отличающиеся по своим морфологическим признакам и степени разрушения.

Так, при выстреле с неблизкой дистанции образуются повреждения характерные для действия тупых предметов. В качестве иллюстрации приводим случай из практики, связанный с необходимостью дифференциальной диагностики повреждения, причиненного при выстреле из пистолета «ПБ-4» травматическими патронами.

«Из предварительных сведений известно, что гр-ну Т. были причинены телесные повреждения выстрелом из пистолета «ПБ-4». При осмотре места происшествия был обнаружен резиновый предмет, черного цвета цилиндрической формы.



Рисунок 1 - Резиновая пуля, обнаруженная на месте происшествия

Согласно записям травматолога: «в области правого лучезапястного сустава две поверхностные, ушибленные раны неправильной округлой формы, с неровными кровоподтечными краями, диаметром примерно 0,4-0,5см, расстояние между ранами примерно 1,0см».



Рисунок 2 - Раны в области правого лучезапястного сустава гр-на Т.

Раны по своим морфологическим признакам врачом травматологического пункта были расценены как повреждения, причиненные тупыми предметами. Однако, обстоятельства дела, показания очевидцев и обнаружение на месте происшествия резиновой пули позволили судебно-медицинскому эксперту сделать вывод о том, что данное повреждение могло быть огнестрельным при касательном ранении.

Следует отметить что в правилах эксплуатации пистолета «ПБ-4», не приведены ограничения, запрещающие применение этого вида оружия самообороны с определенного расстояния. В тоже же время, при выстрелах в голову, с близкой дистанции, и в упор травматическими патронами, могут возникать смертельные проникающие повреждения, имеющие классическую картину огнестрельного [3]. В качестве примера приведем случай из практики. «Из предварительных сведений было известно, что труп гр. М. был обнаружен у себя в квартире с огнестрельным ранением головы. Со слов родственников, выстрелил себе в голову из пистолета ПБ-4.

При наружном исследовании: в правой височной области - рана неправильно овальной формы, размерами 1,4x0,7см. Края раны неровные, мелковолнистые, размозжены, отслоены от подлежащих тканей, изнутри покрыты серым налетом, при сопоставлении их определяется дефект ткани (признак – минус-ткань). На коже вокруг раны, больше по правому краю, ссадина в виде кольца, шириной 0,8см с запавшей, подсохшей красно-коричневой поверхностью. Вокруг раны, больше по левому ее краю наложение вещества черного цвета в виде кольца, на ширину до 0,8см.



Рисунок 3 - Входная огнестрельная рана в правой височной области

При внутреннем исследовании: в правой височной мышце обширное кровоизлияние темно-красного цвета. При исследовании костей черепа обнаружен перелом чешуи правой височной кости. На наружной поверхности кости перелом овальной формы, размеры 2,0x1,6см, края его ровные. На внутренней поверхности кости - перелом конусообразно расширяется, имеет овальную форму размерами 2,5x2,2см, с мелкозубчатыми краями. От левого края перелома через переднюю правую черепную ямку проходит линейная трещина, которая заканчивается у правого края петушиного гребня. Твердая мозговая оболочка белесовато-синюшного цвета, малокровная, в проекции правой височной доли имеется сквозное повреждение размерами 1,5x1,0см, с волнистыми несопоставимыми краями. Под мягкой мозговой оболочкой в правой лобно-теменно-височной области бледно-красное кровоизлияние на площади размерами 11,0 x 9,0см. В правой височной доле участок мозговой ткани на площади размерами 2,5x2,0см в виде кашицеобразной, бесструктурной массы буровато-коричневого цвета, с множественными мелкоочаговыми кровоизлияниями по краям. От этого участка справа налево горизонтально проходит раневой канал, глубиной 3,5см, который слепо заканчивается. Стенки раневого канала пропитаны кровью. В области дна раневого канала обнаружена резиновая пуля.



Рисунок 4 - Резиновая пуля, обнаруженная в раневом канале

Данные судебно-медицинского исследования трупа позволили прийти к заключению, что обнаруженное повреждение является огнестрельным и могло быть причинено выстрелом из пистолета ПБ-4 травматическим патроном с расстояния близкого к упору.

Таким образом, приведенные случаи из практики свидетельствуют о необходимости осторожного использования средств самообороны и неукоснительного выполнения правил безопасного обращения с ними, то есть строгое соблюдение правил их эксплуатации и хранения.

Результаты судебно-медицинского исследования приведенных случаев позволяют сделать выводы о том, что повреждения, причиненные из пистолета «Оса» травматическими патронами при выстрелах с не близкой дистанции, могут носить морфологические признаки действия тупых предметов, а выстрелы в упор и с близкой дистанции могут привести к смертельным проникающим ранениям, имеющим классическую картину огнестрельного повреждения.

Данные результаты могут быть использованы для решения практических задач медико-криминалистической экспертизы при исследовании случаев, связанных с применением травматического огнестрельного оружия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тюрин М.В. Оружие, боеприпасы, снаряжение – М., 2000. – 146 с.
- 2 Бабаханян А.Р. Особенности огнестрельных повреждений, причиненных выстрелами из пистолета «ПБ-4» //Труды военной прокуратуры. – Душанбе, 2002. – С. 3-5.
- 3 Бабаханян А.Р. Определение скорости полета резиновой пули патрона травматического действия пистолета «ПБ-4» //Альманах судебной медицины. – СПб., 2003. – С. 36-37.

Семейский филиал Центра судебной медицины МЗ РК. Материал поступил в редакцию 11.10.12.

Түйін

Б.К. БАШЕЕВ

ОҚ АТАТЫН ҰҢҒЫМАСЫЗ ҚАРУДАН (ПБ-4 ТАПАНШАСЫ) АТУ БАРЫСЫНДА
ТРАВМАТИКАЛЫҚ ОҚТАН ЖАРАҚАТТАНУ ОҚИҒАЛАР
ҚР ДСМ Сот медицина орталығының Семей филиалы

Мақалада оқ ататын ұңғымасыз қарумен (ПБ-4 тапаншасы) ату кезінде травматикалық оқтан жарақаттану оқиғалары келтірілген. Аталған оқиғаларды соттық-медициналық зерттеу нәтижелері мынадай қорытынды шығаруға мүмкіндік берді: "Оса" пистолетінен біршама қашықтықтан атып, травматикалық оқтармен келтірілген жарақаттар доғал заттардың соққысынан болған морфологиялық белгілері болуы мүмкін, ал жақын жерден тақап атылған оқтар оқпен ату жарақаттарының классикалық көріністегі, денеге кіріп өлімге әкелетін жарақаттарын туындатады.

Кілтті сөздер: оқ ату жарақаты, травматикалық оқ-дәрі, денеге кіріп өлімге әкелетін жарақаттар, тапанша.

Abstract

B.K. BASHEEV

CASES OF TRAUMATIC INJURIES CARTRIDGE WHEN FIRED FROM THE FIRE TUBELESS WEAPON
(GUN PB-4)
Semey branch of Center of legal medicine MH RK

The article presents cases of traumatic injuries when fired from the without trunk fire-arms (gun PB-4). The results of the forensic examination these cases allow to make conclusions that the damage caused by a gun "Wasp" traumatic cartridges at a shot with long distance, may be of morphological features of the blunt objects, and shot at close range can lead to fatal penetrating injuries with the classical picture of gunshot wound.

Key words: fire damage, traumatic cartridge, deadly penetrating wound, gun.

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ



УДК 64-52

Ю.П. АЛАЕВ, А.В. ОВЧАРОВ

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ТЕПЛОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ

В статье приведены результаты внедрения новой технологии отопления внутренних помещений больницы, основанной на автоматизации процесса регулирования температуры отопительной системы в зависимости от температуры наружного воздуха, позволяющей добиться эффективного теплообеспечения всех подразделений с одновременным снижением энергозатрат.

Ключевые слова: теплообеспечение, эффективное, автоматизированное.

На сегодняшний день вопрос энергосбережения является чрезвычайно важным и актуальным для любой организации [1].

Стоимость энергоресурсов постоянно и неуклонно растет, запасы сокращаются катастрофическим темпами, вопрос об энергосбережении выходит на первое место [2].

В этих условиях оптимизация потребления энергоресурсов позволяет не только снизить затраты, но и, что не менее важно, – сэкономить невозобновляемые природные ресурсы. Каким бы незначительным ни казался вклад каждого отдельного домовладельца или главного врача больницы в решение энергетической проблемы глобального масштаба, однако он есть: неразумное потребление энергии приводит сегодня к снижению ее доступности, а завтра приведет к удорожанию [3].

В системах теплоснабжения зданий значительный энергосберегающий эффект дают средства автоматизации тепловых пунктов [4].

С целью снижения энергозатрат в больнице была внедрена новая технология отопления внутренних помещений.

Главной особенностью новой технологии теплотребления больницы является автоматический теплоузел с регулятором температуры в системах отопления в соответствии с температурой наружного воздуха. При этом в системе горячего водоснабжения автоматически поддерживается на необходимом постоянном уровне оптимальная температура в кранах расхода горячей воды.

Регулирование температуры осуществляется посредством автоматизированного подмешивания возвращаемой воды в основную подачу с помощью игольчатого автоматически регулируемого клапана. Для усиления протока теплоносителя по удаленным приборам отопления применялись циркулярные насосы.

В результате внедрения новой технологии отопления внутренних помещений больницы были достигнуты следующие результаты: повышение эффективности работы системы отопления (возможность оптимального прогрева радиаторов в удаленных помещениях); экономное расходование тепла в теплое время в зависимости от погодных условий (15-30%); повышение эффективности теплообмена за счет циркулярных насосов; повышение коэффициента полезного действия (КПД) системы отопления.

Таким образом, внедрение новой технологии отопления внутренних помещений больницы, основанной на автоматизации процесса регулирования температуры отопительной системы в зависимости от температуры наружного воздуха, позволило добиться эффективного теплообеспечения всех подразделений с одновременным снижением энергозатрат, что, несомненно, будет способствовать повышению имиджа больницы среди пациентов и ее конкурентоспособности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Закон РК «Об энергосбережении» от 25 декабря 1997 года № 210-І.
- 2 Республиканская программа по энергосбережению на период до 2015 г.
- 3 СН РК 2.04-01-2009 «Нормы теплотехнического проектирования гражданских и промышленных зданий (сооружений) с учетом энергосбережения».
- 4 СНиП РК 4.02-42-2006 «Отопление, вентиляция и кондиционирование».

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил в редакцию 02.10.12.

Түйін

Ю.П. АЛАЕВ, А.В. ОВЧАРОВ

АУРУХАНА БӨЛІМШЕЛЕРІН ЖЫЛУМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖҮЙЕЛЕРІН ЖАҢҒЫРТУ
ҚР ПІБ МО Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Мақалада энергия шығындарын бір уақытта азайта отырып, барлық бөлімшелерді жылумен тиімді қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін, сыртқы ауа температурасына байланысты жылыту жүйелері температураларын реттеу процесін автоматтандыруға негізделген, аурухананың ішкі үй-жайларына жылытудың жаңа технологияларын енгізу нәтижелері келтірілген.

Кілтті сөздер: Жылумен қамтамасыз ету, тиімді, автоматтандырылған

Abstract

YU.P. ALAYEV, A.V. OVCHAROV

MODERNIZATION OF THE SYSTEM TO ENSURE WARMTH OF THE HOSPITAL
Central clinical hospital of MC PAA RK, Almaty city

The results of the new technology of heating based on automation of temperature control of heating system, depending on the outdoor temperature, ensures efficient heat supply to all units while reducing energy costs.

Keywords: Heating, efficient, automated.

УДК 614.213:616-072.5:005.584.1(574)

Ж.Н. АЛИЕВА

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ КРОВИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2012 ГОДА

В статье уделяется внимание слабым сторонам в деятельности службы крови: доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА (ИХЛА) на автоматических анализаторах закрытого типа составила 30% и методом ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа составила 74%; низкая укомплектованность штатов отделений (кабинетов) трансфузиологии медицинских организаций (15% освобожденных ставок).

Ключевые слова: мониторинг, служба крови в Казахстане, трансфузиология медицинских организаций.

По данным мониторинга основных показателей деятельности Службы крови РК за 1 полугодие 2012 года общее количество донаций составило 148 247, против 142 898, что на 5 349 донаций больше. Число донаций на 1000 населения по РК составило – 9, что на уровне 2011 года. Наиболее высокие показатели донаций на 1000 населения: в г. Астана – 31, Западно-Казахстанской области – 17, Костанайской области – 14. Низкие показатели донации: Южно-Казахстанская область – 4, Алматинская область – 4. Прогнозируемое количество донаций на 1000 населения в 2012 году – 18 (2011г. – 17,2).

Высокие показатели по комплектованию безвозмездных доноров в Западно-Казахстанской области - 100%, Карагандинской области – 98%, Актюбинской области - 96%. Низкие показатели по привлечению безвозмездных доноров в Республиканском центре крови – 60% от общего числа донаций. Доля добровольных донаций от общего количества безвозмездных донаций составила – 57%, соответственно 43% - донации целевые (родственные). Удельный вес донаций в выездных условиях в среднем по РК составляет 27%, против 26 % в 2011 году.

Возрос показатель организации донорства в выездных условиях в 2012 году в Западно-Казахстанской области до 62%, против 59% в 2011 году, что свидетельствует о высоком уровне организации работы выездной бригады Центра крови, а также в Южно-Казахстанской области 49%, против 44% в 2011 году. Средний показатель донорства в выездных условиях по РК составляет – 27%, против – 26% в 2011 году. Наименьшие показатели организации донорства в выездных условиях в Мангистауской области 3%, Акмолинской области 10%.

Доля проведенного аппаратного плазмафереза от всего количества проведенных процедур плазмафереза в 1 полугодии 2012 года возросла на 16% по сравнению с соответствующим периодом 2011 года, что положительно влияет на увеличение количества производимой плазмы и рациональное использование эритроносодержащих компонентов. В 100% случаев аппаратный плазмаферез проводят Научно-производственный центр трансфузиологии, центры крови Актюбинской и Северо-Казахстанской областей, а в 13 центрах крови республики продолжается использование дискретного плазмафереза.

Обеспечение иммунологической и инфекционной безопасности: для повышения иммунологической и инфекционной безопасности трансфузионной терапии региональные центры крови продолжают проводить лейкофилтрацию и вирусную инактивацию компонентов крови. Во всех регионах скрининг образцов донорской крови на трансфузионные инфекции проводится двухэтапным методом. В 100% случаев образцы донорской крови апробируются методом ИФА и в 80% методом ПЦР. В 3-х областях (ЮКО, ВКО и Атырауской) доля скрининга образцов донорской крови методом ПЦР не превышает 30%, что связано с ограниченным финансированием центров крови, которое обуславливает недостаточный уровень внедрения в практику технологий обеспечения инфекционной безопасности компонентов крови.

Выводы. Таким образом, в службе крови Республики Казахстан отмечается положительная динамика: увеличение числа донаций на 4%; увеличение объемов заготовленной донорской крови на 6%; улучшены показатели обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности донорских компонентов крови, выдаваемых в медицинские организации; за отчетный период в НПЦТ

внедрена технология рентгеновского облучения компонентов крови (эритродержащих компонентов и тромбоцитов) для пациентов с измененным иммунным статусом.

В то же время необходимо отметить слабые стороны в деятельности службы крови: доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА (ИХЛА) на автоматических анализаторах закрытого типа составила 30% и методом ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа составила 74%; низкая укомплектованность штатов отделений (кабинетов) трансфузиологии медицинских организаций (15% освобожденных ставок), что не соответствует приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»; недостаточная укомплектованность врачами Центров крови (66%) и низкий уровень категорированности медицинского персонала (47%).

Национальный научный медицинский центр трансфузиологии МЗ РК. Материал поступил в редакцию 05.11.12.

Түйін

Ж.Н. АЛИЕВА

2012 ЖЫЛДЫҢ 6 АЙЫ ІШІНДЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҚАН ҚЫЗМЕТІНІҢ
МОНИТОРИНГІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ
ҚР ДСМ Трансуфиология ғылыми-өндірістік орталығы трансфузиологии Астана қ.

Қан қызметінің жұмысындағы осал жақтарды атап өту қажет, олар: ИФТ (ИХЛА) әдісімен алынған донор қанының үлгілері скринингінің жабық типтегі автоматты анализаторлардағы үлесі 30% және ПЦР әдісімен алынған донор қанының жабық типтегі автоматты анализаторлардағы үлесі 74% құрады; медициналық ұйымдар бөлімшелерінің (кабинеттердің) штатпен жеткіліксіз қамтамасыз етілуі (15% бос орын).

Кілтті сөздер: мониторинг, Қазақстанның қан қызметі, трансфузиология медициналық ұйымдары.

Abstract

ZH. ALIYEV

SITUATIONAL ANALYSIS MONITORING OF BLOOD SERVICES OF KAZAKHSTAN FOR 6 MONTHS
IN 2012
Scientific center of transfusiology, Astana city

It should be noted the weaknesses in blood transfusion services: share of screening blood donations by ELISA (IHLA) for automatic analyzers closed-end was 30%, and PCR for automated analyzers closed-end was 74%, lower the staffing departments in transfusiology medical organizations.

Key words: monitoring, blood service in Kazakhstan, transfusiology in medical institutions.

УДК 615.1:616.211-002

К.С. БАРЛУБАЕВА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАЗОНЕКСА» ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

В статье отражены данные о применении препарата «Назонекс», который является эффективным и безопасным средством лечения упорно рецидивирующих круглогодичных и сезонных ринитов у взрослых. Перед его применением целесообразно очищать слизистую оболочку носа и назначать сосудосуживающие препараты.

Ключевые слова: препарат «Назонекс», аллергический ринит, рецидив, сосудосуживающие препараты.

Введение. Аллергический ринит обычно имеет хроническое течение и служит причиной головной боли, синуситов, снижения работоспособности и качества жизни. Тяжесть течения обусловлена степенью обструкции носовых ходов, так как эта обструкция трудно поддается лечению и лишь частично купируется антигистаминными и сосудосуживающими средствами. При таких ринитах не эффективны сосудосуживающие и антигистаминные препараты, а длительное их

применение может привести к атрофическим изменениям. Единственным средством профилактики и лечения обструктивных форм аллергических ринитов с хроническим персистирующим течением являются интраназальные кортикостероиды [1-3].

С целью изучения эффективности препарата назонекс (мометазона фураат), который выпускается в форме дозированного водного аэрозоля для интраназального применения, в одной дозе содержится 50 мкг активного препарата и нами было проведено наблюдение пациентов с установленным диагнозом аллергического ринита, которые получали его в течении 1 года.

Материалы и методы исследования: В наблюдении, оценка системной активности назонекса показала, что даже в дозах, многократно превышающих терапевтические, примененный интраназально или перорально (2-8 мг перорально) он не вызывал атрофии слизистой оболочки носа. Так, после назначения его больным с аллергическим ринитом в течение 12 месяцев по 200 мкг в сутки уменьшилась воспалительная инфильтрация до полного исчезновения и восстанавливалась нормальная структура слизистой, что доказывало его преимущество перед другими препаратами.

Клинические симптомы аллергических ринитов уменьшались. Эффект наблюдался уже через 7-12 час, а длительное применение (до 1 года) не уменьшало его противовоспалительного действия.

Аллергеном у больных была библиотечная пыль - 7 больных, шерсть кошки - у 6 больных, только на домашнюю пыль у 5 больных. Реакции на пыльцевые аллергены были отрицательны. У 6 больных ринит сочетался с конъюнктивитом. Все больные ранее лечились антигистаминными препаратами I и II поколения с недостаточным эффектом, все многократно принимали сосудосуживающие препараты, которые вызывали незначительный эффект. В течение 3 дней до лечения больные не принимали сосудосуживающих препаратов и 4 дня - 1 месяц - антигистаминных. Все больные поступали на первый прием в фазе обострения с жалобами на сильную заложенность носа и ринорею, с затруднением дыхания через нос - 12, умеренную заложенность, зуд в носу и ринорею - 9, дополнительно с приступами пароксимального чихания, особенно утром - 9. Проприетивность носовых ходов оценивали по высоте зоны запотевания хромированной пластины после резкого выдоха через нос. В норме проприетивность составляла - 4,3±0,2 см правого носового хода и 4,2±0,3 см - левого.

