МЕДИЦИНА

12/138 2013

Международный профессиональный журнал

ISSN-1728-452X

Издается с 2000 года

Информационный орган Академии клинической и фундаментальной медицины

Главный редактор **СЕЙСЕНБАЕВ А.**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аканов А. (Алматы)
Алибек К. (Астана)
Алчинбаев М. (Алматы)
Атшабар Б. (Алматы)
Ботабекова Т. (Алматы)
Денг В. (Новый Орлеан)
Ейсман Д. (Сидней)
Кубота Т. (Токио)
Лифшиц Г. (Тель-Авив)
Муминов Т. (Алматы)
Нуренберг П. (Кельн)
Омарова М. (Алматы)
Ормантаев К. (Алматы)
Сейбел М. (Сидней)
Тупицин Н. (Москва)
Спектор Т. (Лондон)
Хамзина Н. (Астана)
Шарманов Т. (Алматы)

Chief editor **SEISENBAYEV A.**

EDITORIAL BOARD

Akanov A. (Almaty)
Alibek K. (Asnana)
Alchinbaev M. (Almaty)
Atchabar B. (Almaty)
Botabekova T. (Almaty)
Deng W. (New Orleans)
Eisman J. (Sydney)
Kubota T. (Tokyo)
Lifshits G. (Tel-Aviv)
Muminov T. (Almaty)
Nurenberg P. (Koln)
Omarova M. (Almaty)
Ormantaev K. (Almaty)
Seibel M. (Sydney)
Tupicin N. (Moscow)
Sharmanov T. (Almaty)
Spector T. (London)
Hamzina N. (Astana)

III ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

20-21 февраля 2014 г. в Москве состоится III ежегодный Евразийский конгресс кардиологов. Место проведения – Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

Научная программа конгресса посвящена современным аспектам и достижениям кардиологической науки в мире, новым направлениям профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, развитию и применению передовых технологий в кардиологии и повышению качества кардиологической помощи населению.

В работе конгресса с докладами примут участие известные учёные – кардиологи, кардиохирурги, неврологи, эндокринологи, терапевты и специалисты других смежных специальностей из разных стран.

На Конгрессе будут рассмотрены следующие вопросы: Организационные вопросы оказания кардиологической помощи; Артериальная гипертония; Возможности интервенционной кардиологии; Кардиохирургия; Нарушения ритма и проводимости; Сердечная недостаточность; Острый коронарный синдром с подъёмом и без подъёма сегмента ST; Визуализации в кардиологии; Атеросклероз; Тромбозы; Биомаркёры в кардиологии; Эпидемиология. Первичная и вторичная профилактика. Вопросы реабилитации; Поражение сердца при эндокринных патологиях; Клиническая фармакология кардиологических лекарственных препаратов; Диагностика заболеваний сердца и сосудов; Заболевания сердца у детей; Воспалительные заболевания сердца и сосудов

Организаторы: ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Евразийская Ассоциация Кардиологов

Контактная информация: 121552, Москва, 3-я Черепковская, 15а. Тел.: +7 (495) 414-62-70, тел./факс: +7 (495) 414 -62-14, +7 (499) 149-08-51; эл. почта: congress@cardioweb.ru, congress-cardio@cardioweb.ru, веб: www.cardioweb.ru. Эл. почта: congress-cardio@cardioweb.ru

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендованных Комитетом по надзору и аттестации в сфере образования и науки Министерства образования и науки РК, для публикации основных научных результатов исследований.

Опубликованные материалы не всегда отражают точку зрения редакции.
Ответственность за достоверность фактов и сведений в публикациях несут авторы.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ **Назгюль Шарпен**
ВЕДУЩИЙ МЕНЕДЖЕР **Сахиба Аскар**
АРТ-ДИРЕКТОР **Александра Пак**
КОРРЕКТОР **Татьяна Панфилова**

№12 (138), декабрь, 2013 г.

Подписной индекс **75702.**

СОБСТВЕННИК:
ТОО «Издательство «Здравоохранение Казахстана»
Журнал поставлен на учет в Министерстве культуры и информации Республики Казахстан.
Свидетельство о постановке на учет **№**9847-ж от 20.01.2009 г.

Периодичность: ежемесячно. Тираж 5000 экз.

Перепечатка статей, опубликованных в журнале "Медицина", и использование их в любой форме, включая электронные СМИ, без согласия редакции запрещены.

АДРЕС И РЕКВИЗИТЫ ЖУРНАЛА:
050009, Алматы, пр. Абая, 155, оф. 4.
Тел./факс: **266-37-26, 394-30-14, 266-29-41**
E-mail: **mcn@medzdrav.kz**
ИИК KZ538560000000010776,
ОАО «Банк ЦентрКредит», код 719,
БИК KCJBKZKX, РНН 600900017696, БИН 060440013521

Подписано в печать 31.12.2013 г. Заказ **№23.**

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

УДК 616-053.921:314

А.К. АБИКУЛОВА, А.К. ЕШМАНОВА, Д.Ж. ТУЛЕУОВА
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ФОРМИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК ОСНОВА СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В статье рассчитаны некоторые демографические показатели населения Республики Казахстан, а также их прогноз до 2018 года, которые должны учитываться в разработке концептуальных документов реформирования и внедрения усовершенствованной системы пенсионного обеспечения.

Ключевые слова: *демографические показатели, люди старшего возраста, социальная политика.*

Современная демографическая ситуация в Казахстане характеризуется устойчивой тенденцией – динамичным увеличением доли лиц старшего возраста, что соответствует общемировому процессу старения населения. Процесс старения населения, выражающийся в возрастании доли людей старшего возраста, вызван снижением суммарного коэффициента рождаемости и ростом продолжительности жизни: он наблюдается сегодня практически повсеместно. Согласно прогнозам ООН, к 2050 г. число пожилых людей составит около 1,5 млрд., что соответствует 14,7% от общей популяции [1].

Одно из последствий старения населения – рост пенсионных затрат. Сейчас в большинстве развитых стран возраст выхода на пенсию составляет 65 лет [2]. В Казахстане повышение пенсионного возраста рассматривается как возможный способ снижения демографической нагрузки на трудоспособное население [3]. Недавно опубликованный ООН сборник «World Population Policies 2003» наглядно демонстрирует, какое значение отводят правительства разных стран демографическим проблемам, связанным со старением населения, а также социальной поддержки пожилых людей [4].

Обеспечение социальной безопасности Республики Казахстан является актуальной задачей социальной политики, важным фактором развития страны [5]. Социальную безопасность можно представить как систему реализации витальных и социальных потребностей, включающих социальное государство, социальную политику и социальную работу [6].

Социальная безопасность, как основа социальной политики, – это не только предотвращение опасности для общества в целом, сколько такое его состояние, которое позволяет каждому человеку и, в целом, социальной группе людей старшего возраста в полной мере реализовывать и наращивать свой созидательный потенциал в рамках реализации национальной стратегии Мадридского плана действий по проблемам старения (МПД).

В Концепции МПД [7] большое внимание уделено ресурсному потенциалу человека старшего возраста, показано новое видение расширяющихся возможностей как для своего развития, так и для развития современного общества. В связи с этим качественный рост человеческого потенциала, в том числе группы лиц старшего возраста как одной из самых быстрорастущих в Казахстане, является одним из важных факторов устойчивого экономического и социального развития нашей страны [8, 9].

Встает вопрос о необходимости создания Концепции социальной политики в отношении лиц старшего возраста, где должны быть представлены аспекты социальной безопасности, которые непосредственно связаны с возрастной структурой общества, являющейся существенным фактором демографического развития, играющей инерционную и стабилизирующую роль в процессе воспроизводства населения.

В соседней России в отдельных работах были рассмотрены вопросы региональной безопасности на европейском Севере России [10], показатели и принципы осуществления социальной безопасности личности в региональном контексте, связанном с разными сферами жизнедеятельности личности на Севере [11]. Отмечено, что социальная безопасность зависит от состояния экономики, развития социальной сферы, экологической ситуации и развития демографических процессов.

Для характеристики старения населения в демографических исследованиях чаще используется такой показатель, как доля лиц старше 60 лет в общей численности населения.