Назонекс назначали после очищения носовых ходов в виде спрея по 50 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки в течение 7 недель. Оценку результатов проводили врач и больной по следующей шкале: 0 - отсутствие симптомов, отлично; 1 - единичные, редкие и слабые симптомы, очень хорошо; 2 - хорошо, но есть единичные умеренные симптомы; 3 - симптомы ослабли, но многие сохранились, удовлетворительно; 4 - улучшение минимальное, плохо; 5 - отсутствие эффекта или ухудшение. Уже через неделю после применения назонекса отмечена тенденция к снижению общей симптоматики. При оценке клинических симптомов через 28 дней после лечения выявлено значительное улучшение состояния больных, чего не наблюдалось после ранее проводимого лечения другими препаратами в течение 2-4 лет.

У 12 больных симптомы исчезли полностью, у остальных - наблюдались слабые или единичные симптомы, иногда в одном носовом ходе. Уменьшение симптомов наблюдалась у всех больных, кроме одного (есть сомнения в постоянном приеме препарата). Исчезли выделения, чихание, зуд, заложенность носа, полностью или почти полностью восстановилась проприетивность носовых ходов. Эффективность лечения по оценке была отличной, очень хорошей и хорошей у 24 больных (80%), что совпадало с мнением больных кроме одного случая. Удовлетворительный эффект наблюдался у 5-ти больных по мнению врача и у 6-ти - по мнению пациентов (и родителей). Лечение оказалось неэффективным у одного больного, предположительно не соблюдавшего режим приема препарата.

Недостаточная эффективность назонекса у некоторых больных связана на наш взгляд с его быстрым смывом со слизистой выделяющимся секретом. Поэтому важно предварительное очищение носа, промывание слизистой оболочки, а также применение сосудосуживающих средств.

Вывод: Таким образом, назонекс является эффективным и безопасным средством лечения упорно рецидивирующих круглогодичных и сезонных ринитов у взрослых. Перед его применением целесообразно очищать слизистую оболочку носа и назначать сосудосуживающие препараты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. Опыт применения назонекса у больных аллергическим ринитом. Рос.ринология 1999; 1:53-6.
- 2 Новиков Д.К. Клиническая аллергология. Минск; 1991. – С. 14-16.

3 Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Опыт применения современных антигистаминных средств. Иммунопатология, аллергология, инфектология 2001; 2:56-63.

Городская поликлиника № 2, г.Астана. Материал поступил в редакцию 08.10.12.

Түйін

К.С. БАРЛУБАЕВА

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТ КЕЗІНДЕ НАЗОНЕКС ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

№ 2 қалалық емхана, Астана қ.

Назонекс дәрісі ересек адамдарды жыл бойы және мезгіл сайын қайталанатын риниттен емдеуде қолданылатын өте тиімді және қауіпсіз дәрілік құрал болып табылады. Оны қолдану алдында мұрынның сілемейлі қабығын тазарту және тамыртарылтқы дәрі-дәрмекті тағайындау қажет.

Кілтті сөздер: «Назонекс» препараты, аллергиялық ринит, рецидив, тамыртары препараттар.

Abstract

K. BARLUBAEVA

EXPERIENCE OF NAZONEX USING IN ALLERGIC RHINIT CASES

Municipal polyclinic № 2, Astana city

Nazonex is effective and safe means of treatment for recurrent hard year-round and seasonal rhinitis in adults. Prior to use, it is advisable to clean the nasal mucosa and assign vasoconstrictor drugs.

Key words: Nazonex, allergic rhinitis, relapse, vasoconstrictor drugs.

УДК 615.1:616.21-039.57-08

К. С. БАРЛУБАЕВА

ПРЕПАРАТ «СИНУПРЕТ» В АМБУЛАТОРНОЙ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

В статье описываются результаты лечения препаратом «Синупрет» в комплексном подходе беременным первого триместра, который показал эффективность, безопасность и хорошую переносимость в оториноларингологической практике.

Ключевые слова: препарат «Синупрет», беременные, отоларингология.

Введение: В последнее время значительно увеличился удельный вес тонзилитов в структуре оториноларингологической патологии, растет их частота и среди беременных женщин. При обострении хронического тонзиллита, развивающегося на фоне беременности, существует опасность не только для здоровья матери, но и ребенка. Поэтому особенно важно как можно раньше диагностировать и начать лечение этого заболевания. Частота спонтанного выздоровления при остром тонзиллите составляет около 50-70%, поэтому в большинстве случаев рекомендуют придерживаться выжидательной тактики (симптоматическое лечение без назначения антибиотиков). Одним из методов лечения риносинусита при беременности является по показаниям - типичная пункция верхнечелюстной пазухи, а также антибиотикотерапия. Что касается приема медикаментов, то многие из них противопоказаны при беременности. Для снятия отека слизистой и открытия выходного отверстия пазухи эффективно применяют назальные спреи и капли, которые содержат сосудосуживающие препараты (например, називин, отилин, фармазолин, для нос и пр.). Но беременным такие препараты противопоказаны. Положительные отзывы в лечении гайморита получил препарат синупрет, который разжижает содержимое пазух. Его выпускают как в каплях, так и в таблетках. Беременным подойдет второй вариант, поскольку капли содержат спирт [1-3]. Синупрет - комбинированный препарат растительного происхождения. Оказывает секретолитическое, противовоспалительное действие. Восстанавливает защитные свойства и уменьшает отек слизистой оболочки дыхательных путей. Способствует оттоку экссудата из придаточных пазух носа. Обладает иммуномодулирующей и противовирусной активностью.

Целью исследования явилось оценить эффективность препарата «Синупрет» у беременных в амбулаторных условиях за период 2010-2011 годы.

Материалы и методы: В нашей практике, за период 2010-2011 гг. у беременных в первом триместре с диагнозом острого риносинусита в комплексном лечении использовался Синупрет, дополнительно, препарат местно Аква Марис Спрей в течении 3 дней 5-6 раз в сутки.

Критерии включения в группу наблюдения: первый триместр беременности, заложенность носа, затрудненное дыхание через нос, нарастающие неприятные ощущения в области носа, головная боль повышение температуры до 38 градусов, болезненность при пальпации в проекции верхнечелюстного синуса, преимущественно односторонняя; начало симптомов на фоне перенесенной ОРВИ на 2-5 сутки, отсутствие активной патологии почек, дыхательных путей.

Под наблюдением находилось 12 беременных, у которых использовался комплексное лечение с препаратом Синупрет 2 драже 3 раза в сутки в течение 5 дней. Динамика симптомов риносинусита отслеживалась ежедневно. Результаты лечения показали, у 10 из 12 на 3 сутки нормализовалась температура, улучшилось носовое дыхание. На 5 сутки, объективно и субъективно пациентки чувствовали себя здоровыми. Двоим пациенткам в комплекс лечения был назначен Ровамицин по 3 млн. МЕ 2-3 раза в день (суточная доза 6-9 млн. МЕ) в таблетках, так как на 3 сутки сохранялась высокая температура, кашель, влажные хрипы в нижних отделах легких (аускультативно у терапевта), с эффектом выздоровления на 10сутки стационарного лечения.

Вывод: Таким образом, нами изучен в собственной практике назначения препараты Синупрет и Аква Марис в комплексном подходе беременным первого триместра с явлениями острого риносинусита, который показал эффективность, безопасность и хорошую переносимость.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бабияк В. И. Клиническая оториноларингология, 2005. - 850 с.
- 2 Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. - 2000. - 300 с.
- 3 Пискунов В.З. Лекарственные препараты в лор практике. - 2005. - 160 с.

ГККП «Городская поликлиника» № 1, г.Астана. Материал поступил в редакцию 08.10.12.

Түйін

К. БҰРЛЫБАЕВА

АМБУЛАТОРИЯ ОТОЛАРИНГОЛОГИЯСЫНДА СИНУПРЕТТИ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ
№ 1 қалалық емхана, Астана қ.

Біз өз практикасымызда жүктілігі бірінші үш ай кезеңіндегі әйелдерге Синупрет және Аква Марис дәрілерін тағайындау тәжірибесі зерттедік, оның нәтижесі осы дәрілердің тиімдігін, қауіпсіздігін және жүкті әйелдердің оларды жақсы көтере алатындығын көрсетті.

Кілтті сөздер: «синупрет» дәрісі, жүкті әйелдер, отоларингология.

Abstract

K.S. BARLUBAYEVA

SINUPRET IN THE OUTPATIENT OTOLARYNGOLOGY
Municipal polyclinic №1, Astana city

We have studied prescribing practices of Sinupret and Aqua Maris. At integrated approach the first trimester of pregnancy, they showed efficacy, safety and tolerability.

Keywords: Sinupret, pregnant, otolaryngology.

УДК 615.33-023.237:616-039.5-08

К. С. БАРЛУБАЕВА

АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОСТРОГО СИНУСИТА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Проведенный анализ антибиотикотерапии острого синусита в амбулаторных условиях, показал, что наиболее часто применяются ампициллин и амоксициллин, которые демонстрируют эффективность на уровне 77-80%, что, по-видимому, отражает преобладание чувствительной к ним микрофлоры в генезе острого бактериального синусита.

Ключевые слова: острый синусит, антибиотикотерапия, амбулаторно-поликлинический этап.

Введение. Острый синусит является распространенным инфекционным заболеванием верхних дыхательных путей. Известно, что это заболевание чревато орбитальными и мозговыми осложнениями, но, пожалуй, большее значение с точки зрения частоты встречаемости имеет то, что при неадекватном лечении синусит может принимать хроническую форму с обострениями, снижающую работоспособность, способствующую возникновению и прогрессированию бронхиальной астмы, а также влияющую на иммунную систему [1,2]. Лечение этого заболевания, как правило, эмпирическое и базируется на знании преобладающей при болезни микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам [3].

Основными бактериальными возбудителями острого синусита являются пневмококк, гемофильная палочка, реже выделяют моракселлу, стафилококки и анаэробные бактерии [1]. *Pneumococcus spp.* чувствительны к бета-лактамам (пенициллинам, цефалоспорином), азалидам (азитромицину), макролидам (эритромицину, мидекамицину и др.), тетрациклином. Значительно меньшей антипневмококковой активностью обладают фторхинолоны (ципрофлоксацин). В последнее время активно обсуждается проблема так называемых пенициллинорезистентных пневмококков. Обнаружено, что частота резистентности этих микроорганизмов к пенициллинам в разных странах колеблется от 10 до 80%. Следует учесть, что увеличилась частота резистентности пневмококков к макролидным

Таким образом, мы, в практике сталкиваемся с проблемой выбора антибиотика в условиях, когда провести качественный бактериологический анализ невозможно. Учитывая основные патогены, фигурирующие в этиологии острого синусита, можно выделить следующие группы препаратов, перспективные для использования: бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины), азалиды, макролиды и современные фторхинолоны [1].

Целью исследования явился анализ частоты назначения антибиотикотерапии при остром синусите в поликлинике № 2 города Астаны за период 2011 года.

Материалы и методы: Мужчин было 144, женщин - 106. Средний возраст пациентов - 42,7 лет. Сопутствующие заболевания имели 53 (21,2%) человек. Госпитализированы в процессе лечения 21 человек (8,2% общего числа больных). В подавляющем большинстве случаев была использована монотерапия - у 234 из 250 больных.

Чаще других из группы пенициллинов назначались ампициллина тригидрат и амоксициллин, обладающие одинаковым спектром действия, а потому рассматриваемые нами в совокупности. Из группы в 25 человек, у которых лечение ампициллином или амоксициллином было безрезультатным, 21 больной был госпитализирован, а остальным произведена смена антибиотика, и лечение продолжено амбулаторно. Примечательно, что для продолжения лечения большинству этих пациентов был назначен ципрофлоксацин, высокоактивный в отношении грамотрицательных бактерий (8 больных). Показатель выздоровления в этом случае применения фторхинолонов был выше, чем при первичном их применении: он составил 87,5% по сравнению с 73,5%. Возможно подобный результат может свидетельствовать о преобладании у этих больных грамотрицательной флоры, устойчивой к аминопенициллинам.

Второе место после бета-лактамов занимают макролидные препараты. Больше число назначений пришлось на эритромицин, несколько реже применялись мидекамицин и спирамицин, эффективность которых оказалась выше почти на 20%. Явно низкий эффект эритромицина обусловлен, предположительно, не только его сниженной противомикробной активностью в отношении ряда актуальных возбудителей синусита, в частности гемофильной палочки, но и недостаточным всасыванием его в системе органов пищеварения.

Третье место по частоте назначений занимал ципрофлоксацин, эффективность которого уступала таковой амоксициллина, его комбинации с клавулановой кислотой (ко-амоксиклав) и современных макролидов. Анализ полученных данных заставляет предполагать сниженную антипневмококковую активность ципрофлоксацина основной причиной подобной ситуации.

Низкую результативность - на уровне 50% - продемонстрировали триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол) и доксициклин. Как известно, оба этих противомикробных средства довольно быстро приводят к формированию микробной резистентности, чем, по-видимому, и объясняются эти показатели.

Результаты и обсуждения. Суммарно монотерапия оказалась неэффективной в 13,6% случаев. Не помогает и комбинированное лечение, если оно проводится с несоблюдением правил сочетания антибиотиков. Еще одним примером бесперспективного комбинирования следует признать сочетание ципрофлоксацин + ко-тримоксазол, не увеличивающего процент выздоровления по сравнению с монотерапией фторхинолоном.

Расчет показателя стоимость/эффективность, проведенный по результатам, показал, что наименее затратным является лечение ампициллином и амоксициллином.

Заключение. Проведенный анализ антибиотикотерапии острого синусита, в амбулаторных условиях, показал, что наиболее часто в поликлинических условиях применяются ампициллин и амоксициллин, которые демонстрируют эффективность на уровне 77-80%, что, по-видимому, отражает преобладание чувствительной к ним микрофлоры в генезе острого бактериального синусита; небольшая доля в назначениях приходится на более эффективные средства лечения - защищенные пенициллины и современные макролиды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дергачева В.С., Кочетков П.А., Бондарева В.Ю. (1999) Лечение острого гнойного гайморозтмоидита. Консилиум, 7(10): 23–24.

2 Снегирев Ф.Г. (2007) Сердце европейской фитотерапии. На переднем фланге синтеза естественных и точных наук с инновационной индустрией. Ежедневник АПТЕКА, 609(38) (<http://www.apteka.ua/article/5420>).

3 Тарасова Г.Д. (2000) Секретолитическое лечение при воспалении дыхательных путей в детском возрасте. Лечащий врач, 1: 35–37.

ГККП «Городская поликлиника» № 2, г.Астана. Материал поступил в редакцию 08.10.12.

Түйін

К. БҰРЛЫБАЕВА

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ КЕЗЕҢДЕ ЖІТІ СИНУСИТТІҢ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯСЫН ТАЛДАУ

«№ 2 Қалалық емхана» МКҚК, Астана қ.

Амбулатория жағдайында жіті синуситтің антибиотикотерапиясына жасалған талдау емханалық жағдайда ең жиі ампициллин мен амоксициллин қолданылатынын, бұл дәрілер 77-80% деңгейде тиімді болатынын көрсетті, осыған қарағанда жіті бактериялық синуситтің генезіндегі микрофлораға олардың әсері басым болатыны анық.

Кілтті сөздер: жіті синусит, антибиотиктермен емдеу, амбулатория жағдайында.

Abstract

K. BARLUBAYEVA

ANTIBIOTIC TREATMENT OF ACUTE SINUSITIS ANALYSIS ON STAGE THE OUTPATIENT

Municipal polyclinic № 2, Astana

The analysis of antibiotic treatment of acute sinusitis in an outpatient, showed that the most frequently used are ampicillin and amoxicillin, which demonstrate the efficiency at 77-80%, which seems to reflect the prevalence of sensitivity to them microflora in the genesis of acute bacterial sinusitis.

Keywords: acute sinusitis, antibiotic therapy, outpatient stage.

УДК 616.23.1.7

З.В. ДАНИЛОВА

МОНИТОРИНГ МИКРОЦИРКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА

В статье описывается прямое неинвазивное измерение характеристик микроциркуляторного кровотока, которое обеспечивает врача объективной информацией, обладающей диагностической и прогностической значимостью в оценке гомеостаза и эффективности проводимых лечебных и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: мониторинг, микроциркуляторный кровоток, гомеостаз, прогностическая значимость.

Введение. В настоящий момент современные технологии создали возможности для непрерывного наблюдения за состоянием витальных функций организма, что существенно способствует благополучному исходу. Не менее важно, что современные технологии позволяют сколь угодно часто оценивать состояние кровотока в различных регионах сосудистого русла [1].

Однако все это справедливо до тех пор, пока речь не заходит об оценке микроциркуляторного кровотока.

Критический анализ применяемых сегодня технологий показывает, что их использование во многом определяется сложившейся практикой. И при этом практически не учитывается большая степень врачебной субъективности в оценке результатов и высокая величина ошибки получаемых данных [2].

Последнее, кстати, обусловлено как самими методиками измерения, требующих мануального навыка оператора, так и представлением результатов в виде показателей (индексов и т.п.), получаемых на основе ряда допущений о количестве, форме и других характеристиках капилляров, а также последующего введения в расчет нескольких измерений и /или уже рассчитанных параметров. Сложившаяся практика как «причина-следствие» нездорового в данном случае консерватизма определяет медленное развитие технологий диагностики микроциркуляторного кровотока. Тем не менее, разработанная недавно технология компьютерной капилляроскопии представляется в значительной степени адекватной потребностям современной клиники [3].

Этот не инвазивный метод исследования основан на высокочастотной визуализации капиллярного кровотока с помощью оптики высокого разрешения, позволяющих выполнить измерения плотности капиллярной сети, размеров различных отделов капилляра и перикапиллярной зоны, линейных и объемных скоростей микроциркуляторного кровотока, количества «светлых» включений (лейкоцитарно-тромбоцитарных агрегатов) и других показателей, а затем на основе компьютерной обработки изображения представить их результаты собственно в единицах СИ.

Таким образом, объективность исследования существенно усиливается. Также этому способствует система первичной оценки данных - подсказка для врача, реализованная в программном обеспечении.

Цель исследования. Изучить и освоить возможности мониторинга микроциркулярного кровотока во время проведения оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Было произведено исследование микроциркуляторного кровотока у 56 пациентов (34 мужчины и 22 женщины в возрасте от 24 до 61 года) во время проведения оперативных вмешательств на органах брюшной полости методом компьютерной капилляроскопии.

Результаты и обсуждение. Мониторинг микроциркуляторного кровотока во время обширных оперативных вмешательств продемонстрировал высокую лабильность этого звена сосудистого русла и ответ на каждое действие хирурга или анестезиолога. В 55 случаях (98,2%) было отмечено изменение микроциркулярного кровотока.

Важно, что, не смотря на удовлетворительные значения показателей центральной гемодинамики и внешнего дыхания в конце операции, именно состояние центрального кровотока в 89,3% случаев определяло характер протекания раннего послеоперационного периода.

Ожидаемым результатом стал факт того, что у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии динамика показателей микроциркуляции у 51 пациента (91,1%) явилась диагностическим и прогностическим критерием адекватности и результативности проводимых мероприятий.

При этом, данные получаемые методом капилляроскопии, самым тесным образом в подавляющем большинстве случаев - 96,4%, коррелировали с показателями тканевого дыхания

(например, концентрация лактата) и системы свертывания крови, т.е. отражали продолжительность стрессового состояния пациента.