Для экономического анализа очень важны показатели старения, связанные с демографической нагрузкой, которая рассчитывается как отношение числа детей и/или лиц старше трудоспособного возраста к численности трудоспособного населения, умноженное на 100. Помимо общей демографической нагрузки нас может интересовать показатель нагрузки, учитывающий только лиц старше трудоспособного возраста, и доля этого показателя в общей демографической нагрузке.

Демографические прогнозы являются неотъемлемой частью управления социально-экономическим управлением страны на разных уровнях. Необходимость демографического прогнозирования связана с задачами планирования социально-экономических процессов, в частности в развитии социальной инфраструктуры, здравоохранения, образовании, пенсионной системы.

Цель исследования – рассчитать некоторые демографические показатели населения Республики Казахстан, а также их прогноз до 2018 года.

Материал и методы

Материалы исследования базировались на официальных данных Агентства РК по Статистике [12]. Для расчета общепринятых международных коэффициентов нами использованы данные структурно-уровневых возрастных когорт в целом по республике. Нами использованы следующие демографические показатели: доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения; общая демографическая нагрузка; демографическая нагрузка за счет лиц старше трудоспособного возраста.

Расчет демографических коэффициентов производился по формулам:

1. Доля лиц старше 60 лет – (W60=(Р60 лет и старше/Р)·100, где Р – общая численность населения).

2. Общая демографическая нагрузка – (Р60 лет и старше+Р0–14)/Р15–59)·100, где Р – численность данной возрастной группы.

Таблица 1 – **Динамика доли лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения в РК с 2008 по 2018 годы**

Показатель	2008 г.	2010 г.	2012 г.	Прогноз		
				2014 г.	2016 г.	2018 г.
Численность населения в возрастной группе от 60 лет и старше	1548013	1633806	1723796	1810988	1898880	1986771
Общая численность населения	15982343	16441959	16912349	17375556	17840559	18305562
Доля лиц старше 60 лет (W60), %	9,7	9,9	10,2	10,4	10,6	10,9

Таблица 2 – **Динамика общей демографической нагрузки в РК с 2008 по 2018 годы**

Показатель	2008 г.	2010 г.	2012 г.	Прогноз		
				2014 г.	2016 г.	2018 г.
Численность населения в возрастной группе от 60 лет и старше	1548013	1633806	1723796	1810988	1898880	1986771
Численность населения в возрастной группе 0-14 лет	3848882	4031337	4303199	4515456	4742615	4969773
Численность населения в возрастной группе 15-59 лет	10585448	10776816	10885354	11049112	11199065	11349018
Общая демографическая нагрузка, %	51,0	52,6	55,4	57,3	59,3	61,3

Таблица 3 – **Динамика демографической нагрузки за счет лиц старше трудоспособного возраста в РК с 2008 по 2018 годы**

Показатель	2008 г.	2010 г.	2012 г.	Прогноз		
				2014 г.	2016 г.	2018 г.
Численность населения в возрастной группе от 60 лет и старше	1548013	1633806	1723796	1810988	1898880	1986771
Численность населения в возрастной группе 15-59 лет	10585448	10776816	10885354	11049112	11199065	11349018
Демографическая нагрузка за счет лиц старше трудоспособного возраста	14,6	15,2	15,8	16,4	17,0	17,5

3. Демографическая нагрузка за счет лиц старше трудоспособного возраста – (Р60 лет и старше/Р15–59) • 100.

Расчет прогнозных данных основных демографических показателей проводился с помощью регрессионного анализа, в частности – метода линейной регрессии (y = a + b*t).

Результаты исследования

Одним из самых простых и информативных показателей является доля лиц старше трудоспособного возраста (табл. 1) в общей численности населения, данный показатель относится к структурным и показывает долю лиц определенного возраста в численности всего населения или его части.

Итак, как видно из таблицы, в 2008 году доля лиц старше трудоспособного возраста составляла 9,7±0,01% в общей численности населения, что по классификации Э. Россета относится к «преддверию старения» (8-10%). В 2010 году этот показатель составил 9,9±0,01% и уже к 2012 году он достиг отметки 10,2±0,01%, что относится к группе «собственно старение» (10-12%).

В результате прогноза нами получены следующие данные: в 2014 году – 10,4±0,01%, в 2016 году – 10,6±0,01% и 2018 году – 10,9±0,01%.

Далее нами рассмотрена группа показателей, характеризующих демографическую нагрузку. Одним из них является коэффициент общей демографической нагрузки (ОДН) (табл. 2). Документы ООН отмечают, что социальными группами, зависящими от поддержки государства, являются дети до 15 лет и люди 64 лет и старше. Однако, в связи со средним возрастом выхода на пенсию в Казахстане и выбором, согласно классификации Э. Россета, 60 лет как порогового возраста, рассчитанная нами формула выглядит следующим образом: (Р60 лет и старше+Р0–14)/Р15–59) • 100, где Р – численность данной возрастной группы.

Как видно из таблицы 2, ОДН в 2008 году составляла 51±0,02%, в 2010 году 52,6±0,02% и в 2012 – 55,4±0,02%, то есть отмечается увеличение демографической нагрузки.

Рассчитанный прогноз также свидетельствует о повышении демографической нагрузки на общество непроизводительным населением с 57,3±0,01% до 61,3±0,01%. За 10 лет отмечается увеличение этого показателя на 10%.

Демографическая нагрузка, за счет лиц старше трудоспособного возраста, в период с 2008 по 2012 годы, также имеет тенденцию роста с 14,6±0,01 до 15,8±0,01%. По прогнозным оценкам в ближайшие 5 лет будет также отмечаться увеличение этого показателя с 16,4±0,01 до 17,5±0,01%, что обусловлено существенным увеличением численности лиц старше трудоспособного возраста (табл. 3).

Таким образом, доля лиц старше 60 лет в Казахстане увеличивается с 9,7±0,01% в 2008 году до 10,9±0,01% в 2018 году. В настоящее время наша страна относится к группе «собственно старение» и при сохранении темпов старения мы неуклонно приближаемся к «демографической старости» (12% и более). Старение населения является определяющей демографической тенденцией для большинства стран мира. Если для большинства стран Европы характерна ситуация, когда коэффициент смертности преобладает над коэффициентом рождаемости и одновременно наблюдается отрицательное сальдо миграции, то на территории Казахстана ситуация неравнознач-

на. В северо-восточных регионах и в части центрального Казахстана ситуация схожа со странами Европы, то есть наблюдается старение сверху, когда происходит старение населения из-за быстрого увеличения численности пожилых по сравнению с молодыми возрастами. А в юго-западных регионах республики наблюдается увеличение рождаемости, в результате чего уменьшаются показатели старения населения.

Проблема старения населения увеличивает демографическую нагрузку на трудоспособное население. Так, по рассчитанным нами данным общая демографическая нагрузка и нагрузка за счет лиц старше трудоспособного возраста возрастает. Динамика первого показателя следующая: с 51±0,02% в 2008 году до 61,3±0,01% к 2018 году. Второго: в период с 2008 по 2018 годы также имеет тенденцию роста с 14,6±0,01 до 17,8±0,01%.

Данная тенденция связана с демографической историей нашей страны, в группу населения трудоспособного возраста вступает молодежь, которая родилась после 1995 года, тогда уровень рождаемости в стране был относительно низким. И выбывает из трудоспособного и вступает в пенсионный возраст многочисленное поколение «бэби-бума» послевоенных лет. Это мужчины, родившиеся после 1948 года, и женщины, родившиеся после 1953 года.

Выводы

Текущие процессы изменения возрастной структуры, связанные со старением населения, сопровождаются изменениями в социальной политике, а также в демографической, социальной структурах общества, в системах производства, распределения и потребления. Эти изменения влияют, в конечном счете, на положение всех социальных групп и слоев в государстве. Серьезные перемены происходят в общественном сознании, меняются ценностные ориентации, функции и роль самих пожилых людей в современном обществе. Международные документы указывают на осознание ценности пожилого человека, его вклад в развитие и функционирование общественных систем и возможности активного участия в экономической и культурной жизни общества. При этом важно от простого осознания перейти к построению гибкой геронтосоциальной политики на национальном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее. Национальный отчет о человеческом развитии. – Алматы, 2005. – 144 с.

2 Аканов А.А. Старение населения // Новости здравоохранения. – 2008. – № 17-18. – С. 1

3 Сафарова Г. Демографические аспекты старения населения России // Отечественные записки. – 2005. – №3(24). – С. 35-39

4 Аканов А., Ямашита С., Мейрманов С. и др. Пожилые люди и их проблемы: опыт Японии и Казахстана. – Алматы: Нагасаки, 2008. – 200 с.

5 Музафаров Р.Р., Толкимбаев Г.А., Коккозов Е.Т. Планирование медико-социальной помощи одиноким престарелым и инвалидам // Здравоохранение Казахстана. – 1988. – № 8. – С. 14-17

6 Аканов А.А., Камалиев М.А., Асатова А.Б. Выбор приоритетов здравоохранения в свете социально-экономической модернизации Казахстана // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – 2009. – № 2(50). – С. 26-28

7 Абдрахманова С.Т., Ткаченко В.Б. Особенности медицинской помощи ветеранам Отечественной войны на современном этапе // Здравоохранение Казахстана. – 1994. – № 4. – С. 12-15

8 Kulzhanov M.K., Yegeubaeva S.A. Healthy Ageing Initiatives in Kazakhstan // Book of Abstracts. The 29-th ASPHER Annual Conference. – Valencia: Spain, 2007. – P. 68

9 Арингазина А.М., Егеубаева С.А., Балабаев Т.Ф. Оценка воздействия факторов, формирующих здоровье населения // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни. Профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2009. – № 2. – С. 44-47

10 Кирилов А.В. О реализации городской медико-социальной программы «Гериатрическая помощь в системе хосписов Санкт-Петербурга на 2001-2004 годы» // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко. – М., 2003. – Вып. 10. – С. 143-145

11 Матвеев Э.Н., Злобин А.Н. Потребность пожилых в стационарной медико-социальной помощи // Политика по отношению к здоровью пожилых в России: Материалы консультативного международного семинара. – М: МЗМП РФ, 1995. – С. 100-101

12 Итоги национальной переписи населения 2009 года в Республике Казахстан. Агентство РК по Статистике. – 2010. – С. 302

ТҰЖЫРЫМ

А.К. АБИКУЛОВА, А.К. ЕШМАНОВА, Д.Ж. ТУЛЕУОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ҚАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАСЫ ҮЛКЕН АДАМДАРДЫҢ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ МЕМЛЕКЕТТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК САЯСАТЫНЫҢ НЕГІЗІ РЕТІНДЕ ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖӘНЕ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫНА БАҒА БЕРУ

Кіріспе: Қазақстандағы бүгінгі демографиялық жағдай егде жастағы адамдардың санының тұрақты серпінді өсуімен сипатталады.

Мақсат: Қазақстан Республикасының халқының қартаюын сипаттау үшін кейбір демографиялық көрсеткіштерін есептеп шығару, сонымен қатар оларды 2018 жылға дейін болжамдау.

Материалдар және әдістемелер: ҚР Статистика Агентігінің ресми деректеріне негізделген. Келесі демографиялық көрсеткіштер қолданылған: халықтың жалпы санынан алғанда жұмысқа жарамды жастан жоғары адамдардың үлесі; жалпы демографиялық жүктеме; демографиялық жүктеме жұмысқа жарамды жастан жоғары адамдардың есебінен.

Қорытынды: Қазақстандағы 60 жастан жоғары адамдардың үлесі 2008 жылы 9,7±0,01%-дан 2018 жылы 10,9±0,01%-ға көтеріледі. Жалпы демографиялық жүктеме 2008 жылы 51±0,02%-ден 2018 жылы 61,3±0,01%-ге көтеріледі, сонымен қатар еңбекке қабілеттілігі бар адамдар есебінен болатын жүктеме де солай өседі 14,6±0,01-ден 17,8±0,01% дейін.

Тұжырым: қазіргі жас ерекшелік құрылым барысымен байланысты халықтың қартаюы, әлеуметтік саясаттың өзгеруімен қосақталып жүруі керек.

Негізгі сөздер: *демографиялық көрсеткіштер, жасы үлкен адамдар, әлеуметтік саясат.*

SUMMARY

A.K. ABIKULOVA, A.K. ESHMANOVA, D.J. TOLEUOVA
Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

DEVELOPMENT AND ESTIMATION OF THE IMPORTANCE OF DEMOGRAPHIC INDICATORS AS THE BASIS OF SOCIAL POLICY IN RESPECT OF OLDER PEOPLE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Introduction: Contemporary demographic situation in Kazakhstan is characterized by a steady trend – a dynamic increase in the proportion of the elderly.

Purpose: To Determine some of demographic indicators of the Republic of Kazakhstan, as well as their prognosis until 2018 for the characteristics of aging population.

Materials and methods based on the official data of the Agency for Statistics. Used the following demographic indicators: the proportion of working age people in the total population, the total demographic load, demographic load due to persons older than working age.

Results: The proportion of people aged over 60 in Kazakhstan increased from 9,7±0,01% in 2008 to 10,9±0,01% in 2018. The overall demographic load increases from 51±0,02% in 2008 to 61,3±0,01% in 2018 and the load due to persons older than working age also tends to grow to 14,6±0,01 to 17.8±0,01%%.

Conclusions: the processes of change of age structure of population aging should be accompanied by changes in social policy.

Key words: *demographic indicators older people, social policy.*

УДК 616-053.9:616-058:312.921:314

А.Т. МАНШАРИПОВА, З.Г. КИМ, А.К. ЕШМАНОВА, Н. АХМАД, Г.А. САДЫРОВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

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

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ВОЗРАСТНОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Изучение медико-социальных факторов необходимо для раннего выявления заболеваний, лечения и профилактики. Целью работы было изучение некоторых медико-социальных показателей населения Кордайского района Жамбылской области. В работе дана оценка медико-социальных показателей, выявленных при скрининге сельских жителей, для разработки программ профилактики возрастнозависимых заболеваний.

Ключевые слова*: взрослые, скрининг, медико-социальные показатели, возрастнозависимые заболевания.*

Здоровье населения в интерпретации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определяется как состояние полного физического, духовного и социального благополучия [1, 2]. Оно определяет возможности развития и поддержания образования, профессиональной подготовки и интеллектуального потенциала, устанавливает рамки человеческого капитала и трудовых ресурсов общества. Формирование здоровья обусловлено многими факторами – социально-экономическими и экологическими, образом жизни, возрастом, полом, наследственностью [2].

К основным факторам образа жизни, влияющим на здоровье населения, относятся: психосоциальный статус, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, курение, низкая физическая активность.

Исследования последних лет показали, что психосоциальные факторы вносят значительный вклад в развитие хронических неинфекционных заболеваний, в частности, в развитие и продолжительность коронарной болезни сердца и смертность от нее [3, 4, 5, 6]. В то же время доказано, что при воздействии на психосоциальные факторы можно достичь снижения частоты инфаркта и смертности от коронарной болезни в 50% случаев.

В настоящее время наиболее распространенными причинами смертности, заболеваемости и утраты трудоспособности являются неинфекционные заболевания, включающие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические, хронические заболевания легких, психические расстройства, диабет и т.д.

Поэтому важной общенациональной задачей является предотвращение ухудшения здоровья граждан и стремление к его улучшению путем воздействия на медико-социальные факторы, раннего выявления заболевания, лечения и его профилактики.

Цель работы – изучение некоторых медико-социальных показателей населения п. Отар и п. Гвардейск Кордайского района Жамбылской области.

Материал и методы

С целью раннего выявления сердечно–сосудистых заболеваний и факторов риска их развития, образа жизни и состояния здоровья лиц, проживающих в сельской местности, нами проведено скрининговое исследование неорганизованного взрослого населения п. Отар и п. Гвардейск Кордайского района Жамбылской области.

Общая численность обследованных составила 516 человек в возрасте от 18 лет и старше. Для изучения состояния здоровья населения использована анкета-опросник, разработанная и утвержденная РГП на ПХВ НИИ кардиологии и внутренних болезней.