Капилляроскопический мониторинг способствовал объективизации результатов и уточнению мероприятий по профилактике ТГВ и ТЭЛА, терапии у пациентов с ХВН или диабетической микроангиопатией (в 2 случаях).

Полученные данные показали, что микроциркуляторная картина имеет различия в пределах стадий классификации тяжести этих заболеваний. Закономерным следствием становится формирование комплекса критериев для своевременного и адекватного подбора средств профилактики тромбообразования. В отношении последних следует отметить, что капилляроскопические исследования в режиме мониторинга позволили однозначно определить эффективности или не эффективности различных средств и методов тромбопрофилактики и их сочетаний в 100% случаев.

Выводы. Таким образом, мониторинг микроциркуляторного кровотока является важным инструментом в терапии пациентов с различной патологией. Прямое неинвазивное измерение характеристик микроциркуляторного кровотока обеспечивает врача объективной информацией, обладающей диагностической и прогностической значимостью в оценке гомеостаза и эффективности проводимых лечебных и профилактических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лысенков С.П., Мясникова В.В. Анестезиология и реанимация./Руководство для врачей. – С-Пб., 2006. – 364 с.
- 2 Зильбер А.П. Анестезиологическое обеспечение респираторной медицины//Ак. пробл. МКС. – 2005. – Вып. 9. – С. 3-4.
- 3 Козлов И.А. Хубутия И.Ю. Вестник интенсивной терапии. – 2009. - №1-2. – С. 26.27.

ГКП на ПХВ «Областная больница» г. Петропавловск. Материал поступил в редакцию 20.09.12.

Түйін

З.В. ДАНИЛОВА

МИКРОЦИРКУЛЯРЛЫҚ ҚАНАҒЫМЫНЫҢ МОНИТОРИНГІ
«Областық аурухана» ШЖҚ МКК, Петропавловск қ.

Микроциркулярлық қанағымының мониторингі түрлі патологиясы бар науқастарды емдеуде маңызды рөл атқарады. Микроциркулярлық қанағымының параметрлерін инвазивті емес тәсілмен тікелей өлшеу гомеостазды және қолданылып жатқан ем мен профилактика шараларының тиімділігін бағалауда диагностикалау әрі болжамдау мәні бар анық ақпаратпен дәрігерді қамтамасыз етеді.

Кілтті сөздер: мониторинг, микроциркуляторлық қанағымы, гомеостаз, болжамды маңызы.

Abstract

Z.V.DANILOVA

MONITORING OF THE MICROCIRCULAR BLOOD-GROOVE
Petropavlovsk regional hospital

Monitoring of a microcircular blood stream is the important tool in therapy of patients with various pathologies. Direct noninvasive measurement of characteristics of a microcircular blood stream provides the doctor with the objective information possessing the diagnostic and prognostic importance in an assessment of a homeostasis and efficiency of carried-out medical and preventive actions.

Keywords: monitoring, microcirculator blood stream, homeostas, prognostic value.

УДК 611.441:612.63(045)

Э.Ж. ЖАНАБЕРГЕНОВА

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье описывается ранняя диагностика и коррекция тиреоидной дисфункции во время беременности, что способствует профилактике осложнений беременности и предотвратят развитие патологии у потомства. Повышенные титры антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции могут являться фактором риска возникновения гестационной тиреоидной дисфункции, послеродового тиреоидита.

Ключевые слова: щитовидная железа, фактор риска, послеродовый тиреоидит, беременность.

Введение. Возникающие функциональные изменения ЩЖ (гипо- и гипертиреоз) неблагоприятно влияют на течение беременности. Неадекватное лечение материнского гипотиреоза может привести к различного рода осложнениям беременности: анемии, преэклампсии, отслойке плаценты, послеродовым кровотечениям и нарушениям функции сердечно-сосудистой системы [1,2,]. При тиреотоксикозе во время беременности имеется риск выкидыша, низкой массы тела плода, пороков развития [3, 4]. В литературе приводятся данные о том, что беременность вызывает обострение аутоиммунных заболеваний ЩЖ; могут возникать во время беременности так называемые гестационный тиреотоксикоз и гестационный гипотиреоз, которые неблагоприятно влияют на беременность [3,5,6].

Целью исследования явилось выявление дисфункции ЩЖ у беременных женщин с увеличенной ЩЖ на ранних сроках беременности, динамическое наблюдение и коррекция выявленных нарушений, выработка тактики ведения беременных с дисфункцией ЩЖ.

Материал и методы. Проведено комплексное исследование 32 беременных женщин с увеличением ЩЖ в возрасте 27-42 лет. У 21 (65.6%) беременных женщин аутоиммунный тиреоидит (АТ) был выявлен до беременности, у 10 (31.3%) – во время беременности, у 11 (34.4%) пациенток наблюдали увеличение ЩЖ без нарушения функции. Контрольную группу составили 12 здоровых беременных женщин. Для постановки и подтверждения диагноза аутоиммунного тиреоидита проводили ультразвуковое исследование ЩЖ, определение титра антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции. Тиреоидный статус оценивали путем определения базальных уровней тиреоидных (ТТ) и тиреотропного гормонов (ТТГ), а также путем клинических методов обследования: изучения анамнеза, осмотра и пальпации ЩЖ, оценки клинической симптоматики. Из 21 беременной женщины с АТ гипотиреоидную стадию наблюдали у 13 (62%), гипертиреоидную - у 8 (38%).

Изучали наследственность по аутоиммунным эндокринным заболеваниям, гинекологический и акушерский анамнез. Все исследования проводили в I, II, III триместрах беременности. Тиреоидный статус и титр антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции оценивали на 5-6-й день после родов у матерей и на 5-6-й день жизни новорожденных. Ультразвуковое исследование проводили при помощи аппарата «АЛОКА». Результаты обрабатывали методом вариационной статистики и считали достоверными, если $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Из 32 беременных женщин с увеличенной ЩЖ у 21 (65.6%) пациентки диагностирован АТ с гипер- и гиподисфункцией, у 11 (34.4%) - увеличение ЩЖ без нарушения функции. У женщин с АТ изучали наследственность: тиреоидная дисфункция определена у 9 (28%) матерей обследуемых пациенток, у 12 (37,5%) бабушек, у 3 (9,4%) родственников по женской линии. У 8 (25%) пациенток родственники болели: сахарным диабетом первого типа (2 случая), сахарным диабетом второго типа (5), полиартритом (1). У 11(34,4%) пациенток АТ был выявлен до беременности; им проводили лечение по месту жительства продолжительностью 1-5 лет. При наступлении беременности женщины самостоятельно прекращали лечение. У 10 (31,3%) женщин АТ был диагностирован при настоящей беременности, но он мог существовать и ранее, протекая бессимптомно.

Результаты изучения гинекологического и акушерского анамнеза у всех обследуемых пациенток показали, что 5 (15,6%) женщин страдали вторичным бесплодием (2-5 лет), у 4 (12,5) женщин в анамнезе была антенатальная гибель плода, у 17 (53,1%) – выкидыши на раннем сроке беременности, у 3 (9,4%) - выкидыши на позднем сроке беременности.

При клиническом обследовании у 11 (34,4%) беременных женщин отмечали диффузное увеличение ЩЖ II-III степени, при этом железа была мягкой и эластичной. УЗИ ЩЖ показало увеличение ее размера и объема, структура не была изменена; гормональные и клинические показатели свидетельствовали об эутиреозе. У 21 (62,6%) пациентки ЩЖ при пальпации была плотной, бугристой: II степень увеличения отмечали у 2 (6,3%) женщин, II-III степень - у 18 (56,3%) женщин, III-IV степень - у 1 (3,2%) пациентки. При УЗИ ЩЖ обнаружены признаки АТ. При сравнении данных УЗИ ЩЖ в динамике беременности (I и III триместры) изменений в ее структуре обнаружено не было. Симптоматику гипотиреоза отмечали у 13 (40,6%) пациенток, гипертиреоза - у 8 (25%).

Обследуемые были распределены по группам: 1-я группа -беременные с увеличенной ЩЖ без нарушения функции (n=11), 2-я - беременные с АТ и гипотиреозом (n=13), 3-я группа - беременные с АТ и гипертиреозом (n=8). В 1-й группе женщин без АТ с эутиреоидным увеличением ЩЖ гормональные показатели не отличались от показателей в контрольной группе, повышенных титров антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции не обнаружено во всех триместрах беременности. Во 2-й группе беременных с АТ и гипотиреозом показатели ТГ в I триместре статистически достоверно были снижены по сравнению с контролем в 2,3 раза ($p<0.05$); уровень ТТГ статистически достоверно был повышен 3,4 раза. Титр антител к ТГ и микросомальной фракции был повышен по сравнению с контролем в 4 раза и имел тенденцию к снижению в ходе лечения в динамике беременности. В 3-й группе беременных женщин с АТ и гипертиреозом отмечено достоверное повышение уровня ТГ в I триместре беременности в 2,7 раза, понижение уровня ТТГ в 4,1 раза по сравнению с контролем. Проведенное лечение привело к нормализации параметров ТГ и ТТГ, уже во II и III триместрах беременности они не отличались от контроля ($p<0.05$).

Всем беременным женщинам с АТ была проведена терапия тиреоидными препаратами (L-тироксин, тиреоксб, тиреотом, трийод-тиронин) по индивидуально подобранной схеме. При гипертиреоидной форме АТ назначали (b-адреноблокаторы, препараты валерианы. Беременность у обследуемых женщин протекала гладко, роды происходили в срок и без осложнений.

Как показали проведенные исследования, у беременных женщин с увеличенной ЩЖ в 65,6% случаев была выявлена тиреоидная дисфункция; гиподисфункция ЩЖ – в 40,6% и гиперфункция - в 25%, лабораторно и инструментально подтвержден АТ. Ранняя диагностика и адекватное лечение вызвали улучшение общего состояния, исчезновение жалоб и клинических проявлений тиреоидной дисфункции, а также нормализацию тиреоидного статуса, уменьшение титра антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции. В то же время не было отмечено какой-либо положительной динамики при УЗИ в динамике беременности и лечения.

Существующие данные литературы [4,5] свидетельствуют о том, что состояние иммунной супрессии во время беременности способствует как обострению имеющихся аутоиммунных заболеваний ЩЖ, так и возникновению их. Авторы отмечают, что у женщин с генетической предрасположенностью к аутоиммунной тиреоидной патологии беременность является фактором, провоцирующим дисфункцию [4, 5].

Исследования позволили предположить, что АТ не вредит репродуктивной функции, но изменение функционального состояния ЩЖ вследствие АТ может оказывать неблагоприятное воздействие на развитие плода и течение беременности. Имеющийся отягощенный акушерский анамнез у наших больных (выкидыши, неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода) позволяют предположить роль тиреоидной дисфункции в генезе акушерской патологии.

Коррекция тиреоидного статуса и поддержание его на нормальном уровне в течение беременности способствовали нормализации функционального состояния ЩЖ и, возможно, положительно повлияли на течение беременности и родоразрешение.

На основании данного исследования можно рекомендовать всем беременным женщинам с увеличенной ЩЖ исследование функционального ЩЖ (тиреоидный статус); женщинам с плотной, бугристой железой после УЗИ показано определение титра антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции.

Обнаружение в крови этих женщин повышенного титра антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции свидетельствует о возможном развитии гестационного гипогипертиреоза, а также послеродового тиреоидита.

Таким образом, ранняя диагностика и коррекция тиреоидной дисфункции во время беременности будут способствовать профилактике осложнений беременности и предотвратят развитие патологии у потомства.

Выводы Беременным женщинам с увеличенной ЩЖ рекомендовано исследовать функцию ЩЖ: тиреоидный статус, УЗИ ЩЖ и по показаниям - титры антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции.

Повышенные титры антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции могут являться фактором риска возникновения гестационной тиреоидной дисфункции, послеродового тиреоидита.

Ранняя диагностика и коррекция тиреоидной дисфункции на ранних сроках беременности способствуют нормализации тиреоидного статуса, уменьшению антител, что, возможно, благоприятно влияет на течение беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Volpe R. Autoimmunity 1992; 13: 1-3.
- 2 Glinoe D., Lemone M.J. Clin Endocrinol Metabol 1990; 71: 270-6.
- 3 Раскин А.М. Аутоиммунный тиреоидит и аутоиммунные процессы при заболеваниях щитовидной железы. Дис. ...д-ра мед. наук, 1970.
- 4 Yoshimura M., Pekary A., Pang X. EurJEndocrinol 1994; 130: 87-92.
- 5 Amino N., Nishi K., Nakatani K. Clin Chem 1983; 29:319-21.
- 6 Kimura M., Amino N., Tamaki H., Clin Endocrinol 1993; 38:342-5.
- 7 Tomer Y., Davies T.F. Baillieres Clin Endocrinol Metabol 1995; 9:41-7.
- 8 Parkey A., Jackson I. Clin Endocrinol Metabol 1993; 76: 65-70.

Астана, ННЦМД. Материал поступил в редакцию 14.10.12.

Түйін

Э.Ж. ЖАНАБЕРГЕНОВА

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ҚАЛҚАНШАБЕЗ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ӨЗГЕРУІ
АБҰҒО, Астана

Жүктілік кезінде тиреоид дисфункциясын ерте диагностикалау мен түзету жүктілік асқынуларының алдын алуға және нәрестеде патология дамуын болдырмауға әсерін тигізеді. Тиреоглобулин мен микросомалық фракцияларға антиденелердің көтеріңкі титрлері гестациялық тиреоидтің дисфункциясының және босанудан кейін тиреоидиттің пайда болуы қауіп-қатерінің факторы болуы мүмкін.

Кілтті сөздер: қалқанша без, қауіп-қатер факторы, босанудан кейінгі тиреоидит, жүктілік.

Abstract

E.Z. ZHANABERGENOVA

FUNCTIONS OF THE THYROID GLAND IN PREGNANT WOMEN
NRCMC, Astana city

The raised caption of antibodies to thyreoglobulini and macrosomal fractions can be risk factor of occurrence gestational thyreoid dysfunctions, postnatal hyreoiditis. Early diagnostics and correction thyreoid to dysfunction on early terms of pregnancy promote normalization thyreoid the status, to reduction of antibodies that, the pas a pregnancy current probably, favorably influences.

Keywords: thyroid, a risk factor, postpartum thyroiditis, pregnancy.

УДК 578.232:612.63.025(045)

А.А. ИГЛИКОВ, Л.М. БИДАЙБАЕВА, Э.Ж. ЖАНАБЕРГЕНОВА, Е.Т. КАРЖИБАЕВ

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА НА БЕРЕМЕННОСТЬ

В статье описаны признаки специфичны для внутриутробного инфицирования плода признаки, определяемые при ультразвуковом сканировании: изменения структуры плаценты (отек, варикоз сосудов, наличие гиперэхогенных включений, контрастирование базальной пластины) и расширение чашечно-лоханочной системы почек плода.

Ключевые слова: инфекционный процесс, беременность, система почек плода, структура плаценты.

Введение. Инфекция во время беременности является одной из наиболее важных проблем современного акушерства. Частота его колеблется от 6 до 53% [1]. В структуре перинатальной смертности внутриутробная инфекция составляет от 2 до 65,6% [2,3]. В последнее десятилетие отмечено широкое распространение заболеваний. Микробная колонизация и нарушения биоценоза могут явиться начальным этапом инфекционного процесса и оказать неблагоприятное воздействие на течение беременности и состояние плода [4,5,6].

Целью исследования явилось оценить влияния внутриутробного инфицирования плода на течение беременности и родов, состояние новорожденных.

Материал и методы. Обследовано 335 женщин, которые разделены на три группы (две основные и контрольную). Средний возраст женщин составил $25 \pm 0,93$ года. По паритету беременности и родов группы были сопоставимы.

В 1-ю основную группу вошли 145 беременных, составляющих группу риска в отношении внутриутробного инфицирования плода на основании данных анамнеза и особенностей течения беременности. Учитывалось наличие у женщин хронического тонзиллита и пиелонефрита, хронических неспецифических заболеваний легких, частых острых респираторных вирусных инфекций, воспалительных заболеваний матки и придатков, эрозии шейки матки, случаев самопроизвольного прерывания предыдущих беременностей и заболеваний, передаваемых половым путем, неразвивающейся беременности. Настоящая беременность у данной группы женщин протекала с угрозой прерывания, обострениями хронического пиелонефрита, ОРВИ, выявлены кольпиты и многоводие. Все женщины этой группы были обследованы и им проведено соответствующее лечение инфекционных заболеваний.

Во 2-ю основную группу вошли 100 беременных с угрозой развития внутриутробной инфекции, но не обследованные.

Контрольную группу составили 90 здоровых женщин, отсутствием каких-либо инфекционных заболеваний, с не осложненным течением беременности и родов, родившие здоровых детей.

Всем женщинам 1-й (основной) группы проведено ультразвуковое сканирование для оценки состояния плода, определения структуры плаценты и количества околоплодных вод, доплерометрия, кардиотокография и оценка биофизического профиля плода; исследованы соскобы из цервикального канала для идентификации наиболее часто встречающихся возбудителей (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, вирус простого герпеса типов 1 и 2, цитомегаловирус) методом полимеразной цепной реакции. У 70 беременных произведен бактериальный посев содержимого влагалища. У 40 женщин исследована сыворотка крови методом иммуноферментного анализа для определения антител (IgM, IgG) к токсоплазме. У всех 145 беременных 1-й основной группы после родов проведено гистологическое исследование плаценты, пуповины и плодных оболочек.

Результаты и обсуждение. По сравнению с контрольной группой у беременных 1-й и 2-й основных групп значительно чаще был отягощен соматический и акушерско-гинекологический анамнез, отмечено осложненное течение предыдущих беременностей и родов.

Среди сопутствующих заболеваний преобладали: хронический тонзиллит (соответственно у 26,8 и 22%), хронический пиелонефрит (у 19,3 и 16%), хронические неспецифические заболевания легких (у 16,5 и 6%), частые ОРВИ (у 29 и 19%). В контрольной группе зарегистрированы единичные случаи подобных заболеваний.

Данная беременность у женщин первых двух групп протекала с явлениями угрозы прерывания в 3 раза чаще, чем в контрольной группе, в 2,5 раза чаще наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, в 5 раз чаще встречались острые респираторные вирусные и другие инфекционные заболевания.

По данным ультразвукового исследования, у беременных 1-й и 2-й групп значительно чаще, чем в контрольной, встречались задержка развития плода (у 22,7 и 9%), низкая плацентация (у 7,6 и 12%), расширение чашечно-лоханочной системы почек плода (у 13,1 и 7%), нарушения структуры плаценты в виде отека (у 20 и 8%), варикоза сосудов (у 64,2 и 38%), наличия гиперэхогенных включений в плаценте (у 60,6 и 34%), контрастирования базальной пластины (у 6,9 и 1%) и признаки фетоплацентарной недостаточности по данным оценки биофизического профиля плода и кардиотокографии. В контрольной группе подобные изменения в плаценте отмечены в единичных наблюдениях.

У всех обследованных женщин данная беременность завершилась родами. У женщин первых двух групп роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод (у 18 и 29% соответственно), протекали на фоне хориоамнионита (у 0,7 и 4%), у каждой пятой женщины имела место аномальная родовая деятельность (у 19,3 и 24% - слабость родовой деятельности; нередкими были преждевременные роды (у 8,9 и 20%).

В контрольной группе подобные осложнения не встречались. При гистологическом исследовании плацент данных женщин отмечены следующие изменения: хорио-амнионит серозный и гнойный - у 30 и 33,3% соответственно, децидуит серозный и гнойный - у 24,6 и 18%, задержка созревания ворсин хориона - у 26,6%, фиброз стромы - у 4,6%, полнокровие сосудов ворсин хориона и пуповины - у 35%, наличие кальцификатов и мелкоочаговых кровоизлияний в плацентарной ткани - у 2,0%, ишемические инфаркты и серозно-гнойный интервиллузит - у 5,3%.