Были изучены следующие разделы: социально-гигиенический (паспортные данные, образование, социальное положение, профессия и жилищные условия), антропометрические данные (рост, вес, индекс Кетле, объем талии, бедер, индекс объем бедер/объем талии (ОБ/ОТ), генетический (наличие отягощенной наследственности по АГ, ИБС, сахарному диабету, опухолевым заболеваниям желудочно-кишечного тракта, печени), выявление заболеваний: АГ, сахарный диабет (информированности населения об осложнениях сахарного диабета).

Первичная обработка опытных данных проводилась с использованием стандартного пакета программ «Statistica 7.0». Количественные показатели представлены в виде M±m, где M – среднее значение, а m – стандартная ошибка среднего. Для всех показателей анкеты-опросника, характеризующих и количественные, и качественные признаки, указывались абсолютное число и относительная величина в процентах (%). Первичная обработка опытных данных производилась при помощи модуля Basic Statistics/Tables. В этом модуле объединены наиболее часто использую-

щиеся на начальном этапе обработки данных процедуры. Был выбран уровень доверительной вероятности статистического анализа. В медицинских исследованиях наиболее часто используется вероятность 0,95 (95%). Для визуализации описательных статистик использовали соответствующие частотные гистограммы [7].

Результаты и обсуждение

С целью изучения состояния здоровья населения нами выполнен следующий объем работы (табл. 1).

Таблица 1 – **Объем выполненных исследований**

Вид исследования	Кол-во
Анкетирование	516
Антропометрия	516
Физикальный осмотр	516
Определение частоты и характера пульса	516
Измерение АД	516
ЭКГ	516

Нами было проанкетировано 516 человек, среди которых количество мужчин составило 38%, а женщин – 62%. Углубленное изучение респондентов Кордайского района в зависимости от национального признака показало, что основной контингент сельского населения составили коренные жители (табл. 2), т.е. жители казахской национальности, которые составили 80,2%.

Таблица 2 – **Распределение по национальности жителей п. Гвардейский и п. Отар Кордайского района Жамбылской области**

Национальность	%
Казах	80,2
Русский	16,5
Другое	2,9
Итого	100

Изучение паспортной части сельского населения в возрастном аспекте показало, что возрастной состав сельского населения колебался от 17 до 80 лет (рис. 1).

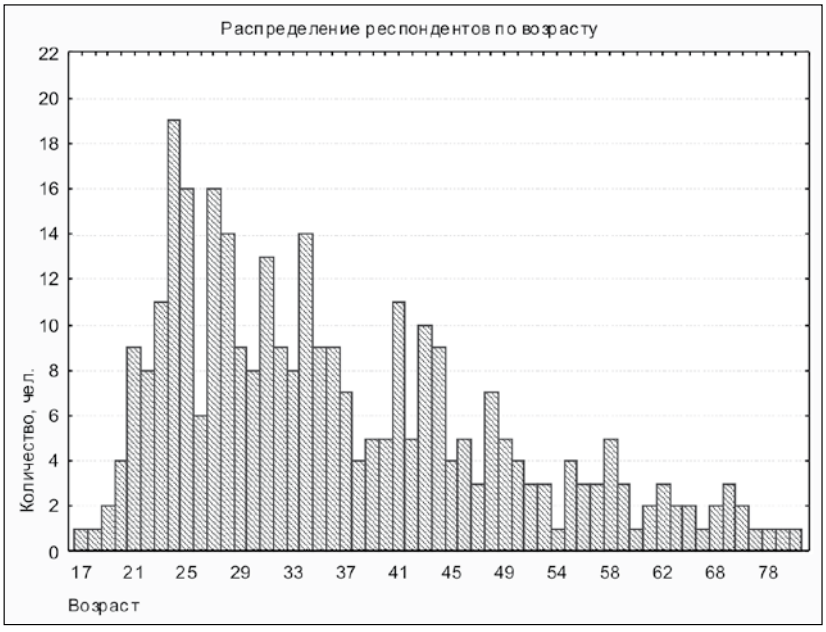


Рисунок 1 – Распределение респондентов п. Гвардейский и п. Отар Жамбылской области по возрасту

Нами проанализировано распределение респондентов по возрастным категориям и половым признакам: с 16 лет до 29 лет, с 30 лет до 39 лет, с 40 лет до 49 лет, с 50 лет до 59 лет, с 60 лет до 69 лет, с 70 лет и старше (табл. 3, 4, 5).

Таблица 3 – **Распределение респондентов мужского и женского пола по возрастным категориям**

Возраст	Мужчины и женщины			
	количество	совокупное кол-во	процент	совокупный процент
16-29	81	81	15,7	15,7
30-39	96	177	18,6	34,3
40-49	72	249	13,9	48,3
50-59	38	287	7,4	55,6
60-69	24	311	4,7	60,3
70 и старше	11	322	2,1	62,4
Не выбрано	194	516	37,6	100,0

Как видно из таблицы 3, количество респондентов в возрасте до 30 лет составило 15,7%, от 30 до 39 лет – 18,6%, от 40 до 49 лет – 13,9%, от 50 до 59 лет – 7,3%, 60 лет и старше – 6,7%. Среди изучаемых жителей в основном преобладали лица в возрасте до 40 лет, т.е. люди молодого и трудоспособного возраста.

Известно, что условно возраст до 44 лет считается молодым, 45-59 – средним, 60-74 – пожилым, 75-89 – старческим, люди 90-100 и старше – долгожителями. Как видно из полученных данных, в п. Гвардейский и п. Отар проживает молодое население, в то же время доля пожилых и старых людей составила 6,7%. Можно отметить, что в полученные нами данные совпадают со статистической информацией по половозрастному признаку на 2012 год, полученной с переписи населения. Поэтому надо отметить, что в данном населенном пункте имеется стационарный тип демографической структуры.

Нами был изучен социальный статус респондентов. Полученные первые данные выявили, что среди всех лиц, прикрепленных к организациям первичной медико-санитарной помощи п. Отара и п. Гвардейский Жамбылской области, имеющих высшее образование оказалось 12,4% (табл. 4).

При анализе уровня образования опрошенных лиц наибольший процент выявленных при скрининге были лица со средним образованием – 33,4%. По-видимому, это связано с социально-демографическими особенностями, так как основной контингент проживающих на селе – это работники села и самозанятые лица.

Распределение сельского населения в зависимости от семейного положения показало, что большинство респондентов имели семьи – 69%, никогда не были женаты/замужем – 16%, разведены – 5,5%, а вдовцы составили 9,4%.

Анализ социального положения опрошенных пациентов показал, что проблема безработицы очень актуальна в сельских регионах. Большая часть респондентов не ответили на вопрос – 37,2% (табл. 5). По-видимому, это связано с тем, что возможности трудоустройства для лиц, не имеющих специального образования, снижены.

Таблица 4 – **Уровень образования респондентов, проживающих в п. Отаре и п. Гвардейске Жамбылской области**

Параметры	Отар, Гвардейск Жамбылская область (n=500)	%	Доверительный интервал
Неполное высшее	101	20,2	1,96
Среднее	167	33,4	2,30
Среднее специальное	146	29,2	2,22
Высшее	62	12,4	1,61
Начальное	24	4,8	1,04
Всего	500	100,0	

Таблица 5 – **Род занятий пациентов, проживающих в п. Отаре и п. Гвардейске Жамбылской области**

Параметры	Жамбылская область, Кордайский район с. Отар, Гвардейск (n=500)	%	Доверительный интервал
Не ответили	186	37,2	1,18
Служащие	22	4,4	0,34
Рабочие	90	18	2,10
Колхозники	102	20,4	2,34
Пенсионеры	84	16,8	2,20
Предприниматели	16	3,2	1,01
Всего	500	100,0	

Таблица 6 – **Распределение индекса Кетле у жителей п. Отар и п. Гвардейский**

ИМТ, индекс	Все группы		Из них мужчины		Женщины	
	кол-во, чел.	%	кол-во, чел.	%	кол-во, чел.	%
<18,5	14	5,9	2	3,1	12	7
18,5–24,9	112	46,9	38	59,4	72	41,9
25-29,9	62	26	18	28,1	44	25,6
30-39,9	47	19,7	6	9,4	41	23,9
≥40	4	1,7	0	0	3	1,7
Итого	239	100	64	100	172	100

При этом работающие в Жамбылской области составили 42,8%. Эти результаты подтверждают данные, что возможность трудоустроиться на селе ограничена.

Опрос населения показал, что в основном жилищные условия были хорошими – 158 (62,2%), удовлетворительными – 93 (36,6%), а плохими посчитали 2 (0,8%).

По разделу анкеты «Антропометрические исследования» у исследуемых был изучен рост. Средний рост населения составил 165,2 см у мужчин и женщин, средний рост мужчин был равен 173,4 см, у женщин – 162,3 см.

Нами был изучен вес пациентов, проживающих в п. Отар и п. Гвардейский. Полученные результаты показывают, что среди населения преобладали лица с весом 60-70 кг как среди мужчин, так и среди женщин. Средний вес мужчин составил 74,2 кг, а женщин – 69,1 кг, 14% жителей не знали свой вес.

Нами был проанализирован индекс Кетле жителей п. Отар и п. Гвардейский Жамбылской области (табл. 6)

Расчеты по индексу Кетле показывают, что средний индекс для жителей составляет 25,9. Индекс Кетле от 18,5 до 25 имеют 46,9%, в том числе женщин 41,9%, мужчин 59,4%. Индекс Кетле ниже 18 имеют 5,9% жителей, мужчин 3,1% и женщин 7%. Индекс Кетле выше 25 имеют 47,4% жителей, мужчин 37,5% и женщин 49,5%. Таким образом, избыточную массу тела или ожирение имеют около половины жителей данного населенного пункта.

Анализ фактора риска «отягощенная наследственность» у жителей п. Гвардейский и п. Отар Жамбылской области показал, что 58,3% респондентов имели отягощенную наследственность (наличие у родственников: АГ (37,4%), ИБС (3,9%), СД 4,8%, опухолевые заболевания печени (2,7%), пищевода, желудка, кишечника (3,3%), язвенной болезни (6,2)%.

Анализ такого фактора риска, как «вредные привычки», показал, что 50 (19,2%) респондентов на момент исследования имели вредные привычки, не имели 211 (80,9%) респондентов. Среди респондентов одну пятую часть (66,7%) составили курящие, которые имели стаж 9,3 года и выкуривают более 6 сигарет в день.

Выяснилось, что большинство населения совсем не употребляют алкогольные напитки – 90% и ведут здоровый образ жизни. А среди тех, кто употребляет спиртные напитки, частота употребления была следующей: за последние 3 года употребляют 66,6% человек, до 2-х раз в месяц – 22,2%, 3-4 раз и более раз в месяц – 11,2%. На вопрос «Употребляете ли Вы соленую пищу» было выявлено, что среди населения 90% населения не употребляют соленую пищу. Проведенный нами анализ показал, что среди взрослого населения у 14,9% исследуемых было выявлено повышение артериального давления и наличие острого нарушения мозгового кровообращения отметили 13 (2,5%) человек.

Нами проанализированы показатели, влияющие на развитие сахарного диабета. Проведенное исследование показало, что 21 (8,8%) человек отметил наличие в семье больных сахарным диабетом. 177 (73%) пациентов знают свой уровень сахара в крови, 27% респондентов не знали свой уровень глюкозы крови. Кроме того, у 16 (7,3%) респондентов имелись проблемы со стопой.

В результате исследования нами выявлено, что основная часть исследованных взрослых сельских жителей имеет среднее образование, хорошие жилищные условия, не употребляет алкоголь, имеет избыточную массу тела и наследственную отягощенность по возрастнозависимым заболеваниям.

Таким образом, нами проведена оценка некоторых медико-социальных показателей у сельских жителей для разработки профилактических программ возрастнозависимых заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Здоровье 21 – здоровье для всех в 21-м столетии. ЕРБ ВОЗ. – 1999

2 World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wld. Hth. Forum. – 1996. – V. 1. – P. 29

3 Singh R.B., Beegom R., Mehta A.S. Social class, coronary risk factors and undernutrition, a double burden of diseases, in women during transition, in five Indian cities // International Journal of Cardiology. – 1999. – V. 69(2). – P. 139-147

4 Krumholz H. M., Butler J., Vaccarino V. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospi-

talized with heart failure // Circulation. – 1998. – V. 97(10). – P. 958-964

5 Lang T. Social and economic factors as obstacles to blood pressure control // American Journal of Hypertension. – 1998. -V. 11(7). – P. 900-902

6 Rosanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation. – 1999. – V. 9(16). – P. 2192-2217

7 Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев, 2000. – 319 с.

ТҰЖЫРЫМ

А.Т. МАНШАРИПОВА, З.Г. КИМ, А.К. ЕШМАНОВА, Н. АХМАД, Г.А. САДЫРОВА

Қазақстан-Ресей Медицина Университеті, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ БАҒДАРЛАМАЛАР ҮШІН АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨРСЕТКІШТЕРІН ЗЕРТТЕУ

Қазіргі уақытта көп тараған адам өлімінің, ауыруының және жұмыс жасау қабілетін жоғалту себептері инфекциялық емес ауруларға, жүрек- қантамыр ауруларына, онкологиялық, созылмалы ауруға шалдығулары, психикалық бұзылулар, диабетке және т.б. ауруға шалдығулары болып табылатын.

Сол себептен маңызды жалпыұлттық мақсатпен азаматтардың денсаулығынның нашарлауын тоқтату және жақсарту болып табылады, медициналық факторға жүгіне отырып, ауруды ерте анықтау, ауруды емдеу және болдырмау. Өмірдің бейнесінің халықтың денсаулығына деген әсер ететін негізгі факторларына: адамның психологиялық жағдайы, дұрыс тамақтанбау, шектен тыс алкоголь қолдану, темекі шегу, аз қимылдау.

Зерттеудің мақсаты: Жамбыл облысы Қордай районы Гвардейск және Отар қ. Тұрғындарының медициналық және әлеуметтік көрсеткіштерін зерттеу.

Ақпараттар мен зерттеу әдістері: 18 жастан жоғарғы 516 тұрғындарға скринингтік зерттеу анкета мен сұрау арқылы жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері мен талдаулары: Зерттеу нәтижесінде ауылдық тұрғындардың басым бөлігі орта білімді, шартты тұрғылықты жағдайы жақсы, ішімдіктер қабылдамайды және қалыпты дене салмағы мен жасқа байланысты ауруларға тұқымынан қарсы тұра алатындығы айқындалды. Медициналық – әлеуметтік бағалауды тұрғылықты халыққа жүргізе отырып жасына байланысты профилактикалық бағдарламаларды жүзеге асыруға мүмкіндік берді.

Негізгі сөздер: *ересектер, скрининг, медициналық – әлеуметтік көрсеткіштер, жасына байланысты аурулар.*

SUMMARY

A.T. MANSHARIPOVA, Z.G. KIM, A.K. YESHMANOVA, N. AHMAD, G.K. SADYROVA

Kazakhstan-Russian Medical University, Kazakh National medical university n.a. S.D. Asfendyarov, Almaty c.

STUDY OF MEDICO-SOCIAL INDICATORS OF RURAL POPULATION FOR THE PROPHYLACTIC PROGRAMS OF DISEASES CONNECTED WITH AGE

Currently, the most common causes of mortality, morbidity and disability are non-communicable diseases including cardiovascular disease (CVD), cancer, chronic lung disease, mental disorders, diabetes, etc.

Therefore, an important national objective is to prevent the deterioration of the health of citizens and the desire to improve it, by acting on the psycho-social factors, early detection, treatment and prevention.

The main lifestyle factors that affect the health of the population are: psycho-social status, poor nutrition, alcohol abuse, smoking and low physical activity.

The purpose of screening – to study the health status of the population in Otar and Gvardeysk towns of Kordai, Zhambyl region.

Material and methods: Conducted a screening study is undertaken 516 persons in age from 18 and older with the use of questionnaire – questionnaire.

Results and discussion:

as a result of research it is educed by us, that basic part of investigational adults of villagers has secondary education, good housing terms, does not use an alcohol, have surplus body weight and inherited burdened on diseases connected with age. The conducted estimation of some the physician – social factors for villagers will allow to work out.