Выводы: Основными факторами риска внутриутробного инфицирования плода являются урогенитальные инфекции у матери, хронические очаги инфекции в организме женщины, их обострение во время беременности, инфекционные заболевания в период гестации (перенесенные ОРВИ во второй половине беременности). Для внутриутробного инфицирования плода наиболее характерны угроза прерывания беременности, многоводие, наличие фетоплацентарной недостаточности, задержка внутриутробного развития плода. Специфичными для внутриутробного инфицирования плода являются признаки, определяемые при ультразвуковом сканировании: изменения структуры плаценты (отек, варикоз сосудов, наличие гиперэхогенных включений, контрастирование базальной пластины) и расширение чашечно-лоханочной системы почек плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Быстрицкая Т.С., Вестн рос.ассоц.акуш-гин. //Хронические очаги инфекции у беременных. - 2006. - № 4. – С. 19-21.
- 2 Дурова А.А., Смирнова В.С. Акуш и гин., Профилактика неонатального сепсиса., 2005. - № 6. – С. 9-12.
- 3 Павлова Е.В. Клинико-диагностические критерии внутриутробного и раннего неонатального инфицирования: Дис. к.м.н. М. 2007.
- 4 Радзинский В.Е., Вестн рос ассоц акуш-гин., Роль неспецифических воспалительных заболеваний во время беременности., 2006. - № 4. – С. 105-142.
- 5 Andrews E.B., Jankaskas B.C et al. Obstet Gynec 2002; 79: 7-13.
- 6 Beck T., Bahlmann E., Weikel W. Z Geburtshilfe Perinatal med. 2003; 197: 3: 129-134.

Астана, ННЦМД. Материал поступил в редакцию 22.11.12.

Түйін

А.А. ИГЛКОВ, Л.М. БИДАЙБАЕВА, Э.Ж. ЖАҢАБЕРГЕНОВА, Е.Т. ҚАРЖЫБАЕВ

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ПРОЦЕСТІҢ ЖҮКТІЛІККЕ ӘСЕРІ
АБҰҒО, Астана

Нәрестенің құрсақ ішінде инфекцияланғанына тән белгілер ультра-дыбыстық сканерлеу кезінде анықталады, олар: бала жолдасы құрылымының өзгеруі (ісік, тамырлар варикозы, гиперэхоген қосындыларының пайда болуы, негізгі пластинаның қарама-қарсылығы) және бала бүйректерінің табақша - түбекшелері жүйесінің кеңеюі.

Кілтті сөздер: инфекциялық процесс, жүктілік, нәресте бүйректерінің жүйесі, бала жолдасының құрылымы.

Abstract

A.A. IGLIKOV, L.M. BIDAYBAEVA, E.Z. ZHANABERGENOVA, E.T. KARZHIBAEV

INFLUENCE OF INFECTIOUS PROCESS ON THE PREGNANCY
NRCMC, Astana

Article is devoted studying of influence of a pre-natal infection of a fetus on a current of pregnancy and sorts, a condition of newborns. To a prenatal infection of a fetus the signs defined at ultrasonic scanning are specific: changes of structure of a placenta (a hypostasis, varicose vessels, presence of hyperechoic inclusions, contrast basal plates) and expansion of pyelocaliceal fetal renal system.

Keywords: infectious process, pregnancy, fetal renal system, structure of the placenta.

УДК 612.63:616.24-008.4(045)

А.А. ИГЛИКОВ

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В статье описано проведение алгоритма по ведению беременных женщин с заболеваниями ОРВИ и гриппа, что позволило за счет своевременного выявления заболевания и начала адекватной терапии снизить частоту осложнений со стороны матери и плода, а так же повысить количество благоприятных исходов беременности.

Ключевые слова: течение беременности, респираторные заболевания, алгоритм ведения беременных женщин, плод.

Введение. Известно, что чувствительность и восприимчивость беременных женщин к инфекционным заболеваниям повышена, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы болезни [1,2]. Частота встречаемости пневмонии составляет до 1:700 беременных [3]. Пневмонии составляют 4–5% всех случаев госпитализации беременных по поводу экстрагенитальной патологии и являются наиболее частой причиной материнской смертности от экстрагенитальных инфекций [4,5]. Спектр микроорганизмов, вызывающий пневмонию во время беременности, не отличается от такового вне беременности [6,7].

Половина респираторных заболеваний имеет вирусно-бактериальную этиологию. В четверти случаев возбудитель не выявляется. Лечение пневмонии у беременных предусматривает раннее назначение антибактериальных препаратов, обязательная госпитализация даже при легком течении заболевания [8-10].

Цель исследования – разработать алгоритм тактики ведения беременных, заболевших ОРВИ в разные периоды гестации. Алгоритм разработан с учетом ежедневного наблюдения акушерами-гинекологами, пульмонологами; регулярного контроля биофизического профиля плода; контроля своевременного начатого лечения необходимыми препаратами; своевременности госпитализации по показаниям в профильные и/или реанимационные отделения; постоянного совместного наблюдения акушеров-гинекологов, пульмонологов, реаниматологов. Алгоритм разработан с учетом сроков гестации для определения акушерской тактики.

Материалы и методы: Обследовались 120 беременных в период. Из них 59 беременных (I группа) до разработки и внедрения алгоритма и 610 беременных (II группа) — после внедрения алгоритма.

Результаты и обсуждение. В I группе было выявлено 17 беременных с респираторными заболеваниями. Из них 11 женщин (64,71%) заболели в I триместре беременности и 6 женщин (35,29%) — во II триместре. У 15 (88,24%) был отмечен подъем температуры более 37,5*С. В стационаре получали лечение 8 беременных (47,06%), на амбулаторном лечении у терапевта — 8 беременных (47,06%) и 1 женщина (5,9%) за медицинской помощью не обращалась.

Только 9 (52,94%) беременным была назначена антибактериальная терапия. В 30% случаев это был амоксилав, в 19% — ампициллин, в 18% — эритромицин. В 100% случаев у женщин была отмечена угроза прерывания беременности, которая потребовала лечения в условиях стационара.

У 88% женщин по данным УЗ исследования была отмечена фетоплацентарная недостаточность, в 76,5% случаев внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода в 30% случаев, нарушение плацентарного кровообращения в 60% случаев: 23,5% — I А степени, 17,7%- I Б степени, 17,7%- 2 степени. Исход беременности — врожденная патология развития плода, которая потребовала прерывания беременности по медицинским показаниям у 5 (2,94%) женщин, самопроизвольный аборт в сроке до 22 недель — у 4 (23,5%) беременных, замершая - у 5 (29,4%), роды путем кесарева сечения — у 3 (17,65%), у 1 по причине ПОНРП, у 2 — острая внутриутробная гипоксия плода). После внедрения нами предложенного алгоритма раннего выявления и ведения беременных с различными видами ОРВИ, в том числе и с пневмонией, показатели состояния матери и плода значительно улучшились. Во II группу вошли 61 беременные с респираторными заболеваниями.

Из них 36 (60%) заболели в I триместре беременности и 24 (40%) беременных во II и III триместре. У 51 (85%) был отмечен подъем температуры более 37,5*С. В стационаре получали лечение 30 беременных (50%). На амбулаторном лечении у терапевта состояло только 5 беременных (8%) и 6% за медицинской помощью не обращались.

Антибактериальная терапия была назначена 18 беременным, что составило 30%. Спектр антибактериальных препаратов существенно не менялся. В 100% случаев у женщин была отмечена угроза прерывания беременности, которая потребовала лечения в условиях стационара. У 63% женщин по данным УЗ исследования была отмечена фетоплацентарная недостаточность, в 50% случаев внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода в 18% случаев, нарушение плацентарного кровообращения в 50% случаев: 25% — 1 А степени, 15% — 1 Б степени, 10% — 2 степени.

Исход беременности — врожденная патология развития плода у 2 (3,3%) женщин, самопроизвольный аборт в сроке до 22 недель — у 1 (1,6%) женщин, замершая беременность — у 1 (1,6%) женщин, роды путем кесарева сечения — у 12 (20%) женщин (у 8% беременных по причине ПОНРП, длительный безводный период — 28%, рубец на матке после кесарева сечения — 52%, острая внутриутробная гипоксия плода 8%).

Выводы: Таким образом, внедрение алгоритма ведения беременных женщин с заболеваниями ОРВИ и гриппа, позволил за счет своевременного выявления заболевания и начала адекватной терапии снизить частоту осложнений со стороны матери и плода, а так же повысить количество благоприятных исходов беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айламазян Э. К. Современное состояние проблемы перинатальных инфекций // Вестн. Рос. асс. акуш. гинекол. — 1995. — № 2. - С. 3-11.
- 2 Диагностика и профилактика неблагоприятного влияния герпетической инфекции на течение беременности, плод и новорожденного // Метод. рекоменд. — Минск, 1992.
- 3 Иванова Л. А., Кетиладзе Е. С. и др. О возможности вертикальной передачи аденовирусной инфекции при хроническом и латентном течении ее у матери // Вопр. охр. мат. и дет. — 1986. — № 5. - С. 14-140.
- 4 Ритова В. В. Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека. — М.: Медицина. — 1976. — 256 с.
- 5 Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А., Сичинава Л. Г. Плацентарная недостаточность. М. — 1991.
- 6 Цинзерлинг А. В. Этиология и патологическая анатомия острых респираторных инфекций. — Л.: Медицина. — 1977. — 160 с.
- 7 Barney G. S., Perkins M. Primary respiratory syncytial virus infection in mice // J. Med. Virol. — 1988. — Vol. 26. — № 2. — P. 153-162.
- 8 Cziezel A. Influenza and infant mortality // J. Brit. Med. — 2002. - № IV, - P. 430.
- 9 Hardy J. B., Azarowicz E. N., Mannini A., Medraris D. N. Jr., Cooke R. E. The effect of Asian influenza on the outcome of pregnancy // Am. J. Publ. Health. - 2001. - № 51. - P. 1182-1188.
- 10 Lipman B., Greenlaum L., Alexander J. Use of ultrasound in diagnosis and management of periventricular-intraventricular hemorrhage in the preterm infants // J. Florida Med. Association. — 2003. — Vol. 70. - № 9. - P. 826-830.

Астана, ННЦМД. Материал поступил в редакцию 14.10.12.

Түйін

А.А. ИГЛИКОВ

РЕСПИРАТОРЛЫҚ АУРУЛАР КЕЗІНДЕ ЖҮКТІЛІКТІҢ БАРЫСЫ
АБҰҒО, Астана

Бұл мақалада ЖРВИ-мен және тұмаумен науқас әйелдердің жүктілігін жүргізу алгоритмін енгізу ауруды дер кезінде анықтау мен тиісті терапия бастау арқасында ана мен балада асқынулардың жиілігін төмендетуге, жүктіліктен жеңіл босану жағдайларын арттыруға мүмкіндік берді.

Кілтті сөздер: жүктілік ағымы, респираторлық аурулар, әйелдердің жүктілігін жүргізу алгоритмі, нәресте.

Abstract

А.А. IGLICOV

PREGNANCY ON THE BACKGROUND OF RESPIRATORY DISEASES
NRCMC, Astana

Thus, the implementation of the algorithm of pregnant women with diseases of SARS and influenza, possible due to timely detection of disease and early adequate therapy reduced the incidence of complications from the mother and fetus, as well as increase the number of favorable pregnancy outcomes.

Keywords: pregnancy, respiratory problems, algorithm of pregnant women, fetus.

УДК 616.2-879

Д. Г. САДВАКАСОВА, Б.К. СУЛЕЙМЕНОВА, Б. Ж. ШАХМАРДАНОВА,
С. Ж. СМАГУЛОВА

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

На сегодняшний день в серологической лаборатории широкое распространение получили так называемые прямой и непрямой варианты твердофазного радиоиммунологического метода, при которых используют полистироловые плашки с адсорбированными антигенами либо антителами. Метод применяют для выявления антигенов микробов, определения гормонов, ферментов, лекарственных веществ и иммуноглобулинов.

Ключевые слова: серологическая лаборатория, реакция, дерматовенерологическое учреждение.

Введение. Одним из важных направлений в деятельности дерматовенерологических учреждений (ДВУ) является всестороннее обеспечение высокого качества лабораторных исследований, направленных на диагностику инфекций, передаваемых половым путем, и, в частности, серологических исследований с целью выявления больных сифилисом. Актуальность проблемы обусловлена не только широким распространением указанной инфекции в популяции, но и влиянием ее последствий на репродуктивное здоровье нации в целом, а также социальной значимостью результатов проведенного диагностического теста в каждом конкретном клиническом случае. В ряде действующих нормативных документов содержатся инструктивные указания по организации работы клинических диагностических лабораторий (КДЛ), которые призваны обеспечивать необходимый уровень достоверности выполняемых исследований. Указанные рекомендации охватывают вопросы структурно-функциональной организации диагностических лабораторных подразделений [1], технологию производственных процессов [2], обеспечение противоэпидемической безопасности медицинского персонала и обслуживаемого населения, соблюдение санитарных производственных нормативов [3]. Кроме того, обеспечение необходимого уровня качества исследований в значительной мере достигается путем проведения строгой кадровой политики: допуска к выполнению клинических лабораторных исследований сертифицированных специалистов, прошедших первичную подготовку и регулярно повышающих уровень своих знаний и навыков в системе последиplomного образования [1]. Качественное выполнение лабораторного исследования невозможно без соответствующего обеспечения КДЛ необходимым набором медицинских диагностических технологий и методик, а также необходимого для их выполнения комплекта штатного лабораторного оборудования [1,4].

Целью работы явилась многофакторная оценка современного состояния условий работы серологических лабораторий ДВУ, занимающихся исследованиями, направленными на диагностику сифилиса с точки зрения их качественного выполнения.

Материалы и методы. Для получения сведений об объективной картине состояния лабораторной службы ДВУ был разработан перечень вопросов по организационной структуре указанных лабораторий, их материально-техническому оснащению общемедицинским и специальным лабораторным оборудованием, по укомплектованности и качественным характеристикам кадрового состава работников, по набору выполняемых рутинных медицинских лабораторных методик для серодиагностики сифилиса и объему исследований по Павлодарской области (таб.1,2). Структура анкеты в основном соответствовала «Стандартным требованиям организации деятельности лабораторий, осуществляющих диагностику ИППП», которые были нами разработаны.

Таблица 1 - Количество пациентов, исследованных в государственных клиниках г. Павлодара

№	Наименование ЛПУ	2011	2011	2012	2012
		Всего анализов	Из них положительных	Всего анализов	Из них положительных
1	Детская поликлиника №1	575	-	600	4
2	Поликлиника №1	39295	25	40185	14
3	Поликлиника №2	35657	21	36443	14
4	Поликлиника №3	33743	6	25575	7
5	Поликлиника №5	33246	30	28145	19
6	Павлодарская районная поликлиника	22326	95	19551	51
7	Областной центр крови	56	28	45	28
8	Линейная больница	11251	8	9809	5
9	Городская инфекционная больница	8397	38	7938	10
10	Областной психоневро-логический диспансер	3904	31	3483	36
11	Областной противотуберкулез-ный диспансер	2431	35	1968	27
12	Областной диагностический центр	2357	6	2245	3
13	Детский противотуберкулезный санаторий	48		32	
14	Областной наркологический диспансер	8806	30	9175	29
15	Детская городская стоматология	2643		2975	
16	УВД	11289		9972	1
17	ДКНБ	696		632	1
18	МСЧ ПАЗ	12872	12	12104	8
19	Исправительные трудовые колонии	7007	43	5479	20
20	Изолятор временного содержания	299	10	51	6
21	Успенская ЦРБ	922	4	1007	4
22	ЦРБ Акку	780	3	753	2
23	Актогайская ЦРБ	836	5	645	2
24	Иртышская ЦРБ	1066	25	1119	15
26	Железинская ЦРБ	1467	10	1421	11
27	Качирская ЦРБ	1473	19	1292	6
28	Баянаульская ЦРБ	865	10	844	6
29	Майская ЦРБ	556	10	501	6
30	Щербактинская ЦРБ	1639	7	918	3
31	Городская больница №1	16131	85	14556	43
32	Городская больница №2	3123	13	3431	8
33	Больница скорой медицинской помощи	8055	27	7291	30
34	Областная клиническая больница	8369	35	7026	14
35	Областной родильный дом	495	14	374	5
36	Областная детская больница	6174	14	4812	4

Таблица 2- Количество пациентов, исследованных в частных клиниках г. Павлодара

№	Наименование ЛПО	2011	2011	2012	2012
		Всего анализов	Из них положительных	Всего анализов	Из них положительных.
1	МЦ «Гармония»	171	2	142	1
2	МУ «Данель»	2449	7	2187	2
3	МЦ «Аско»	4999	7	3333	2
4	Городская СЭС	29936	1	12380	1
5	«Клиника Исакова»	288	2	280	
6	Городская КХП	11711	2	7384	2
8	МЦ «Грация»	673	1	349	1
9	ЧК «Нежность»	1302	5	834	1
10	КДЛ «Олимп»	25	1	110	1

11	«Кабинет конфиденциального приема»	10805	27	8468	10
12	Медико-психологический центр «Доверие»	596	-	322	1
13	«Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании »	1012	2	834	3
14	«Областной перинатальный центр»	3934	18	1080	4

Результаты и обсуждение. Серологические исследования (лат. serum сыворотка + logos учение) - методы изучения определенных антител или антигенов в сыворотке крови больных, а также выявления антигенов микробов или тканей с целью их идентификации, основанные на реакциях иммунитета. Обнаружение в сыворотке крови больного антител к возбудителю инфекционной болезни или соответствующего антигена позволяет установить этиологический фактор заболевания. При выделении микроорганизма от больного проводится идентификация возбудителя путем изучения его антигенных свойств с помощью иммунной диагностической сыворотки (так называемая серологическая идентификация микроорганизмов). Серологические исследования применяют также для определения антигенов различных веществ, групп крови, тканевых антигенов и уровня гуморального звена иммунитета. Для выявления иммунных комплексов, образовавшихся при взаимодействии антиген-антитело, используют различные методы (серол. реакции). Различают реакции агглютинации, преципитации, нейтрализации, реакции с участием комплемента, с использованием меченых антител и антигенов[1,2].

Реакции агглютинации - простые по постановке реакции склеивания корпускулярных антигенов (микробов, эритроцитов и других клеток, а также индифферентных корпускулярных частиц с адсорбированными на них антигенами) с помощью антител. Их используют для определения антител в сыворотке крови больных, напр. при брюшном тифе и паратифах (реакция Видаля), бруцеллезе (реакция Райта, Хаддлсона), туляремии и других инфекционных болезнях, а также для определения возбудителя, выделенного от больного. Для выявления антител к разведениям сыворотки крови больного добавляют взвесь убитых микробов (диагностикум) и через определенное время при $t^{\circ} 35e$ отмечают наибольшее разведение (т. е. титр) сыворотки, при котором произошла агглютинация. При определении возбудителя ставят ориентировочную реакцию агглютинации на предметном стекле: к капле диагностической иммунной сыворотки в разведении 1:10, 1:20 добавляют чистую культуру возбудителя, выделенного от больного. Если появляется хлопьевидный осадок, реакцию ставят с увеличивающимися разведениями диагностической сыворотки, добавляя в каждую дозу сыворотки 2-3 капли взвеси микробов. Реакцию считают положительной, если агглютинация идет до разведения, близкого к титру диагностической иммунной сыворотки. В контролях (сыворотке, разведенной изотоническим раствором хлорида натрия, или взвеси микробов в том же растворе) осадок в виде хлопьев должен отсутствовать. Реакция пассивной, или непрямой, гемагглютинации основана на использовании эритроцитов с адсорбированными на их поверхности антигенами или антителами, взаимодействие к-рых с соответствующими антителами или антигенами сыворотки крови больных вызывает выпадение эритроцитов на дне пробирки в виде фестончатого осадка. Реакция применяется в диагностике инф. болезней, для определения гонадотропного гормона в моче при установлении беременности, для выявления повышенной чувствительности больного к лекарственным препаратам и гормонам [2,5,6].