Key words: *adults, screening, medico-social indicators, diseases connected with age.*

УДК 61 (574)

Д.М. КУЛЬМИРЗАЕВА[1,2], Н.С. ИГИСИНОВ[2,3]

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

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

[3]РГП «Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», г. Астана, Казахстан

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ, ОТНОШЕНИЯ И ПРАКТИКИ ДОНОРСТВА КРОВИ В КАЗАХСТАНЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования – оценка уровня вовлеченности, отношения населения к донорству крови, определение основных причин, побудивших доноров сдать кровь. Исследование проводилось путем анкетирования доноров на базе РГП «Научно-производственный центр трансфузиологии» МЗ РК, г. Астана. Проанализирована 241 анкета. Полученные результаты отражают позитивное отношение к донорству крови, в том числе к добровольному безвозмездному донорству. Тем не менее сохраняется практика семейного/заместительного и платного донорства.

Ключевые слова: *отношение к донорству крови, добровольные безвозмездные доноры, мотивация доноров.*

Донорство крови является актом, который может спасти жизни тысяч людей во всем мире, однако, несмотря на растущий спрос на кровь, число доноров крови снижается [1]. Адекватное снабжение кровью зависит от числа доноров крови и частоты донаций [2], при этом регулярные добровольные доноры крови играют особо важную роль [3]. Ряд исследований показал, что возможность заражения гемотрансмиссивными инфекциями среди регулярных добровольных доноров [4] намного ниже, нежели среди семейных/заместительных [5] и платных доноров [6]. Тем не менее в ряде стран служба крови до настоящего времени зависима от семейных/заместительных и платных доноров [7]. Среди основных причин, побуждающих доноров из данных категорий сдавать кровь, значительную роль играют желание помочь близким, друзьям и способ дополнительно заработать [8]. Регулярные добровольные безвозмездные доноры чаще жертвуют кровь из альтруистических соображений, при этом чувствуя большую ответственность по отношению к реципиентам [3, 9]. Знание факторов, которые могут побудить доноров крови сдать кровь, имеет важное значение для привлечения и удержания доноров [10] и, как следствие, повышения уровня кровоснабжения страны. Главной целью настоящего исследования стало выявление уровня вовлеченности, отношения населения к донорству крови, в том числе к добровольному безвозмездному донорству, определение основных причин, побудивших доноров сдать кровь.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе РГП «Научно-производственный центр трансфузиологии» МЗ РК, г. Астана, путем анкетирования доноров в возрасте 18-65 лет, пришедших на сдачу крови в период с 14 по 25 января 2013 года. Анкетирование являлось скрининговым. Опрос проводился анонимно и исключительно по желанию человека. Вопросник был составлен на казахском и русском языках. Было получено 250 анкет, из которых 241 отобрана для исследования.

При проведении исследования во внимание принимались такие социально-демографические характеристики респондентов, как пол, возраст, уровень образования, статус донора (первичный или повторный донор).

Для обработки и анализа полученных данных использовались методы описательной статистики (экстенсивные показатели, средние величины, ошибка средней и 95% доверительный интервал (95% ДИ)), корреляционный анализ, критерий хи-квадрат (χ^2) [11]. После контроля качества данные анкет были внесены в электронную базу данных Microsoft Access. Дальнейшая статистическая обработка и анализ данных производились с использованием статистического пакета SPSS и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

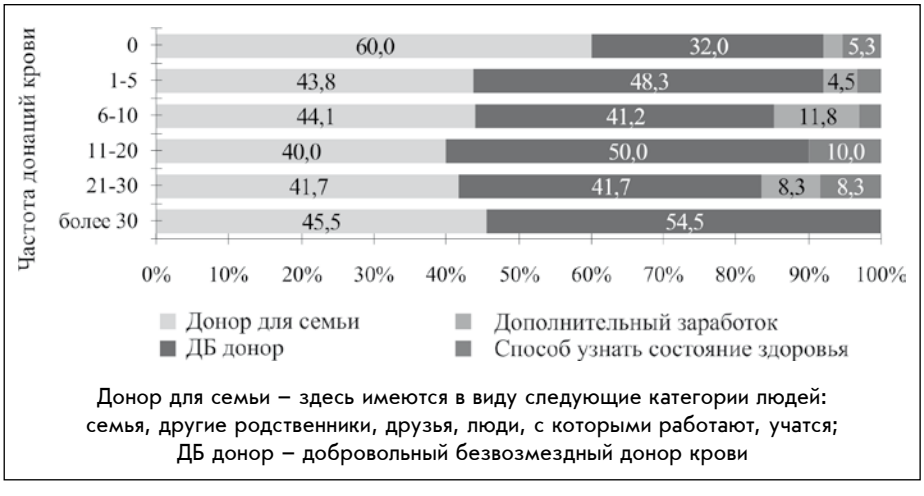
Во время проведения исследования был опрошен 241 респондент, из них 69,7% (n=168) – мужчины, 30,3% (n=73) – женщины. Таким образом, мужчины сдают кровь чаще в отличие от женской половины населения. Полученные результаты сходятся с данными ВОЗ, согласно которым 70% всех донаций крови совершают доноры мужского пола [12].

Согласно данным ВОЗ в странах с высоким уровнем дохода большая часть (40%) приходится на доноров старше 44 лет, в странах с низким и средним уровнем дохода доноры, наоборот, моложе, а именно, 45% всех донаций поступает от людей до 25 лет [12]. По результатам нашего исследования средний возраст респондентов составил 30,2±0,5 года (95% ДИ=29,1-31,2 года). Средний возраст для мужчин равнялся 30,5±0,4 года (95% ДИ=29,8-31,3 года), для женщин – 29,3±0,2 года (95% ДИ=28,9-29,7 года). Большую часть респондентов составили доноры в возрасте 18-29 лет (55,2%) (n=133), доля доноров в возрастной группе 30-39 лет равнялась 34,4% (n=83); в возрастной группе 40-49 лет – 7,1% (n=17), 50-59 лет – 2,9% (n=7), 60-69 лет – 0,4% (n=1), что соответствует показателям стран со среднем уровнем дохода. Выявлена средняя обратная связь (r=0,69) между донорской активностью населения и возрастом, то есть, чем старше возраст человека, тем реже он сдает кровь.

Из общего числа доноров, пришедших на сдачу крови, процент первичных доноров составил 25,4%. 1,7% респондентов ответили, что не помнят, сдавали ли кровь ранее, таким образом, их также можно отнести к первичным донорам. Доля повторных доноров составила 68,9%, из них: 36,9% сдавали кровь 1-5 раз, 14,1% – 6-10 раз, 8,3% – 11-20 раз, 5,0% – 21-30 раз и 4,6% – более 30 раз. При определении частоты донации среди мужчин и женщин выяснилось, что доля женщин, впервые сдавших кровь (45,2%), значительно превышала долю мужчин (25,0%). Среди доноров, сдавших кровь 1-5 раз, также большинство были женщины (43,8%), в сравнении с донорами-мужчинами (33,9%). Что касается более частой сдачи крови (свыше 6 раз),

Таблица 1 – **Распределение респондентов по причинам донации крови (%)**

Причины	Мужчины	Женщины
Желание помочь друзьям/родственникам	49,4	46,6
Желание помочь другим людям	40,5	46,6
Способ дополнительно заработать	5,4	2,7
Способ узнать свое состояние здоровья	4,7	4,1
Итого	100,0	100,0



Донор для семьи – здесь имеются в виду следующие категории людей: семья, другие родственники, друзья, люди, с которыми работают, учатся;
ДБ донор – добровольный безвозмездный донор крови

Рисунок 1 – Распределение доноров по частоте и причинам донации крови

удельный вес мужчин и женщин равнялся 41,1% и 11,0%, соответственно. При этом наибольшую долю добровольных доноров крови составляют регулярные доноры (более 30 раз) (54,5%), наименьшую – первичные доноры (32,0%).

При уточнении причин, мотивирующих доноров сдать кровь, были даны следующие ответы: желание помочь близким/родственникам/друзьям/ коллегам (48,5%), желание добровольно безвозмездно помочь всем людям (42,3%), способ дополнительно заработать деньги (4,6%), способ узнать свое состояние здоровья (4,6%). Среди доноров женского пола альтруистическое желание помочь всем людям преобладало над мужским (табл. 1).