Реакция торможения гемагглютинации основана на способности антител иммунной сыворотки нейтрализовать вирусы, которые в результате этого процесса теряют свойство агглютинировать эритроциты. Реакция применяется в диагностике многих вирусных болезней, возбудители которых (вирусы гриппа, кори, краснухи, клещевого энцефалита и др.) могут агглютинировать эритроциты различных животных.

Реакции преципитации - осаждение комплекса антиген-антитело, образующегося в результате соединения растворимого антигена со специфическими антителами. Осадок комплекса антиген-антитело называется преципитатом. Реакцию ставят в пробирке путем нанесения (наслоения) раствора антигена на иммунную сыворотку. При оптимальном соотношении антиген-антитело на

границе этих растворов образуется непрозрачное кольцо преципитата (реакция кольцепреципитации). Широкое распространение (таб.3) получила реакция преципитации в полужидком геле агара или агарозы - двойная иммунодиффузия по Оухтерлоню, радиальная иммунодиффузия, иммуноэлектрофорез и др. Для постановки иммунодиффузии по Оухтерлоню растопленный агаровый гель выливают тонким слоем на стеклянную пластинку и после затвердевания геля в нем вырезают лунки размером 2-3 мм. В противоположные лунки отдельно помещают антигены и иммунные сыворотки, которые, диффундируя в агар, образуют в месте встречи преципитат в виде белой полосы. В реакции радиальной иммунодиффузии иммунную сыворотку вносят в агаровый гель. В лунки геля помещают раствор антигена, который, диффундируя в гель, образует кольцевые зоны преципитации вокруг лунок. Диаметр кольца преципитации пропорционален концентрации антигена. Реакцию используют, в частности, для определения содержания в крови иммуноглобулинов различных классов, компонентов системы комплемента. Иммуноэлектрофорез сочетает электрофорез и иммунопреципитацию: смесь антигенов разделяется в геле с помощью электрофореза, затем параллельно зонам электрофореза вносится иммунная сыворотка, антитела которой диффундируют в гель и образуют в месте встречи с антигеном линии преципитации[3,4,5]. Иммунное прилипание - реакция, основанная на активации системы комплемента корпускулярными антигенами (бактериями, вирусами), обработанными иммунной сывороткой. В результате образуется активированный третий компонент комплемента (С3b), который присоединяется к корпускулярному антигену в составе иммунного комплекса. На эритроцитах, тромбоцитах, макрофагах имеются рецепторы для С3b, благодаря чему при смешивании этих клеток с иммунными комплексами, несущими С3b, происходят их соединение и агглютинация. Активация комплемента при наличии антител на поверхности микробов способствует фагоцитозу возбудителей фагоцитами, имеющими рецепторы к С3b и антителам.

Таким образом, изучая фагоцитарную реакцию, можно косвенно охарактеризовать активность комплемента и антител.

Таблица 3- Показатели объема, индикаторов качества и эффективности при проведении реакции преципитации за период 2011-2012 г.г.

	2011 год	2012 год
Титрование комплемента	42	46
Реакции микропреципитации с плазмой крови	109935	131934
Реакции микропреципитации с сывороткой крови	162210	163165
Реакция связывания комплемента в качественном варианте	29863	27907
Имуноферментный анализ	354	659
Реакция иммунного прилипания	391	-
Реакция иммунофлюоресценции	431	312
Реакция связывания комплемента на холоде	102	87
Количественная реакция связывания комплемента	1257	1206
Исследование пунктата спинномозговой жидкости	2	2

Реакция нейтрализации. Антитела иммунной сыворотки способны нейтрализовать повреждающее действие микроорганизмов или их токсинов на чувствительные клетки и ткани. Это связано с блокадой микробных антигенов антителами, т. е. их нейтрализацией. Реакцию ставят путем введения смеси антиген-антитело животным или внесения ее в культуру клеток. При отсутствии повреждающего действия микробов или их антигенов, токсинов говорят о нейтрализующем действии иммунной сыворотки и, следовательно, специфичности взаимодействия комплекса антиген-антитело.

Реакции с участием комплемента основаны на активации комплемента в результате присоединения его к антителам, находящимся в комплексе с антигеном (реакции связывания комплемента, радиального гемолиза и др.). Реакция связывания комплемента двухфазная; первая фаза - инкубация смеси искомого антигена (или антитела) с диагностической сывороткой (или антигеном-диагностиком) и комплементом; вторая фаза - индикаторная - определение наличия в смеси свободного комплемента путем добавления гемолитической системы, состоящей из эритроцитов барана и гемолитической сыворотки, содержащей антитела против эритроцитов барана. В первой фазе реакции при образовании комплекса антиген-антитело происходит связывание им комплемента, во второй фазе гемолиз сенсibilизированных антителами эритроцитов отсутствует (реакция положительная). При отрицательной реакции, если антиген и антитело не соответствуют

друг другу, комплемент остается свободным и во второй фазе реакции присоединяется к комплексу эритроцит-антиэритроцитарное антитело гемолитической сыворотки, вызывая гемолиз. Реакция связывания комплемента применяется для диагностики инфекционных болезней, в частности сифилиса.

Реакцию радиального гемолиза ставят в геле агара, содержащем эритроциты барана и комплемент. После внесения в лунки геля гемолитической сыворотки вокруг них в результате радиальной диффузии антител образуется зона гемолиза, размеры которой пропорциональны титру сыворотки.

Таким образом можно определить активность комплемента и гемолитической сыворотки, а также антитела в сыворотке крови больных гриппом, краснухой, клещевым энцефалитом. Для этого на эритроцитах адсорбируют соответствующие антигены вируса, а в лунки геля с данными эритроцитами добавляют сыворотку крови больного. Противовирусные антитела взаимодействуют с вирусными антигенами, адсорбированными на эритроцитах, после чего к этому комплексу присоединяются компоненты комплемента, вызывая гемолиз. Реакция радиального гемолиза применяется для определения антителообразования.

Реакция с использованием меченых антител или антигенов. Иммунофлюоресценция (метод Кунса) основана на том, что антигены тканей или микробы, обработанные иммунными сыворотками с антителами, мечеными флюорохромами, способны светиться в ультрафиолетовых лучах люминесцентного микроскопа. Бактерии в мазке, обработанные такой специфической сывороткой, светятся по периферии клетки в виде каймы зеленого цвета. Различают три основные разновидности метода: прямой, непрямой, непрямой с комплементом.

Иммуноферментный, или энзим-иммунологический, метод (реакция энзим-меченых антител) - выявление антигенов с помощью соответствующих им антител, конъюгированных с ферментом (пероксидазой хрена или щелочной фосфатазой). После соединения антигена с меченой ферментом иммунной сывороткой добавляют субстрат, который расщепляется ферментом с окрашиванием раствора в желто-коричневый (пероксидаза) или желто-зеленый (фосфатаза) цвет. Наиболее распространен твердофазный иммуноферментный метод. На твердом носителе, например в лунках микропанелей, сорбируют антиген. В лунки с адсорбированным антигеном добавляют сыворотку крови больного и затем антиглобулиновую (противочеловеческую) сыворотку, меченную ферментом, и субстрат для фермента. При положительном результате изменяется цвет раствора в лунках. Твердофазный носитель можно сенсибилизировать не только антигеном, но и антителами. Тогда в лунки с сорбированными антителами вносят искомым антиген, добавляют иммунную сыворотку против антигена, меченную ферментом, затем субстрат для фермента. Иммуноферментный метод применяется для диагностики вирусных, бактериальных и паразитарных заболеваний.

Радиоиммунологический метод - количественное определение антител или антигенов, меченных радионуклидом, с применением аналогичных антител или антигенов: напр., искомого антигена с применением иммунной сыворотки и аналогичного антигена, меченого радионуклидом. После их взаимодействия отделяют образовавшийся радиоактивный комплекс антиген-антитело и определяют его радиоактивность по счетчику импульсов: количество меченого антигена, связавшегося с антителами, обратно пропорционально количеству искомого антигена.

Заключение. Таким образом, широкое распространение получили так называемые прямой и непрямой варианты твердофазного радиоиммунологического метода, при которых используют полистироловые плашки с адсорбированными антигенами либо антителами. Метод применяют для выявления антигенов микробов, определения гормонов, ферментов, лекарственных веществ и иммуноглобулинов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Приказ Минздрава РФ #380 от 25.12.97 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». М: Минздрав РФ 1997;227

2 Приказ Минздрава РФ #87 от 26.03.01 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» и Приложение #1 «Постановка отборочных и диагностических тестов на сифилис». М 2001;54.

3 Санитарные правила СП 1.2.731-99 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности и гельминтами». М 1999. – С. 80.

4 Приказ Минздрава РФ #753 от 01.12.05 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований». М: Минздрав РФ 2005;136.

5 Стандартные требования к организации деятельности лабораторий, осуществляющих диагностику ИППП. М: ЦНИКВИ Росздрава 2006;12.

6 Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02-89 «Общественные здания и сооружения»). Раздел III «Специализированные, вспомогательные подразделения и служебно-бытовые помещения» М: Гипронииздрав 1990;66.

КГП на ПХВ «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер» управления здравоохранения Павлодарской области, акимата Павлодарской области. Материал поступил в редакцию 18.11.12.

Түйін

Д. Г. САДВАКАСОВА, Б.К. СУЛЕЙМЕНОВА, Б. Ж. ШАХМАРДАНОВА, С. Ж. СМАГУЛОВА

ЗАМАНАУИ СЕРОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАЛАРЫНЫҢ КЕЙБІР ЕРЕКШІЛЕКТЕРІ

ПХВ- дағы КГП «Павлодар облыстық тері венерологиялық диспансері», Павлодар облысының әкімшілігінің денсаулық сақтау басқармасы.

Бекемфазалық радиоиммунологиялық әдістердің тікелей және жанама нұсқауларында антигендермен немесе антиденелермен адсорбирленген полистиролдық кесінділер кең өрістенуге ие. Бұл әдіс микробтардың антигендердің алуда, гормондарды, ферменттерды, дәрілік заттарды және иммуноглобулиндерді анықтауда қолданылады.

Кілтті сөздер: серологиялық зертхана, серологиялық реакция, дерматовенерологиялық мекеме.

Abstract

SADVAKASOVA D.G. SULEYMENOVA B.K. SHAHMARDANOVA B.J. SMAGULOVA S.J.

SOME FUTURES OF MODERN SEROLOGICAL LABORATORY

KGP on PHV "Pavlodar Regional Skin and Venereologic Clinic" of the Pavlodar region of health care department, akimat of the Pavlodar region.

The wide circulation was gained by so-called direct and indirect options solid-phase radio immunological method at which use polystyrene dies with the adsorbed antigens or antibodies. The method is applied to identification of antigens of microbes, by definitions of hormones, enzymes, medical substances and immunoglobulins.

Keywords: serological laboratory, serological reaction, dermatovenereological institution.

УДК 613.888.151.2(045)

С. ТУРЕБАЕВ

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье описывается методика, применяемая на современном этапе с использованием мизопростала, при которой отпадает необходимость в расходных материалах и медикаментах, используемых для подготовки и проведения амниоцентеза, существенно сокращается срок госпитализации.

Ключевые слова: прерывание беременности, современные медикаменты, экономическое отношение, подготовка и проведение амниоцентеза.

Введение. По определению ВОЗ, аборт - это прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом массы тела равной 500 г. Аборт - серьезное и травматическое вмешательство, приводящее к различным осложнениям [1,2,3].

Мизопростол - синтетический аналог простагландина E1. Простагландины резко обрывают секрецию прогестерона желтым телом, вызывая иногда даже его дегенерацию. Простагландины E

вызывают синхронные сокращения матки, умеренное активируют синтез простагландина F2a и окситоцина, стимулируют активность симпатико-адреналовой системы, подавляя гиперактивность холинергической нервной системы, поэтому не вызывает гипертонуса нижнего сегмента или дистонии шейки матки. Эффективность простагландинов не зависит от уровня эстрогенной насыщенности. Перечисленные свойства позволяют использовать препарат мизопростол для прерывания беременности.

Цель исследования. Оценить предлагаемую методику в сравнении с традиционным способом прерывания беременности во 2-м триместре.

Материал и методы. Прерывание беременности в поздние сроки (13-24 недели) медикаментозным способом с использованием мизопростола выполнено у 46 пациенток, которые составили 1-ю группу (проспективное исследование). Сравнение проводилось со 2-й группой (ретроспективно по истории родов) 27 пациенток, которым прерывание беременности производилось способом трансвагинального амниоцентеза с введением интраамниально 10% раствора NaCl в сочетании с простагландином F2 (энзапрост).

Срок беременности во всех случаях был подтвержден или установлен с помощью эхографического исследования. При поступлении в клинику всем пациенткам проводили клинико-лабораторное обследование, включая коагулограмму. Предварительной медикаментозной подготовки беременные не получали. Возраст пациенток колебался от 14 до 37 лет. Такая акушерская патология, как рубец на матке после предшествующего кесарева сечения, имела место у 5-ти женщин 1-й группы и 2-х из второй.

Индукция медикаментозного выкидыша производилась введением вагинально (в задний свод влагалища) 200 мг мизопростола. Затем пациентка в течение 2-3-х часов соблюдала постельный режим. С целью профилактики гипертонуса матки назначались спазмолитические препараты через 3-4 часа. Если аборт не происходил в течение 6-8 часов, дозу препарата повторяли [3]. Выкидыш происходил с одномоментным изгнанием плода и последа. Выписка производилась на 2-6 сутки после выкидыша.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность медикаментозного выкидыша составила 12-16 часов, при применении амниоцентеза - 18-26 часов. Продолжительность выкидыша до 48 часов при использовании мизопростола наблюдалось в сроках беременности 22-24 недели с пороками развития и внутриутробной гибелью плодов при наличии выраженного многоводия. Все пациентки после введения мизопростола были активны практически до момента изгнания плода. Ни у одной из женщин с экстрагенитальной патологией не зарегистрировано ухудшение состояния. Так же, ни в одном случае у наших пациенток не зарегистрировано лихорадки, кровотечений, каких-либо травм шейки матки. В то же время у пациенток второй группы после амниоцентеза лихорадка имела место у 9 (33%) больных, кровотечения - 4 (14%), разрывы шейки матки, потребовавшие наложения швов - 3 (9%). Как известно, побочными эффектами применения мизопростола являются диарея, боль в животе, тошнота, головная боль, рвота, головокружение. У наших пациенток регистрировалась только диарея в двух случаях, которая не отразилась на общем состоянии женщин. Средняя кровопотеря составила 110 мл. В послеабортном периоде проводилась контрольная эхография - остатков плацентарной ткани не выявлено ни у одной пациентки.

Полученные данные убедительно указывают на то, что применяемый современный метод медикаментозного аборта во втором триместре беременности с использованием препарата мизопростол, является наиболее безопасным способом прерывания беременности. По литературным данным смертность при применении интраамниального введения гипертонических растворов и простагландинов составляет 9,6 на 100000 абортов [3,4]. Применение мизопростола исключает инвазивность при индукции выкидыша, имеется возможность уменьшить дозу препарата в любой момент, не требуется предварительной подготовки организма беременной [3,4].

Таким образом, при применении мизопростола отсутствует возможность инфицирования во время индукции выкидыша. Нами отмечено, что ни у одной пациентки не было безводного промежутка, так как выкидыш происходил у всех при целом плодном пузыре, что является дополнительным положительным моментом в снижении инфекционных осложнений. Техническое выполнение медикаментозного аборта является простой манипуляцией - введение таблеток в задний свод влагалища может осуществлять молодой врач. Производство выскабливания полости матки после выкидыша, индуцированного мизопростолом не требуется, чем после амниоцентеза, так как отмечено самостоятельное отделение и выделение последа, лучший тонус мышцы матки.

Наблюдения показали, что для применения мизопростола срок беременности не имеет значения, тогда как для методики амниоцентеза срок беременности должен быть больше 17 недель

(имеет значение количество околоплодных вод), а способ расширения шейки матки и одномоментного удаления плодного яйца предпочтительнее применять в первом триместре. Важным для обсуждения является вопрос о риске прерывания беременности у пациенток с рубцом на матке. По наши наблюдениям при применении мизопростола имеет место постепенное развитие сократительной активности с одновременным с одновременным раскрытием шейки матки, отсутствие гипертонуса матки, что несомненно является факторами снижающими риск травмы матки. Применение нашего метода у беременных с преэклампсией, экстрагенитальной патологией (порок сердца - недостаточность митрального клапана и тяжёлые пиелонефриты) показало отсутствие отрицательного влияния на состояние этих пациенток, в то время как интраамниальное введение гипертонического раствора NaCl противопоказано у этой группы больных. Изучение гемостазиологических показателей, до и после приема мизопростола, не показало каких-либо существенных отклонений. В то же время у пациенток после амниоцентеза наблюдалось развитие хронической формы ДВС-синдрома. При использовании методики безопасного медикаментозного прерывания беременности практически снимается проблема болевого фактора у пациенток, как при индукции выкидыша, так и при его развитии по сравнению с методом амниоцентеза. По этим причинам наблюдается значительно меньшее психоэмоциональное воздействие, чем при индукции плодозгнивания методом амниоцентеза.

Выводы: Методика, применяемая на современном этапе с использованием мизопростола, выгодна и в экономическом отношении. Отпадает необходимость в расходных материалах и медикаментах, используемых для подготовки и проведения амниоцентеза, существенно сокращается срок госпитализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Акушерство // Справочник. Под ред. К. Нисвандера и А. Эванса. Пер. с англ. -М., Практика. - 1999. - С. 34-35.
- 2 Липман А.Д, Чилова Р.А. // Акуш. и гин. - 2001. - № 1. - С. 23-26.
- 3 Осложнения при аборте: руководство по техническим и управленческим аспектам. ВОЗ, 1995. - С. 53-60.
- 4 Серов В.Н., Стрижаков В.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству.-М. “Медицинское информационное агентство”, 1997. - С. 3.

Атырау, Родильный дом. Материал поступил в редакцию 24.11.12.

Түйін

С.ТУРЕБЕВ

ҚАЗІРГІ ЗАМАНДА ТҮСІК ТҮСІРУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
Перзентхана, Атырау

Қазіргі заманда мизопростол дәрісін қолданып, түсік түсіру әдісі экономикалық тұрғыдан тиімді әрі қауіпсіз. Сонымен бірге, амниоцентезге дайындап өткізу үшін шығын материалдары мен дәрі-дәрмектердің қажеттілігі қалмайды және аурухана жату мерзімі де біршама қысқарады.

Кілтті сөздер: түсік түсіру, қазіргі заманғы дәрі-дәрмектер, экономикалық қатынас, амниоцентез дайындау мен өткізу.

Abstract

S. TUREBAEV

MODERN INTERRUPTIONS OF FEATURES PREGNANCY
Maternity hospital, Atyrau

The technique of application of a preparation misoprostol for pregnancy interruption in the second trimester of pregnancy is accessible, effective, simple and safe. Besides doubtless economic and psychological advantages allow to count that the method approved by us will find due distribution in hospitals.

Keywords: abortion, modern medicines, economic relations, preparation and conduct of amniocentesis.

УДК 615.849.19:616.314-089.23-053.8

Р.З. ШАЛКАРОВА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «ОПТОДАН» В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРАДОНТА

В статье описывается применение лазерной стоматологической полупроводниковой установки АЛСТ – 01 «ОПТОДАН» в комплексном лечении заболеваний пародонта в ретенционном периоде взрослых пациентов, что позволило у 98 % больных сократить сроки проявлений признаков воспаления пародонта, а также показало отсутствие побочных эффектов. Выявлены преимущества применения данного лазерного аппарата.

Ключевые слова: цена, лазерная стоматологическая полупроводниковая установка АЛСТ – 01 «ОПТОДАН», заболевание парадонт.

В последнее время ортодонтическое лечение стало популярным у взрослых пациентов, потому что общество начало уделять внимание здоровому образу жизни (питанию, упражнениям, внешнему виду людей). Большинство взрослых хотят выглядеть, чувствовать себя лучше и жить дольше.

Аномалии зубочелюстной системы, не устраненные в детском возрасте, сохраняются и у взрослых. Клиническая картина при этом усугубляется симптомами частичной потери зубов (деформациями зубного ряда, нарушениями окклюзии, дисфункциями ВНЧС и пр.) и заболеваниями пародонта. Установлено, что заболевания пародонта встречаются в два раза чаще у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. Хотя у взрослых пациентов возможности ортодонтического лечения ограничены, нормализация окклюзионных взаимоотношений является выполнимой задачей.

Общеизвестно, что во время ортодонтического лечения зубы, у не растущих пациентов перемещаются также быстро, как и у растущих. Однако чтобы удержать их в новом положении требуется длительный ретенционный период, особенно если пациенты, страдают заболеваниями пародонта.

В связи с этим нами была разработана схема реабилитации пациентов после ортодонтического лечения, наряду с шинирующими ортопедическими конструкциями и ретенционными ортодонтическими аппаратами разрабатывались методы физиотерапевтического воздействия на костную ткань альвеолярного отростка.

Для наблюдения после ортодонтического лечения нами были выделены следующие группы: 28 пациентов в возрасте от 25 до 35 лет и 25 в возрасте от 20 до 25 лет с диагнозом «генерализованный парадонтит легкой степени». У всех пациентов наблюдалась подвижность зубов первой степени, индекс гигиены Федорова-Володкиной – плохой. Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, корректировался индекс гигиены полости рта.

Реабилитация пациентов после ортодонтического лечения включала при необходимости медикаментозное, хирургическое и физиотерапевтическое лечение.

Все пациенты на основании клинической картины, индекса гигиены направлялись на физиотерапевтическое лечение путем воздействия лазерного луча с мощностью импульса лазерного излучения 5 - 7 Вт в импульсе, с длиной волны излучения – 0,85 мкм, с длительностью импульса - 40 – 100 нс с применением лазерной стоматологической полупроводниковой установки АЛСТ – 01 «ОПТОДАН».

Принцип физиотерапевтического лечения заключался в использовании инфракрасного лазера, обладающего высокой проникающей способностью и выраженными антибактериальными, регенерирующими, тромболитическими, противовоспалительными, противоотечными и обезболивающими свойствами, которые позволяли быстро и безболезненно устранять заболевания зубов и ротовой полости, обеспечивая врачу максимальное удобство, а пациентам — безопасность.

Лечение прибором осуществляли контактно, лазер направляли чрезкожно, непосредственно и с использованием различных насадок

В конструкции прибора имеются два канала для воздействия на разные стадии патологического процесса. Первый канал (мощность 2 - 4 Вт, частота 80 – 100 Гц) обладает выраженным действием на воспаление, микроциркуляцию, метаболизм, кислородный режим. Второй канал (мощность 0,5 – 1 Вт, частота 2 – 3 кГц) влияет на процессы регенерации тканей за счёт повышения митотической активности клеток. Управление каналами осуществляется в автоматизированном режиме (3). В начальной стадии заболеваний слизистой оболочки полости рта использовали

противовоспалительный режим (канал № 1) с двухминутной чрезкожной экспозицией на патологические очаги слизистой оболочки полости рта, всего 3 сеанса ежедневно. Для ускорения эпителизации проводили лазерную обработку эрозивных очагов слизистой оболочки полости рта на втором канале - 2 минуты чрезкожно 3 сеанса ежедневно.

Купирование воспалительных явлений у пациентов в возрасте 20-25 лет было отмечено после 2 дней лечения, у пациентов 25-35 лет – после 4 дней лечения, диэпителизация внутренней поверхности парадонтальных карманов у более молодых пациентов происходила после 2 дней лечения, у более старших - после 5.

Результаты лечения оценивали на основании динамического клинического наблюдения за воспалительным процессом слизистой оболочки полости рта. Большинство пациентов (98 %) отмечало снятие болевого симптома во время проведения сеансов лазерной терапии. Лазерная терапия хорошо воспринималась больными, побочных эффектов не наблюдалось. В ходе проведенного исследования выявлены следующие преимущества применения лазерного аппарата «Оптодан»: удобен в работе, компактный, безопасный, не требует специальных мер защиты, доступный по цене.

Таким образом, лазерный аппарат «Оптодан» показал высокую лечебную эффективность и отсутствие побочных эффектов в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Прохончуков А. А. Комплекс лазерной техники новых поколений и авторских патентованных методик для лечения стоматологических заболеваний //Стоматология сегодня. – 2002. - № 9 – 10. – С. 34.

2 Прохончуков А. А. Лазерная терапия стоматологических заболеваний //Стоматология для всех. – 2004. - № 3. – С. 32.

3 Васильев К. В., Метельников М. А. Стоматологический аппарат «Оптодан» для магнито - лазерной терапии стоматологических заболеваний// Материалы XVI Всероссийской научно – практической конференции. М., 2006. – С. 109 – 111.

ИП «Шалқарова», г.Астана. Материал поступил в редакцию 19.11.12.

Түйін

Р.З. ШАЛҚАРОВА

ПАРАДОНТА АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРҒА РЕТЕНЦИЯЛЫҚ КЕЗЕНДЕ «ОПТОДАН»
АППАРАТТЫҢ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ
ИП «Шалқарова», Астана қ.

Ретенциялық кезеңде ересектер науқастарды парадонта ауруынан кешендеі емдеуде АЛСТ – 01 «ОПТОДАН» жартылай өткізгіш стоматологиялық лазер қондырғысын қолдану емделушілердің 98 %-да пародонта қабынуының белгілері пайда болуының мерзімін қысқартуға мүмкіндік беріп, жанама әсерлер болмайтынын көрсетті. Жүргізілген зерттеу барысында "Оптодан" лазер аппаратын қолданудың артықшылықтары анықталды: ол жұмыста ыңғайлы, ықшам, қауіпсіз, арнайы қорғану шараларын қажет етпейді, бағасымен қолжетімді.

Кілтті сөздер: баға, АЛСТ – 01 «ОПТОДАН» жартылай өткізгіш стоматологиялық лазер қондырғысы, парадонта ауруы.

Abstract

R.Z. SHALKAROVA

EXPERIENCE OF “OPTODAN” MACHINE IN RETENTION PERIOD IN PATIENTS WITH OF
PERIODONTAL DISEASES
Shalkarova» PE, Astana city

The use of laser dental semiconductor Alstom - 01 "OPTODAN" in treatment of periodontal disease in adult patients retention period allowed in 98% of patients to reduce the timing of periodontal inflammation, and showed no side effects. In the course of the study also revealed the advantages of a laser device "Optodan": easy to use, compact, safe, does not require special protection, affordable.

Keywords: price, laser dental semiconductor Alstom - 01 OPTODAN , periodontal disease.

УДК 617.7-007.681:615.03

К.И. ЧЕПУРКО

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЛАУКОМНОГО ПРЕПАРАТА «АЗАРГА»

В статье описывается применение фиксированной комбинации, позволяющее преодолеть целый ряд трудностей, поскольку такой препарат обладает более выраженным гипотензивный эффектом, более удобен в применении, у него отсутствует эффект вымывания, а также снижено количество побочных эффектов за счет уменьшения числа инстилляций, что, в свою очередь, также способствует повышению комплайентности пациентов.

Ключевые слова: антиглаукомный препарат «Азарга», гипотензивный эффект, фиксированная комбинация.

Глаукома является одной из трех основных причин развития слепоты в мире наряду с катарактой, возрастной макулодистрофией. Сегодня глаукомой страдают более 67 миллионов человек. По данным различных исследователей глаукомой поражено от 1% до 4% людей в возрасте старше 40 лет. На современном этапе развития офтальмологии представления о глаукоме претерпели некоторые корректировки, например, повышенное внутриглазное давление сейчас не является основным показателем для установления диагноза глаукомы, но его до сих пор считают ведущим фактором риска развития первичной глаукомы. В связи с этим, в лечении глаукомы не теряет своей актуальности гипотензивная терапия. По данным исследователей [1], адекватное применение офтальмогипотензивных средств позволяет снизить выход на инвалидность, т.е. значительно сократить затраты на обслуживание глаукомных больных. Поэтому совершенствование медикаментозного лечения должно быть одним из приоритетных направлений противоглаукомной работы [1].

Предоставлена возможность поделиться опытом применения нового антиглаукомного препарата АЗАРГА у пациентов с развитой и далеко зашедшей стадиями глаукомы. Фиксированная комбинация бринзоламид/тимолол является суспензией двух известных офтальмологических препаратов: 10мг/мл бринзоламида и 5мг/мл тимолола. Бринзоламид относится к группе гетероциклических небактериостатических сульфаниламидных ингибиторов карбоангидразы. Тимолола малеат является некардиоселективным конкурентным блокатором бета-рецепторов. Данная комбинация имеет уровень рН приблизительно равный 7,2 и является изотонической. Каждый из компонентов препарата снижает ВГД путем уменьшения продукции внутриглазной жидкости. Основным механизмом действия бринзоламида является обратимое блокирование карбоангидразы II в цилиарных отростках глаза. Карбоангидраза, в свою очередь, катализирует обратимую гидратацию диоксида углерода и образование иона водорода и бикарбонатного аниона. В то же время фармакологическая блокада бета2-рецептора ведет к снижению уровня цАМФ в клетках ресничного эпителия, соответственно к снижению продукции внутриглазной жидкости, что и происходит при местном применении тимолола. Аддитивный гипотензивный эффект активных компонентов ведет к большему снижению ВГД, чем их раздельное использование [2]. Согласно инструкции по медицинскому применению, Азарга показана для снижения ВГД у взрослых при офтальмогипертензии и открытоугольной глаукоме при неэффективности составляющих его препаратов в монотерапии. Заявлено снижение ВГД в среднем на 7–9 мм рт.ст., что составляет 28–35%.

Пациенты рандомизировались на получение монотерапии бринзоламидом или тимололом и на применение комбинации этих препаратов в виде фиксированной формы - азарга путем двукратных ежедневных инстилляций в течение 6 недель. В конце 6-недельного срока проводилось измерение ВГД в дневное время (двухчасовая тонометрия, с 8.00ч до 20.00ч), оценивалась острота зрения и проводился опрос пациентов для выявления побочных эффектов.

Было выделено 48 пациентов. Среднее значение ВГД при двукратном применении бринзоламида 1% и тимолола 0,5% составило 17,7-18,4% и 21,2-24,1% соответственно. Наряду с этим в группе пациентов, получавших фиксированную форму (азарга) процент снижения ВГД составил

27,9–29,4%. Выраженный стойкий гипотензивный эффект имел место уже через 2,5 недели от начала терапии азаргой и достигал примерно 30% от исходного уровня.

В 2009 г., по данным Ю. Петрова, были опубликованы результаты рандомизированного двойного слепого параллельного мультицентрового исследования сравнительной эффективности Азарги с его компонентами в монотерапии: 0,5% тимололом и 1% бринзоламидом [3]. Пациенты с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией. Во включаемых в исследование глазах уровень ВГД составил 24–36 мм рт.ст. в 8:00 и 21–36 мм рт.ст. в 10:00 на 2 отборочных визитах после соответствующего периода отмывания после предшествующего лечения. Пациентам случайным образом назначалось лечение Азаргой (n=174), бринзоламидом 1% (n=174) или тимололом 0,5% (n=175) в виде двукратных ежедневных закапываний; на фоне лечения пациенты наблюдались в течение 6 мес. Азарга вызвала статистически достоверное и клинически существенное снижение ВГД от базового уровня на 8,0–8,7 мм рт.ст., что статистически и клинически превосходит эффект бринзоламида 1% (5,1–5,6 мм рт.ст.) и тимолола 0,5% (5,7– 6,9 мм рт.ст.). Среди пациентов, которым проводилась суточная тонометрия, у 57% в группе с Азаргой удалось добиться ВГД порядка 18 мм рт.ст. или менее через 8 ч (16:00) после закапывания хотя бы при одном измерении на 6–м мес. по сравнению с 30% пациентов в группе бринзоламида и 26% в группе тимолола.

В исследовании пациентами оценивались проявляющиеся побочные эффекты применения препарата в виде раздражения, болезненности, затуманивания, чувства инородного тела. Удалось выявить у 5,2% обследуемых появление затуманивания после применения Азарги, однако более в глазу не выявлено. У тимолола и бринзоламида побочные эффекты фиксировались в 13,6% и 8,3% соответственно. Раздражение глаза фиксировалось у 2,2%, чувство инородного тела в 1,6% соответственно. Секрет хорошей переносимости Азарги кроется в уровне ее pH. Согласно данным Carney и Hill, физиологический уровень pH равен 7,45, а уровень pH глаза составляет от 6,6 до 7,80. Для достижения максимального комфорта раствор глазных капель должен иметь тот же уровень pH, что и слезная жидкость, либо уровень pH раствора должен укладываться в диапазон комфортных для глаза уровней pH. В нескольких исследованиях было показано, что уровень pH растворов для контактных линз поддерживается на комфортном для глаза уровне, и поэтому эти растворы так хорошо переносятся [4, 5, 6].

Следовательно, фиксированная комбинация бринзоламид/тимолол, рекомендованная для двукратного применения при первичной открытоугольной глаукоме и офтальмогипертензии, обеспечивает снижение ВГД на 30% от базового уровня. Более того, переносимость фиксированной суспензии бринзоламид/тимолол по отзывам пациентов хорошая. Её системные и местные побочные эффекты соответствуют уже хорошо знакомым побочным эффектам её компонентов. Частота возникновения побочных эффектов существенно не отличается от данных при монотерапии компонентами данной комбинации и не требует отмены препарата. Предварительное клиническое исследование антиглаукомного препарата азарга выявило, что препарат относится к разряду высокоэффективных по снижению уровня ВГД у пациентов с открытоугольной глаукомой и офтальмогипертензией, а также имеет хорошую переносимость.

Таким образом, применение фиксированной комбинации, позволяет преодолеть целый ряд трудностей, поскольку такой препарат обладает более выраженным гипотензивный эффектом, более удобен в применении, у него отсутствует эффект вымывания, а также снижено количество побочных эффектов за счет уменьшения числа инстилляций, что, в свою очередь, также способствует повышению комплаентности пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ботабекова Т.К., Джуматаева З.А., Алдашева Н.А. // Наш опыт применения гипотензивного препарата Азарга в лечении глаукомы.//Приложение к журналу «Глаукома. Журнал НИИ глазных болезней РАМН», 2011. - № 3. - С. 7-8.
- 2 Gabor Hollo, Vanu Bozkurt, Murat Irkes//Новая фиксированная комбинированная форма для лечения открытоугольной глаукомы и офтальмогипертензии.// Приложение к журналу «Глаукома. Журнал НИИ глазных болезней РАМН», 2011. - № 3. - С. 9-12.
- 3 Azarga ophthalmic suspension, a new combined antiglaucomatous agent (Literal review)/ S.Yu. Petrov// Scientific Research Institute of Eye Diseases of the Russian Academy of Medical Sciences.
- 4 Garcia–Valdecabres M., Lopez–Alemany A., Refojo M.F. PH stability of ophthalmic solutions // Optometry. 2004. - Vol. 75. - P. 161–168.

5 Maurice D. The Charles Prentice Award lecture 1989: the physiology of tears // Optom. Vis. Sci. 1990. - Vol. 67. - P. 391–399.

6 Yamada M., Mochizuki H., Kawai M. et al. Fluorophotometric measurement of pH of human tears in vivo // Curr. Eye Res. 1997. - Vol. 16. - P. 482–486.

Кызылжарская ЦРБ, Северо-Казахстанская область. Материал поступил в редакцию 16.09.12.

Түйін

К.И. ЧЕПУРКО

ГЛАУКОМАҒА ҚАРСЫ «АЗАРГА» ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ
Қызылжарлық ОАА Солтүстік Қазақстан облысы

Глаукома ауруы катарактамен және егде жастың макулострофиясымен қатар дүние жүзінде соқырлық дамуының үш негізгі себебінің бірі болып табылады. Офтальмогипотензивті заттардың дұрыс қолданылуы мүгедектікке шығуды төмендетуге мүмкіндік береді. Біз 6 апта бойы АЗАРГА глаукомаға қарсы дәрілік затты 48 науқасқа қолдандық. Бірінші ашық бұрышты глаукома мен офтальмогипертензия кезінде АЗАРГАНЫ күнделікті 2 рет қолдану арқасында көз ішінің қысымын негізгі деңгейден 30%-ға төмендетуге қол жеткізілді.

Кілтті сөздер: «Азарга» глаукомаға қарсы дәрісі, гипотензивті әсер, белгіленген комбинация.

Abstract

K.I. CHEPURKO

«OUR EXPERIENCE WITH THE ANTIGLAUCOMA'S PREPARATION AZARGA»
North Kazakhstan region

Glaucoma is one of the three leading causes of blindness in the world along with cataracts, macular degeneration age. Adequate application of ophthalmohypotensive (ophthalmia antihypertensive) funds reduces output to a disability. We used the new antiglaucoma's preparation AZARGA in 48 patients within 6 weeks. Two times daily application of AZARGA in primary open-angle glaucoma and in ophthalmohypertensive lowers intraocular pressure by 30% from baseline, which means a good clinical effect.

Keywords: antiglaucoma's preparation azarga, hypotensive effect, fixed combination.

УДК 618.1:618.12(045)

У. ХАСАНОВА

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

В статье описывается лечение пациентки с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом. Предпочтение следует отдавать двухэтапному лечению с применением ных препаратов на втором этапе лечения. Оптимальный срок наблюдения после окончания лечения - 12 месяцев.

Ключевые слова: лечение эндометриоза, бесплодие женщин, наружный генитальный эндометриоз.

Введение. Несмотря на большое число исследований, до настоящего времени вопрос о взаимосвязи нарушений репродуктивной функции у женщин при наличии наружного генитального эндометриоза является предметом постоянных научных дискуссий. До сих пор не существует единой точки зрения о необходимости и целесообразности проведения лечения при начальных стадиях распространения наружного генитального эндометриоза и бесплодии. В связи вышеизложенным представляется актуальным провести рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности различных методов лечения наружного генитального эндометриоза у пациенток с бесплодием.

Целью исследования явилось сравнительная оценка эффективности лечения больных с наружным генитальным эндометриозом и бесплодием с помощью различных медикаментозных средств и методов эндоскопической хирургии.

Материалы и методы. В исследование включены 548 больных в возрасте от 23 до 35 лет (средний возраст $28,1 \pm 3,8$ года). Длительность бесплодия составила в среднем $7,8 \pm 3,9$ года при колебаниях от 3 до 15 лет. У всех пациенток маточные трубы были проходимы, менструальный цикл был регулярным, двухфазным. Всем 548 пациенткам была произведена лапароскопия. Степень распространения наружного генитального эндометриоза устанавливали по классификации Американского

Общества Плодовитости (American Fertility Society). Наружный генитальный эндометриоз I степени распространения был обнаружен у 205 (31,4%), II степени - у 158 (28,9%), III степени - у 103 (18,8%) и IV степени - у 82 (14,9%) больных. Из 548 больных.