Первичные доноры в подавляющем большинстве случаев сдавали кровь для помощи родственникам/друзьям/коллегам (60,0%), желание помочь другим людям возникло у ⅓ респондентов (32,0%), желание узнать свое состояние здоровья составило 5,3% и способ дополнительно заработать у 2,7%. Среди повторных доноров крови желание добровольно безвозмездно помочь людям преобладало при сдаче крови 1-5 раз, 11-20 раз и более 30 раз (рис. 1).

Подавляющее большинство респондентов – 76,3% (n=184) получили информацию о донорстве крови от родственников/друзей/коллег, 11,2% – в школе/колледже/ВУЗе, 9,5% – через средства массовой информации (телевидение, радио, пресса, интернет), в наименьшей степени (2,1%) – от медицинских работников. 0,8% респондентов не ответили на данный вопрос. Таким образом, преобладающим источником получения информации о донорстве крови являются родственники/друзья/коллеги, вероятно, потому, что чаще всего в нашем исследовании доноры сдавали кровь для данной категории людей. Исходя из полученных результатов, можно также заявить, что СМИ недостаточно активно проводят информационно-агитационные работу.

В ходе проведения исследования выяснилось, что на вопрос планирует ли респондент в дальнейшем сдавать кровь, 85,9% ответили положительно, 12,0% затруднились с ответом, 2,1% ответили отрицательно. Доля положительных ответов среди повторных доноров крови (90,0%) была больше, нежели среди первичных (74,0%). Доля доноров, не желающих повторно сдавать кровь, среди первичных доноров составила 8,0%, среди регулярных доноров таковых не оказалось. Затруднились с ответом 18% и 10% среди первичных и повторных доноров, соответственно.

Среди всех доноров удовлетворенность процессом донации крови была в значительной степени связана с намерением и в дальнейшем сдавать кровь χ^2=14,70 (p<0,001). Статистически значимой разницы между намерением вернуться и полом (p=0,18) или высоким уровнем образования (p=0.71) не было выявлено.

На вопрос «Пытаетесь ли Вы рассказать о донорстве крови и приобщить своих родственников, друзей, коллег по работе к сдаче крови?» две трети (63,1%) респондентов ответили положительно, из них доля мужчин составила 67,3%, женщин – 53,4%. 24,5% опрошенных затруднились с ответом (20,8% мужчины, 32,9% женщины) и 12,4% ответили отрицательно (11,9% мужчины, 13,7% женщины). Таким образом, мужчины более активно участвуют и привлекают окружающих к донорству крови.

Наибольшее единодушие респонденты проявили при определении своего отношения к добровольному безвозмездному донорству крови. 92,1% респондентов относятся к данной категории донорства положительно, 7,5% затрудняются с ответом, 0,4% дали отрицательный ответ.

Для повышения эффективности привлечения доноров и в целях преодоления нехватки крови некоторые службы переливания крови предлагают различные виды стимулирования [13]. Эффективность стимулов по привлечению доноров крови были выделены в многих исследованиях [14, 15], однако, наиболее важным побуждающим фактором к сдаче крови является альтруизм [3, 16].

В нашем исследование на вопрос «Что будет мотивировать вас стать добровольным безвозмездным донором крови?» больше половины респондентов (56,4%) отметили альтруистическое желание помочь другим людям. Желанием помочь своим близким/друзьям/коллегам руководствовались 12,0% опрошенных, 5,4% в качестве мотивационных факторов указали привилегии, льготы для доноров, бесплатное предоставление медицинских услуг, 10% скидки на платные медицинские услуги, бесплатное проведение анализа крови. 1,7% опрошенных высказались о моральных методах стимулирования в виде благодарственных писем, грамот, значков. 0,8% респондентов проголосовало за финансовую добавку к пенсии, 0,4% – за дополнительный день отдыха на работе, 21,2% доноров затруднились с ответом. 2,1% респондентов оказались платными донорами.

Выводы

Таким образом, отмечается высокая вовлеченность населения в донорство крови, положительное отношение к добровольному безвозмездному донорству крови. Тем не менее в казахстанской службе крови до сих пор сохраняется практика семейного/заместительного и платного донорства. Полученные результаты исследования будут использованы при разработке рекомендаций по увеличению уровня добровольного безвозмездного донорства крови в стране, разработке агитационных социальных образовательных мероприятий и иных эффективных стимулов для привлечения и удержания доноров крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Gilcher RO, McCombs S. Seasonal blood shortages can be eliminated // Curr Opin Hematol. – 2005. – 12. – P. 503-508

2 Gillespie TW, Hillyer CD. Blood donors and factors impacting the donation decision // Transfus Med Rev. – 2002. – 16, 2. – P. 115-130

3 Kasraian L. Causes of discontinuity of blood donation among donors in Shiraz, Iran: cross-sectional study // Sao Paulo Med J. – 2010. – 128, 5. – P. 272-275

4 Copeman J. Introduction: Blood donation, bioeconomy, culture // Body and Society. – 2009. – 15. – P. 1-28

5 Panda M, Kar K. HIV, hepatitis B and C infection status of the blood donors in a blood bank of a tertiary health care centre of Orissa // Indian J Public Health. – 2008. – 52, 1. – P. 43-44

6 Kalibatas V. Payment for whole blood donations in Lithuania: the risk for infectious disease markers // Vox Sanguinis. – 2008. – 94. – P. 209-215

7 Developing countries face safe blood shortage. Bull World Health Organ. – 2004. – 82. – P. 558

8 Hupfer MF, Taylor DW, Letwin JA. Understanding Canadian student motivations and beliefs about giving blood // Transfusion. – 2005. – 45. – P. 149-161

9 James RC, Matthews DE. Analysis of blood donor return behaviour using survival regression methods // Transfus Med. – 1996. – 6, 1. – P. 21-30

10 Seifried E, Klueter H, Weidmann C, et al. How much blood is needed? // Vox Sang. – 2011. – 100. – P. 10-21

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

12 World Health Organization. Global Database on Blood Safety. – 2011

13 Lacetera N, Macis M. Incentives for altruism? The case of blood donations. Research-based poli analysis and commentary from leading economists. – 2008. Available from: http://www.voxeu.org/index.php?q=node/2512. [Последний доступ 17 ноября 2013 г.]

14 Misje AH, Bosnes V, G sdal O, Heier HE. Motivation, recruitment and retention of voluntary non-remunerated blood donors: a survey-based questionnaire study // Vox Sang. – 2005. – 89. – P. 236-244

15 Schreiber GB, Schlumpf KS, Glynn SA, et al. Convenience, the bane of our existence, and other barriers to donating // Transfusion. – 2006. – 46. – P. 545-553

16 Chrisman JC. Incentives for blood donation: do they work? // Med Labs Obs. – 1988. – 20. – P. 51-53

ТҰЖЫРЫМ

Д.М. КҰЛМЫРЗАЕВА[1,2], Н.С. ИГІСІНОВ[2,3]

[1]«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ., Қазақстан

[2]ҚБ «Central Asian Cancer Institute», Астана қ., Қазақстан

[3]«Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты», Астана қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚАН ДОНОРЛЫҒЫНЫҢ БІЛІМ САРАПТАМАСЫ, КӨЗ ҚАРАСТАР ЖӘНЕ ТӘЖІРИБЕЛЕРІ: СОЦИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Кіріспе

Қан донарлары бүкіл әлем бойынша мыңдаған адамның өмірін аман сақтап қалатын іс-әрекет болып табылады. Бірақ қанға деген сұраныстың өсуіне қарамастан қан донорларының саны азайып барады. Біздің зерттеулеріміздің мақсаты халықты қан донарлары болуға тарту, қан донарларына деген қарым-қатынас, оның ішінде өз еркімен қан тапсыру, қан тапысоуға итермелеген негізгі себептерді анықтау болып табылады.

Материалдар мен әдістер

Зерттеулер Астана қаласы, ҚР ДСМ «Трансфузиология ғылыми-зерттеу орталығы» РМК базасында өткізілді. Зерттеулер 2013 жылғы 14 қаңтар мен 25 қаңтар аралығында қан тапсыруға келген 18 бен 65 жас аралығындағы донорларға сауалнама жүргізу арқылы өткізілді. Барлығы 241 зерттеулер үшін іріктеп алынды.