300 пациенток с I и II степенями распространения наружного генитального эндометриоза были отобраны для проведения последующего медикаментозного лечения, а остальным 248 пациенткам во время лапароскопии было проведено оперативное лечение в необходимом объеме: термодеструкция очагов эндометриоза, удаление эндометриоидных кист яичников, разделение обусловленных эндометриозом сращений.

После уточнения диагноза на лапароскопии медикаментозное лечение проводили в течение 6 месяцев, используя следующие препараты: Ановлар - назначали по 1 таблетке с 5 по 25 день менструального цикла; Дюфастон - с 1 дня менструального цикла по 10 мг в сутки в непрерывном режиме; Даназол - с 1 дня менструального цикла по 400 мг в сутки в непрерывном режиме; Золадекс – вводили подкожно по 3,75 мг один раз в месяц. Части больных (113 пациенток) во время лапароскопии производили термокоагуляцию очагов эндометриоза при температуре 100°C ; 50 из них после термодеструкции эндометриоидных гетеротопий проведено лечение Золадексом по описанной выше схеме. Метод плацебо - таблетки без активного компонента назначали по 1 таблетке ежедневно. В каждую группу вошло не менее 50 пациенток. Кроме того, 103 пациенткам с III степенью распространения наружного генитального эндометриоза и 82 пациенткам с IV степенью распространения этого заболевания было проведено двухэтапное комбинированное лечение: деструкция очагов эндометриоза, удаление кист яичников, разделение сращений; лечение Золадексом в течение 6 месяцев.

После проведенного лечения всех пациенток наблюдали в течение 1 года. На протяжении этого периода фиксировали частоту и динамику наступления беременности, которые сравнивали с аналогичными показателями у женщин фертильной популяции.

Результаты и обсуждения. Проведенное сравнительное изучение эффективности лечения бесплодия у женщин с наружным генитальным эндометриозом I-II степени распространения с помощью различных медикаментозных средств, термокоагуляции эндометриоидных гетеротопий, а также применение плацебо позволили установить, что беременность после окончания лечения Ановларом наступила у 34% больных, Дюфастоном - у 38%, Даназолом - у 54%; Золадексом - у 52%; после термокоагуляции - 42%; после комбинированного лечения (термокоагуляция с последующим лечением Золадексом) - у 52,6%. В то же время после применения плацебо беременность наступала лишь у 8,1 % больных. При анализе динамики частоты наступления беременности мы обнаружили, что наиболее часто беременности наступали в первые 6-8 месяцев после окончания лечения и в дальнейшем частота их наступления снижалась к 10-11 месяцам наблюдения. Эта тенденция отмечалась после всех использованных методов активной терапии. Комбинированное двухэтапное лечение больных с III и IV степенями распространения эндометриоза позволило добиться наступления беременности у 45,6% и 48,7% больных соответственно (разница несущественна - $p > 0,05$). Однако в сравнении с результатами комбинированного лечения женщин с I и II степенями распространения наружного генитального эндометриоза эффективность лечения больных с III-IV степенями распространения заболевания достоверно ниже.

Результаты и обсуждение. Данные проведенного изучения эффективности лечения бесплодия у женщин с наружным генитальным эндометриозом ранних степеней распространения в сравнении с плацебо свидетельствуют о необходимости активного лечения независимо от степени распространения заболевания, что не совпадает с данными проводившихся ранее исследований [7].

Согласно нашим данным, частота наступления беременности после применения антиготнадотропных препаратов (Даназол, Золадекс) существенно выше, чем после применения гормональных препаратов (Ановлар, Дюфастон). Это, на наш взгляд, связано с тем, что применение антигона дотропных препаратов вызывает более выраженное снижение уровня эндогенно

продуцируемых яичниковых гормонов и, соответственно, более глубокую депрессию тканей эндометриодных гетеротопий. В то же время, как при применении гормональных препаратов, их эстрогенный и гестагенный компоненты сами по себе могут поддерживать существование ткани эндометриоза в более активном состоянии. На высокую эффективность комбинированного лечения бесплодия при наружном генитальном эндометриозе указывают многие исследователи [1,2,4,5]. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что частота наступления беременности после этого вида лечения сравнима с таковой после лечения с применением Даназола или Золадекса и составляет 52,6%. Тем не менее, именно двухэтапная схема лечения (1 - деструкция очагов эндометриоза; 2 - медикаментозное лечение), на наш взгляд, является патогенетически оправданной, так как на первом этапе она предполагает уничтожение всех или большинства очагов эндометриоза, служащих пусковым механизмом для развития ряда феноменов, приводящих к снижению генеративной функции, а на втором этапе приводит в неактивное состояние эутопический эндометрий, который является постоянным источником эндометриодных гетеротопий.

Проведенное по указанной схеме лечение больных с III-IV степенями распространения позволило добиться наступления беременности в 45,6% и 48,7% соответственно. Разница в частоте наступления беременности в этих двух группах незначительна, однако в сравнении с результатами применения этого вида терапии у женщин с I-II степенями распространения наружного генитального эндометриоза эффективность лечения больных с III-IV степенями распространения заболевания достоверно ниже.

Выводы: При анализе динамики частоты наступления беременности мы обнаружили, что наиболее часто беременность наступала в первые 6-8 месяцев после окончания лечения в дальнейшем, к 10-11 месяцам после окончания лечения, частота наступления беременности снижалась до минимальных значений. Эта тенденция отмечена после применения всех использованных методов активной терапии.

Таким образом, пациентки с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом нуждаются в активном лечении вне зависимости от степени его распространения. Предпочтение следует отдавать двухэтапному лечению с применением антигонадотропных препаратов на втором этапе лечения. Оптимальный срок наблюдения после окончания лечения - 12 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамян Л. В. Бесплодие у больных с тяжелыми формами эндометриоза: Сб. научн. трудов. - М. - 1998. - С. 69-75.
- 2 Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. 2-е изд., перераб. и доп. - Л.: Медицина, 2000.
- 3 Волков Н. И., Конде А. М. Применение немедикаментозных методов лечения бесплодия // Диагностика и лечение бесплодного брака: Сб. научн. трудов. - М. - 1998. - С. 112-117.
- 4 Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. - М.: Медицина, 1985.
- 5 Селезнева Л. Д., Адамян Л. В. Роль лапароскопии в диагностике // Современные аспекты репродуктивной эндокринологии. - М. - 1983. - С. 78-82.
- 6 Mognissi K. S. Comparison of different treatment modalities of the endometriosis // Fertil. Steril. - 1997. - Vol. 47. - P. 40-44.
- 7 Mettler L, Semm K. Three-step-therapy of genital endometriosis // New York: Raven, 2006. - P. 233-47.

Атырау, Родильный дом. Материал поступил в редакцию 05.10.12.

Түйін

У. ХАСАНОВА

ЭНДОМЕТРИОЗДЫ ЕМДЕУ ИӘДІСТЕРІ
Перзентхана, Атырау

Бедеуліктен және сыртқы гениталдық эндометриоздан емделуші әйелдер осы дерттердің ауырлық деңгейіне қарамастан барынша емделуді қажет етеді. Мұндайда антигонадотроптық дәрі-дәрмектерді қолданып, екі кезеңдік ем таңдау орынды болады. Емделуден кейінгі бақылаудың тиімді мерзімі – 12 ай.

Кілтті сөздер: эндометриозды емдеу, әйелдер бедеулігі, сыртқы гениталдық эндометриоз.

Abstract

U. KHASSANOVA

METHODS OF TREATMENT OF THE ENDOMETRIOSIS

Maternity hospital, Atyrau

Patients with barrenness and external genital endometriosis need active treatment without dependence from degree of its distribution. It is necessary to give preference twice to treatment with application antigonadotropic preparations at the second stage of treatment.

Keywords: treatment of the endometriosis, infertile women, external genital endometriosis.

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА № 4 (47) – 2012
2012 - № 4 (47) ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
THE CONTENT OF THE JOURNAL № 4 (47) – 2012

Передовая статья
Бас мақала
Editorials

БЕНБЕРИН В. В., БЕКТАЕВА Р. Р.

Предраковые заболевания органов пищеварения – современные возможности профилактики рака желудка

БЕНБЕРИН В. В., БЕКТАЕВА Р. Р.

Precancerous diseases of the digestive system – modern possibilities of prevention of gastric cancer

BENBEIN V. V., BEKTAEVA R. R.

Precancerous diseases of the digestive system – modern possibilities of prevention of gastric cancer.....2

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

АБДУЛИН А. А., АБДУЛДАЕВА А. А., БЕСЕНОВА А. А., ДОСЖАНОВА Ж. А.

Отдалённые медицинские последствия у казахстанцев, пострадавших от военных и техногенных катастроф XX века

АБДУЛИН А. А., АБДУЛДАЕВА А. А., БЕСЕНОВА А. А., ДОСЖАНОВА Ж. А.

Әскери және XX ғасырдың жоғары техногендік апаттарынан зардап шеккен қазақстандықтардың кейінен пайда болған аурулары

ABDULIN A. A., ABDULDAYEVA A. A., BESSENOVA A. A., DOSZHANOVA ZH. A.

Long-term health effects in Kazakhstan, suffered by the war and the largest man-made disasters of the twentieth century.....7

АБИЛЬДИНОВА Г. Ж., НАГИМТАЕВА А. А., БАЯНОВА М. Ф., НАЗЫРОВА Р. А., УЦИЕВА М.

Мониторинг врожденных пороков развития и наследственной патологии

ӘБІЛДИНОВА Г. Ж., НАҒЫМТАЕВА А. А., БАЯНОВА М. Ф., НАЗЫРОВА Р. А., УЦИЕВА М.

Дамытудың туа біткен кемістіктері мен тұқым қуалайтын патологияның мониторингі

ABILDINOVA G., NAGIMTAYEVA A., BAYANOVA M., NAZYROVA R., UTSIYEVA M.

Monitoring of congenital developmental anomalies and hereditary pathology.....11

АЛИЕВА Ж. Н.

Анализ кадрового потенциала средних медицинских работников службы крови в Республике Казахстан

АЛИЕВА Ж. Н.

Қазақстан Республикасында қан қызметінің орта медициналық қызметкерлерінің кадрлар әлеуетін талдау

ALIEVA ZH.

Analysis of nurses potential in blood service of Kazakhstan.....16

АХМЕДОВ А., САМАДОВА Г. А., ДУЙСЕНОВА Г. А., СУЛТАНБЕКОВА Б. М.

Семейная медицинская сестра – новый специалист на ПМСП в Республике Таджикистан

АХМЕДОВ А., САМАДОВА Г. А., ДҮЙСЕНОВА Г. А., СҮЛТАНБЕКОВА Б. М.
Отбасылық мейірбике - Тәжікстан Республикасының алғашқы медициналық-санитарлық көмек қызметіндегі жаңа маман
AKHMEDOV A., SAMADOVA G. A., DUISSENOVA G. A., SULTANBEKOVA B. M.
A family nurse is new specialist in the primary care in the Republic of Tajikistan.....18

БҮРКІТБАЕВ Ж. К., РАЙСОВ С. Д., МАҒЗУМОВА Р. З., ОМАРОВА А. К.,
ТУРГАМБАЕВА А.К.
Изучение макросреды формирования регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток в Казахстане
БҮРКІТБАЕВ Ж. К., РАЙСОВ С. Д., МАҒЗУМОВА Р. З., ОМАРОВА А.К., ТУРҒАМБАЕВА А. Қ.
Қазақстанда гемопоэтикалық дінгек жасушалары донорларының регистрін қалыптастырудың макроортасын зерттеу
BURKITBAYEV ZH. K., RAISOV S. D., MAGZUMOVA R. Z., OMAROVA A. K.,
TURGAMBAEVA A.K.
Study of macromedia in formation of hematopoietic stem cells donor registry in Kazakhstan.....21

БҮРКІТБАЕВ Ж. К., МАҒЗУМОВА Р. З., АЛИЕВА Ж. Н., БАБАТОВА А. М.
АХМЕТКЕРЕЙ А. К., ҚУАНЫШБАЙ Ж. С., ТЕРЕКУЛОВА А. К.
Управленческие технологии службы крови в Республике Казахстан
БҮРКІТБАЕВ Ж. К., МАҒЗУМОВА Р. З., АЛИЕВА Ж. Н., БАБАТОВА А. М.,
АХМЕТКЕРЕЙ А. К., ҚУАНЫШБАЙ Ж. С., ТЕРЕҚҰЛОВА А. К.
Қазақстан Республикасында қан қызметін басқару технологиялары
BURKITBAEV Z., MAGZUMOVA R., ALIYEV J., BABATOVA A.,
AHMETKEREY A., KUANYSHBAY ZH., TEREKULOVA A.
Management's technology of blood services in Kazakhstan.....27

БҮРКІТБАЕВ Ж. К., МАҒЗУМОВА Р. З., АЛИЕВА Ж. Н., ДЕМИН Н. А.,
КАМАЛОВА Г. А., САБИРОВА Л. Е., ДАРЖУМАНОВА К. М., ТЕРЕКУЛОВА А. К.
Кадровый менеджмент службы крови в Казахстане
БҮРКІТБАЕВ Ж. К., МАҒЗУМОВА Р. З., АЛИЕВА Ж. Н., ҚАМАЛОВА Г. А., САБИРОВА Л. Е.,
ДАРЖҰМАНОВА К. М.
Қазақстанда қан қызметінің кадрлық әлеуеті
BURKITBAY Z., MAGZUMOVA R., ALIEVA Z., KAMALOVA G., SABIROVA L.,
DARZUMANOVA K.
Analysis of human blood services building in Kazakhstan.....30

ДОСЖАНОВА Ж. А., АБДУЛДАЕВА А. А.
Структура заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста на стационарном этапе
ДОСЖАНОВА Ж. А., АБДУЛДАЕВА А. А.
Стационарлық кезеңінде егде және қарт жастағы адамдардың аурушандығының құрылымы
DOSZHANOVA G. N., ABDULDAEVA A. A.
Structure of morbidity of the elderly and senile age persons on the stationary stage.....34

ЕСКАРАЕВ Т. Ш., ЫРЫМБАЕВА Н. Ж., ТӨСЕКБАЕВ К. Д., ИСМАЙЛОВА Ж. С.
Анализ работы службы скорой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях
ЕСКАРАЕВ Т. Ш., ЫРЫМБАЕВА Н. Ж., ТӨСЕКБАЕВ К. Д., ИСМАЙЛОВА Ж. С.
Жедел жәрдем қызметінің төтенше жағдайлар кезіндегі жұмысын талдау
YESKARAYEV T. SH., YRYMBAYEVA N. ZH., TOSEKBAYEV K.D., ISMAILOVA ZH.S.
Analysis of health care services in emergency.....36

ИГИСИНОВ Н. С., КИСАЕВ Е. В., ИЛЬЯСОВ С. Ж.

Заболеваемость злокачественной опухолью центральной нервной системы в Иртышской экологической зоне Казахстана

ИГИСИНОВ Н. С., КИСАЕВ Е. В., ИЛЬЯСОВ С. Ж.

Қазақстанның ертіс экологиялық аймағындағы орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісігімен ауыру көрсеткіштері

IGISSINOV N., KISSAYEV Y., ILYASOV S. G.

Incidence rate of malignant tumors of the central nervous system in the Irtysh ecological zone of Kazakhstan.....39

КУМПЕИСОВА Р. У.

Роль ПМСП при реформировании системы здравоохранения на примере деятельности врачебной амбулатории на селе

ҚҰМПЕИСОВА Р. У.

Ауылдық дәрігерлер амбулаториясы қызметінің мысалында денсаулық сақтау жүйесін реформалау кезіндегі бастапқы медициналық-санитарлық көмектің рөлі

KUMPEISSOVA R.U.

Primary health care role in reform on the example of outpatient clinics in rural areas.....43

ЛИ И. И.

Дальнейшее совершенствование финансово-экономической системы в государственном диагностическом центре на праве хозяйственного ведения

ЛИ И. И.

Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік диагностикалық орталықта қаржы-экономикалық жүйені бұдан кейін жетілдіру

LEE I. I.

Improvement of financial and economic system in state diagnostic center at the right of economic control.....47

ТЕКЕБАЕВА А. М., ХОЖАМУРАТОВА Н. К.

Влияние электромагнитных полей антропогенной природы на здоровье населения

ТЕКЕБАЕВА А. М., ҚОЖАМУРАТОВА Н. Қ.

Антропогендық электромагнитті өрісінің халық денсаулығына әсері

ТЕКЕБАЕВА А., ҚНОЗНАМУРАТОВА Н.

Influence of the electromagnetic fields of anthropogenic nature on health of human organism.....51

УМИРЗАХОВА К. А.

Пространственно-временная оценка заболеваемости менингитом в Казахстане

ӨМІРЗАҚОВА К. А.

Қазақстандағы менингит аурын кеңістік-мезгілдік тұрғыдан бағалау

UMIRZAKHOVA K. A.

Space-time estimate of meningitis incidence in Kazakhstan.....55

ЦОЙ А. Н., КАРП Л. Л., ПОТАПЧУК Т. Б., МАТЧАНОВА М. С., БАЙГУЛОВА Г. Б.,

САДИЕВА Г. З., КАРПИКБАЕВА Ж. А.

К проблеме удовлетворенности населения столичного региона качеством медицинских услуг

ЦОЙ А. Н., КАРП Л. Л., ПОТАПЧУК Т. Б., МАТЧАНОВА М. С., БАЙГУЛОВА Г. Б.,

САДИЕВА Г. З., ҚАРПЫҚБАЕВА Ж. А.

Астана өңірі тұрғындарының медициналық қызметтер сапасымен қанағаттануы мәселесі

TSOY A., KARP L., POTARCHUK T.B., MATCHANOVA M., BAYGULOVA G., SADIEVA G.,

KARPIKBAEVA ZH.

To the problem of satisfaction of the capital population by the quality of health care.....58

ЖАНАЛИЕВА М. К.

Постнаталды онтогенез кезіндегі адам несепағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түйіншелері пішіндерінің ерекшеліктері

ЖАНАЛИЕВА М. К.

Особенности лимфоидных образований по форме ткани слизистой оболочки мочеточников и мочевого пузыря человека в постнатальном онтогенезе

ZHANALIEVA M. K.

Peculiar features of lymphoid formations of mucosal membrane of ureters and bladder due to tissue from in postnatal ontogenesis.....63

ЖУСУПОВА А. С., АЛЬЖАНОВА Д. С., НУРМАНОВА Ш. А., СЫЗДЫКОВА Б. Р.,
ДЖУМАХАЕВА А. С., АЛТАЕВА Б. С.

Современная стратегия оказания медицинской помощи больным с инсультом

ЖҮСПОВА А. С., АЛЬЖАНОВА Д. С., НҮРМАНОВА Ш. А., СЫЗДЫҚОВА Б. Р.,

ЖҰМАХАЕВА А. С., АЛТАЕВА Б. С.

Ми инсультіне шалдыққан науқастарға медициналық көмек көрсетудің заманауи стратегиясы

ZHUSUPOVA A. S., ALZHANOVA D. S., NURMANOVA SH. A., SYZDYKOVA B. R.,

DZHUMAKHAYEVA A. S., ALTAYEVA B. S.

Care strategy for patients with cerebral stroke.....66

ИСКАКОВ А. И., БЕГАЛИН А. К., АЙТБАЕВ Р. С., ШИЛЬДЕБАЕВ Е. К.

Применение микрохирургического метода при лечении больных с варикоцеле

ЫСҚАҚОВ А. И., БЕГАЛИН А. К., АЙТБАЕВ Р. С., ШИЛЬДЕБАЕВ Е. К.

Варикоцелемен ауыратын науқастарды емдеу кезінде микрохирургиялық әдісті қолдану

ISKAKOV A. I., BEGALIN A. K., AITBAYEV R. S., SHILDEBAYEV YE. K.

Microsurgical method at the treatment of patients with varicocele.....70

КАРИБАЕВ К. Р., МАХАНОВ Д. И.

Динамика показателей сократимости миокарда у больных, перенесших стентирование коронарных артерий

КӘРІБАЕВ Қ. Р., МАХАНОВ Д.Ү.

Коронарлық артерияларын стенттеу жасалған науқастардың миокарды жиырылуы көрсеткіштерінің динамикасы

KARIBAEV K. R., MAKHANOV D.I.

Dynamics of indices of myocardial contractility in patients undergoing coronary stenting.....72

КАМАЛИЕВА Б., АБИЛЬДИНОВА Г. Ж., БАЯНОВА М. Ф., БОРОВИКОВА А. В., ВИБЕ А. П.

Роль генетических факторов в диагностике идиопатического бесплодия у мужчин

КАМАЛИЕВА Б., ӘБИЛЬДИНОВА Г. Ж., БАЯНОВА М. Ф., БОРОВИКОВА А. В., ВИБЕ А. П.

Ер адамдардағы идиопатиялық бедеуліктің диагностикасындағы генетикалық факторлардың ролі

KAMALIEVA B., ABILDINOVA G., BAYANOVA M., BOROVIKOVA A., WIEBE A.

The role of genetic factors in the diagnostics idiopathic male infertility.....74

МАХАНОВ Д. И.

Оценка гемодинамической эффективности кардиоресинхронизирующей терапии у пациентов с застойной сердечной недостаточностью

МАХАНОВ Д. И.

Іркілген жүрек кемістігі бар емделушілерге кардиоресинхронды терапия жүргізудің гемодинамикалық тиімділігін бағалау

МАКНАНОВ D. I.

Assessment of hemodynamic performance cardioresynchronizing therapy in patients with congestive heart failure.....78

НОВИКОВ В. М.

Изменения окклюзионных параметров аксиограмм больных с дисфункциональными нарушениями ВНЧС и детерминированными нарушениями окклюзии на фоне системных ревматоидных поражений

НОВИКОВ В. М.
Жүйелі ревматоидтік зақымдар кезінде самай-шықшыт буынының дисфункциялық бұзылыстары мен окклюзияның детерминирланған бұзылыстары бар науқастар аксиограммасының окклюзиялық параметрлерінің өзгеруі

NOVIKOV V. M.

Changes of occlusion parameters of patient's axiograms with disfunctional tmj disorders and deterministic violations of occlusion with systemic rheumatoid injuries.....81

НИГАЙ Р. В.

МРТ в диагностике травм коленного сустава

НИГАЙ Р. В.

Тізе буыны жаракаттарын анықтаудағы МРТ

NIGAY R. V.

MRI in the diagnosis of knee injuries.....85

ПЕТРЕНКО О. Л., ХОРОШАШ Г. Н., АЖИБАЕВ Ж. Н., КЕРИМКУЛОВ С. С.,
ОМАРКУЛОВ А. Р.

Применение маммопластики собственными тканями при раке молочной железы

ПЕТРЕНКО О. Л., ХОРОШАШ Г. Н., АЖИБАЕВ Ж. Н., КЕРИМҚҰЛОВ С. С.,
ОМАРҚҰЛОВ А. Р.

Сүт безінің обыры кезінде өз тінімен маммопластика жасау әдісі

PETRENKO O. L., KHOROSHASH G. N., AZHIBAYEV ZH. N., KERIMKULOV S. S.,
OMARKULOV A. R.

Mammoplasty method in breast cancer by own tissues.....86

САМАДОВА Г. А., МУЛЛОЕВ А. М., ДОДОБАЕВА Б. С., САРСЕНОВА С. В.,
БУЛАБАЕВА Г. Ж.

Анализ работы команды семейных специалистов по антенатальному уходу за беременными женщинами

САМАДОВА Г. А., МУЛЛОЕВ А.М., ДОДОБАЕВА Б. С., САРСЕНОВА С. В.,
БУЛАБАЕВА Г. Ж.

Жүкті әйелдерге антенаталдік күтім жасау жөніндегі отбасылық мамандар командасының жұмысын талдау

SAMADOVA G. A., MULLOEV A. M., DODOBAEVA B. S., SARSSENOVA S.V.,
BULABAYEVA G. ZH.

Analysis of the work of family team specialists on antenatal care of pregnant women.....89

СИРОТКИНА И. Ю.

Уровень трансаминаз при алкоголизме

СИРОТКИНА И. Ю.

Маскүнөмдік кезіндегі трансаминаза деңгейі

SIROTKINA I.YU. Transaminase levels in alcoholism.....	93
ТИЩЕНКО И. Ф. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей в практике педиатра ТИЩЕНКО И. Ф. Педиатр тәжірибесінде балалардың зейіні мен аса белсенділігінің жеткіліксіздігі синдромы TISHCHENKO I. F. Syndrome of attention deficit and hyperactivity in pediatric`s practice.....	97
ТИЩЕНКО И. Ф. Частота встречаемости ОРЗ у детей с детским церебральным параличом ТИЩЕНКО И. Ф. Балалардың церебралдық параличтіне шалдыққан балалардың жіті респираторлық аурумен науқастану жиілігі TISHCHENKO I. F. Frequency of occurrence of acute respiratory infections in children with ICP.....	99
ТУЛЕБАЕВ Р. К., ДЖАНДАЕВ С. Ж., МУСТАФИН А. А., ЖОЛДЫБАЕВА З. Т., МЕРГЕНТАЙ А. Обоснование хирургической коррекции нарушений аэродинамики носа при искривлении носовой перегородки ТӨЛЕБАЕВ Р. К., ДЖАНДАЕВ С. Ж., МУСТАФИН А. А., ЖОЛДЫБАЕВА З. Т., МЕРГЕНТАЙ А. Мұрынның кеңсірік қалқасының қисаюы кезінде аэродинамикасы бұзылыстарын хирургиялық тәсілмен түзетуді дәлелдеу TULEBAYEV R. K., DZHANDAYEV S. J., MUSTAFIN A. A., ZHOLDYBAYEVA Z. T., MERGENTAY A. Nasal aerodynamics disturbances due to nasal septum deviation and foundation of rhinosurgical treatment.....	102
ТУЙШИЕВ Б. С. Опыт использования тепловой кровяной кардиopleгии при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения ТҮЙШИЕВ Б. С. Жасанды қанайналымында жүрекке операция жасау кезінде миокардты қорғау үшін жылы қан кардиopleгиясын қолдану тәжірибесі TUYSHIEV B. S. Experience in the use of thermal blood cardioplegia to protect myocardium during cardiac surgery under cardiopulmonary bypass.....	106
ЧОРМАНОВА Р. Р., БАЛКОВОЙ В. В., МАЙЛЫБАЕВ М. Н. Особенности реконструктивных операций на позвоночнике под рентгенологическим контролем ЧОРМАНОВА Р. Р., БАЛКОВОЙ В. В., МАЙЛЫБАЕВ М. Н. Рентгенологиялық бақылаумен омыртқаны қалпына келтіру операцияларын жасау тәжірибесі CHORMANOVA R. R., BALKOVOY V.V., MAILYBAEV M. N. Reconstructive operations on the spine under x-ray control.....	109
ЧОРМАНОВА Р. Р. Применение скрининговых маммографических исследований для выявления новообразований молочной железы	

ЧОРМАНОВА Р. Р.

Сүт бездеріндегі жаңа өскпелерді анықтау үшін скрининг ретінде маммографиялық зерттеулерді қолдану

CHORMANOVA R. R.

The use of mammography as a screening for breast cancer tumors.....111

ХАСАНОВА У., ТУРЕБАЕВ С.

Осложнения при преждевременном излитии околоплодных вод

ХАСАНОВА У., ТУРЕБАЕВ С.

Қағанак суы мезгілінен бұрын кетугі кезіндегі асқынулар

KHASSANOVA U., TUREBAEV S.

Complications with preterm rupture of membranes113

*Актуальные вопросы гастроэнтерологии
и питания*

*Гастроэнтерология және тамақтанудың көкейінстық сұрақтары
Topical issues of gastroenterology and food*

ДОЛГИХ Т. И.

Современные биомаркеры патологии желудочно-кишечного тракта (неинвазивная диагностика)

ДОЛГИХ Т. И.

Асқазан-ішек жолдары патологиясының қазіргі заманғы биомеркерлері

DOLGIKH T. I.

Advanced biomarkers of pathology of the gastrointestinal tract (non-invasive diagnosis).....116

КОТЕЛЕВЕЦ С. М.

Основы серологического скрининга предрака желудка в рамках государственных целевых программ на примере Российской Федерации

КОТЕЛЕВЕЦ С. М.

Ресей Федерациясы мысалында мемлекеттік мақсаттағы бағдарламалар аясында асқазанның обыралды ауруының серологиялық скринингінің негіздері

KOTELEVETS S.M.

Basis of serological screening of precancerous gastric within the state target program on an example of the Russian Federation.....122

САБЛИН О. А.

Helicobacter pylori и рак желудка. Возможности эрадикационной терапии

САБЛИН О. А.

Helicobacter pylori және асқазан обыры. Эрадикациялық терапияның мүмкіндіктері

SABLIN O. A.

Helicobacter pylori and stomach cancer. Features of eradication therapy.....127

САЛХАНОВ Б. А., АЛДАШЕВА Ж. А., ДЖУСУПОВА Е. С.

Взгляд на современное состояние вопроса о лечебном питании

САЛХАНОВ Б. А., АЛДАШЕВА Ж. А., ДЖУСУПОВА Е. С.

Емдік тамақтанудың қазіргі заманғы жағдайына деген көзқарас

SALKHANOV B. A., ALDASHEVA ZH. A., JUSSUPOVA YE. S.

View at the current state of the question of clinical nutrition.....134

ШЕВЯКОВ М. А.

Кандидоз слизистых оболочек пищеварительного тракта: диагностика и лечение

ШЕВЯКОВ М. А.

Аскорыту жолдарының сілемейлі қабығының кандидозы: диагностика мен емі

SHEVYAKOV M. A.

Candidiasis of the mucous membranes of the digestive tract: diagnosis and treatment.....138

*Обзоры
Шолу
Review*

БЕКТАЕВА Р. Р.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Барретта: современный взгляд на проблему

БЕКТАЕВА Р. Р.

Гастроэзофагеалдық рефлюкстік ауру және Барретт өңеші: мәселеге қазіргі заманғы көзқарас

BEKTAJEVA R. R.

Gastroesophageal reflux disease and Barretts's esophagus: current view at the problem.....144

БЕРДИЧЕВСКИЙ В. Б., ИЛЬЯСОВ С. Ж.

Функции нижних мочевых путей в норме и патологии, диагностика и лечение

БЕРДИЧЕВСКИЙ В. Б., ИЛЬЯСОВ С. Ж.

Несепағар төменгі жолдарының функциясы, нормасы, патологиясы, диагностикасы мен емі

BERDICHEVSKY V. B., ILYASSOV S. ZH.

Features of the lower urinary tract in normal and pathology diagnosis and treatment.....148

КУСАИНОВА Э., ТУРГАМБАЕВА А.К., КОЖАХМЕТОВА Э.А.

Международный и отечественный опыт внедрения стандартов качества join commission international (JCI) в медицинские организации

КУСАИНОВА Э., ТУРГАМБАЕВА А. Қ., КОЖАХМЕТОВА Э. А.

Join commission international (JCI) сапа стандарттарын медициналық ұйымдарда енгізу халықаралық және отандық тәжірибесі

KUSAINOVA E., TURGAMBAEVA A. K., KODJAHMETOVA E. A.

International and national experience of introduction of the join commission international (JCI) quality standards in healthcare organizations.....154

*Вопросы экспериментальной медицины
Эксперименттік медицина мәселелері
Issues of experimental medicine*

БУРКИТБАЕВ Ж. К., РАИСОВ С. Д., ТУРГАНБЕКОВА А. А., ОМАРОВА А. К.

Роль лаборатории иммунологического типирования в трансплантации органов и тканей

БУРКИТБАЕВ Ж. К., РАИСОВ С. Д., ТУРГАНБЕКОВА А. А., ОМАРОВА А. К.

Тіндер мен ағзаларды трансплантациялауда иммунологиялық типтендіру зертханасының рөлі

BURKITBAYEV ZH. K., RAISSOV S. D., TURGANBEKOVA A. A., OMAROVA A. K.

Role of laboratory for immunological typing of organ and tissue transplantation.....159

КАЗБЕКОВА А.Т., ШАЙДАРОВ М. З., МУХАМБЕТОВ Д. Д., СЕЙТЕМБЕТОВА А. Ж., АДЕКЕНОВ С. М.

Изучение антиоксидантной активности *in vitro* некоторых терпеноидов и экстрактов полыни

ҚАЗБЕКОВА А.Т., ШАЙДАРОВ М. З., МУХАМБЕТОВ Д. Д., СЕЙТЕМБЕТОВА А. Ж.,
ӘДЕКЕНОВ С. М.

In vitro жусанның кейбір терпендер және сығындысының антиоксиданттық белсенділігін зерттеу
KAZBEKOVA A.T., SHAIDAROV M. Z., MUHAMBE TOV D. D., SEITEMBETOVA A. J.,
ADEKENOV S. M.

The study of antioxidant activity of terpenoids and extracts of artemisia in vitro.....165

ПЛИСКА Н. Н.

Динамика частоты выделения кандид у детей с уроинфекциями

ПЛИСКА Н. Н.

Уроинфекциялары бар балаларда кандид пайда болуы жиілігінің динамикасы

PLISKA N. N.

Dynamic frequency of candid allocation in children with uroinfection.....169

ХАМИТОВ М. К.

Цитология содержимого брюшной полости как прогностический тест послеоперационных
осложнений распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей

ХАМИТОВ М. К.

Балалардағы аппендикулярлық перитониттің кең таралған түрлерінің операциядан кейінгі
асқынуларының болжамы ретінде құрсақ қуысының бөлінділерінің цитологиясын зерттеу

КНАМИТОВ М. К.

Cytology of abdominal contents as a predictor test of postoperative complications of common forms of
appendicular peritonitis in children.....173

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

*Случаи из практики
Практикадан алынған жағдайлар
Cases from practice*

БАШЕЕВ Б. К.

Случаи повреждений травматическим патроном при выстреле из огнестрельного бесствольного
оружия (пистолет пб-4)

БАШЕЕВ Б. К.

Оқ ататын ұңғымасыз қарудан (пб-4 пистолеті) ату барысында травматикалық оқтан жарақаттану
оқиғалар

VASHEEV B. K.

Cases of traumatic injuries cartridge when fired from the fire tubeless weapon (gun pb-4).....177

*Реферативные статьи
Реферативтік мақалалар
Essay articles*

АЛАЕВ Ю. П., ОВЧАРОВ А. В.

Модернизация системы теплообеспечения больницы

АЛАЕВ Ю. П., ОВЧАРОВ А. В.

Аурухана бөлімшелерін жылумен қамтамасыз ету жүйелерін жаңғырту

ALAYEV YU. P., OVCHAROV A.V.

Modernization of the system to ensure warmth of the hospital.....180

- АЛИЕВА Ж. Н.
Ситуационный анализ мониторинга деятельности службы крови Республики Казахстан за 6 месяцев 2012 года
АЛИЕВА Ж. Н.
2012 жылдың 6 айы ішінде Қазақстан Республикасындағы қан қызметінің мониторингін салыстырмалы талдау
ALIYEV ZH.
Situational analysis monitoring of blood services of Kazakhstan for 6 months in 2012.....181
- БАРЛУБАЕВА К. С.
Опыт применения препарата «Назонекса» при аллергическом рините
БҰРЛЫБАЕВА К.
Аллергиялық ринит кезінде «Назонекс» дәрісін қолдану тәжірибесі
BARLUBAEVA K.
Experience of «Nazonex» using in allergic rhinitis cases.....183
- БАРЛУБАЕВА К. С.
Препарат «Синупрет» в амбулаторной отоларингологии
БҰРЛЫБАЕВА К.
Амбулатория отоларингологиясында «Синупретті» қолдану тәжірибесі
BARLUBAEVA K.
«Sinupret» in the outpatient otolaryngology.....185
- БАРЛУБАЕВА К. С.
Анализ антибиотикотерапии острого синусита на амбулаторно-поликлиническом этапе
БҰРЛЫБАЕВА К.
Амбулаториялық-емханалық кезеңде жіті синуситтің антибиотикотерапиясын талдау
BARLUBAEVA K.
Antibiotic treatment of acute sinusitis analysis on stage the outpatient.....187
- ДАНИЛОВА З. В.
Мониторинг микроциркулярного кровотока
ДАНИЛОВА З. В.
Микроциркулярлық қанағымның мониторингі
DANILOVA Z.V.
Monitoring of the microcircular blood-groove189
- ЖАНАБЕРГЕНОВА Э. Ж.
Изменения функции щитовидной железы во время беременности
ЖАНАБЕРГЕНОВА Э. Ж.
Жүктілік кезінде қалқаншабез функциясының өзгеруі
ZHANABERGENOVA E. Z.
Functions of the thyroid gland in pregnant women.....191
- ИГЛИКОВ А. А., БИДАЙБАЕВА Л. М., ЖАНАБЕРГЕНОВА Э. Ж., ҚАРЖИБАЕВ Е.Т.
Влияние инфекционного процесса на беременность
ИГЛІКОВ А. А., БИДАЙБАЕВА Л. М., ЖАНАБЕРГЕНОВА Э. Ж., ҚАРЖЫБАЕВ Е.Т.
Инфекциялық процестің жүктілікке әсері
IGLIKOV A. A., BIDAYBAEVA L. M., ZHANABERGENOVA E. Z., KARZHIBAEV E.T.
Influence of infectious process on the pregnancy.....193

- ИГЛИКОВ А. А.
Течение беременности на фоне респираторных заболеваний
ИГЛИКОВ А. А.
Респираторлық аурулар кезінде жүктіліктің барысы
IGLIKOV A. A.
Pregnancy on the background of respiratory diseases.....196
- САДВАКАСОВА Д. Г., СУЛЕЙМЕНОВА Б.К., ШАХМАРДАНОВА Б. Ж.,
СМАГУЛОВА С. Ж.
Некоторые особенности современной серологической лаборатории
САДВАКАСОВА Д. Г., СУЛЕЙМЕНОВА Б.К., ШАХМАРДАНОВА Б. Ж., СМАГУЛОВА С. Ж.
Заманауи серологиялық зертханаларының кейбір ерекшеліктері
SADVAKASOVA D.G. SULEYMENOVA B.K. SHAHMARDANOVA B.J. SMAGULOVA S.J.
Some futures of modern serological laboratory.....198
- ТУРЕБАЕВ С.
Особенности современного прерывания беременности
ТУРЕБАЕВ С.
Қазіргі заманда түсік түсірудің ерекшеліктері
TUREBAEV S.
Modern interruptions of features pregnancy.....203
- ШАЛҚАРОВА Р. З.
Опыт применения аппарата «Оптодан» в ретенционном периоде у пациентов с заболеваниями
пародонта
ШАЛҚАРОВА Р. З.
Пародонта ауруы бар науқастарға ретенциялық кезеңде «Оптодан» аппараттың қолдану тәжірибесі
SHALKAROVA R. Z.
Experience of “Optodan” machine in retention period in patients with of periodontal diseases.....206
- ЧЕПУРКО К. И.
Опыт применения антиглаукомного препарата «Азарга»
ЧЕПУРКО К. И.
Глаукомаға қарсы «Азарга» дәрісін қолдану тәжірибесі
CHERPURKO K. I.
Our experience with the antiglaucoma’s preparation «Azarga».....208
- ХАСАНОВА У.
Методы лечения эндометриоза
ХАСАНОВА У.
Эндометриозды емдеу іәдістері
KHASSANOVA U.
Methods of treatment of the endometriosis.....210

*Правила оформления статей
Мақалаларды әзірлеу сiмдеу ережелері
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 высылаеtся, 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. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.

14. 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 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