Нәтижелер мен талқылау

Көптеген сауалнамаға жауап берушілер қанды екінші рет тапсырушы донорлар болып табылады (68,9%). Көптеген жағдайда қанды алғашқы рет тапсырушылар өздерінің достарына/туыстарына/әріптестеріне көмектесу үшін (60,0%), басқа адамдарға көмектесу сауалнама жауап берушілердің 3/1 бөлігенде (32,0%) туындады. Қанды екінші рет тапсырушы донорлардың арасында альтруистикті көмек көрсету (47,1%) өз туыстарына көмек көрсетуден басым тұрды (43,0%). Өз еркімен қан тапсырушы донорлардың үлесі 43,2%, жанұялы/орынбасушы донорлардың үлесі 48,5%, ақылы донолрлардың үлесі 4,6% пайызды құрады. Сауалнамаға жауап берушілердің 85,9% ары қарай қан тапсыруды жоспарлайды, ал сауалнамаға жауап берушілердің 92,1% өз еркімен қарымтасыз қан тапсыруға деген қарым-қатынастырын білдірді.

Қорытынды

Алынған нәтижелер қан донорларына деген жақсы қарым-қатынасты білдіреді. Оның ішінде өз еркімен қарымтасыз қан тапсыру. Алайда соған қарамастын жанұялы/орынбасушы донорлар мен ақылы донорлардың тағылымдамасы сақталуда. Зерттеулер нәтижелерін елдегі өз еркімен қарымтасыз қан тапсыру деңгейін үлкейту бойынша ұсынымдарды құрастыру мен қан тапсыруға деген ынталандыру үшін қан тапсырушы донорларды шақыру кезінде пайдалану қажет.

Негізгі сөздер: *қан донорлығына көзқарас, ерікті қан донорлар, донордың мотивациясы.*

SUMMARY

DM KULMIRZAYEVA[1,2], NS IGISSINOV[2,3]

[1]AO «Astana Medical University», Astana c., Kazakhstan

[2]NGO «Central Asian Cancer Institute», Astana c., Kazakhstan

[3]«Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics», Astana c., Kazakhstan

EVALUATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF BLOOD DONATION IN KAZAKHSTAN: SURVEY RESULTS

Introduction

Blood donation is an act that can save the lives of thousands of people, but despite the growing demand for blood, the number of blood donors is decreasing. The purpose of the study was to identify the level of involvement, attitudes towards blood donation, the main reasons that prompted donors to donate.

Materials and Methods

The study was conducted on the basis of «Scientific-Production Center for Transfusion» by questioning donors aged 18-65 years, who came to donate during the period January 14-25, 2013. 241 questionnaires were analyzed.

Results and Discussion

The majority of respondents were repeat donors (68.9%). First-time donors mostly donated blood to help their relatives/friends/colleagues (60.0%), the desire to help other people were in one-third of respondents (32.0%). Among repeat blood donors, altruistic desire to help all people (47.1%) slightly prevailed over the desire to help their relatives (43.0%). The share of voluntary donors was 43.2%, family/replacement donors – 48.5 %, paid – 4.6%. 85.9% of respondents plan to continue to donate, 92.1% of them indicated a positive attitude towards voluntary non-remunerated blood donation.

Conclusion

The obtained results reflect a positive attitude towards blood donation, including the voluntary non-remunerated blood donation. Nevertheless, the practice of family/replacement and paid donation is preserved. Results should be used in the formulation of recommendations to increase the level of voluntary non-remunerated blood donation in the country and effective incentives to attract and retain blood donors.

Key words: *Attitude towards blood donation, voluntary unpaid blood donors, donor motivation.*

УДК 615.38(574-25)

Н.Т. АККУШКАРОВА, Р.З. МАГЗУМОВА
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

УЧАСТИЕ В ДОНОРСТВЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОНОРСКИХ КОНТИНГЕНТОВ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОНОРСКУЮ АКТИВНОСТЬ

В статье представлены результаты участия в донорстве 480 доноров на базе гемотрансфузионного центра г. Астана, выявлены факторы, влияющие на донорскую активность.

Ключевые слова: *донорство, препараты крови, активность, мотивации.*

Донорство относится к важнейшему разделу трансфузионной медицины, без динамичного развития которой невозможно успешно осуществлять деятельность многих видов специализированной помощи, таких как гематология, травматология, хирургия, родовспоможение. Особая ответственность возлагается на производственную и клиническую трансфузиологию в условиях чрезвычайных ситуаций при массовом поступлении раненых и пострадавших. Кроме того, донорство играет существенную роль в решении социальных проблем, воспитывая у человека высокие нравственные принципы: гуманизм, доброту, отзывчивость.

Гемотрансфузионная терапия (ГТТ) основана на донорстве. Кроме человека нет другого источника донорской крови. Только самое широкое участие населения в донорском движении позволит удовлетворить возрастающие потребности клиник в компонентах и препаратах крови. В связи с этим чрезвычайно актуальной является проблема донорства.

Цель исследования – сравнить участие в донорстве различных донорских контингентов и выявить факторы, влияющие на донорскую активность.

Материал и методы

Работа выполнена на базе гемотрансфузионного центра г. Астана с января по июль 2013 года. В исследование включено 480 доноров, которые согласились заполнить адаптированную к донорству анкету относительно общих сведений (пол, возраст, образование, род деятельности, семейное положение, ежемесячный заработок и т. д.), макро- и микросоциального качества жизни, причин, побуждающих участвовать в сдаче крови, предыдущего опыта, источников информации о донорстве.

Результаты и обсуждение

Анализ мотивационного спектра позволил разделить всех включенных в исследование доноров на 5 групп.

В 1-ю группу вошли 210 доноров (43,54% от всех опрошенных), из них 146 (69,52%) мужчин, 63 (30%) женщины, все опрошенные предъявляли в качестве основной причины сдачи крови альтруистические мотивы (помощь людям, чувство долга, повышение самооценки, самоуважения и т. п.).

Во 2-ю группу включили 126 доноров (26,2% от всех опрошенных), мужчин 56 (44%), женщин 70 (56%) – родственники пациентов стационара, нуждающихся в гемотрансфузии.

В 3-ю группу вошли 86 (18%) доноров, из них 48 (56%) мужчин, 38 (44%) женщин, назвавшие основными стимулы материального характера: денежное вознаграждение, льготы, отгулы.

В 4-ю группу вошли доноры с неопределенной мотивацией – это 41 (8,5%), из них 25 (61%) мужчин, 16 (39%) женщин. На вопрос о причинах участия в донорстве лица из этой группы либо затруднились ответить (оставляли незаполненные графы в бланке опросника), либо указали невразумительные причины: «интересно», «еще не знаю», «за компанию», «привычка».

В 5-ю группу включили 18 (3,8%), из них 15 (83%) мужчин и 3 (17%) женщины с установкой на оздоровление в результате сдачи крови, а также ориентированных на обследование, определение группы крови. Их мотивы сходны с установками лиц из 3-й группы (получение личной выгоды), однако обнаруженные личностные особенности говорят о необходимости выделения их в отдельную группу.

В наиболее многочисленной является возраст доноров, который составил от 46 до 55 лет, из них мужчин 125 (60%), 85 (40%) женщин. Среди опрошенных доноров оценивают свое материальное положение как среднее, а жилищные условия как удовлетворительные. Большинство имеют образование выше среднего (чаще среднее специальное), социально адаптированы, работают, имеют детей.

Самочувствие после сдачи крови без ухудшения отметили 375 доноров, из них 240 (64%) мужчин, 135 (36%) женщин. Хорошее самочувствие – 66 (18%) доноров, из них 36 (55%) мужчин, 30 (45%) женщин. Очень хорошо себя чувствовали 26 доноров, из них 10 (39%) мужчин, 16 (61%) женщин. Плохо себя чувствовали 13 доноров, из них 4 (31%) мужчины, 9 (69%) женщин.

Из числа опрошенных женщин, которые чувствовали себя плохо, были те, кто впервые сдавал кровь, не довольны своей настоящей жизнью, эмоциональные, и у них была больше материальная заинтересованность.

Так же у опрошенных доноров выявляли вредные привычки. Из 480 доноров 283 донора имели вредные привычки – курение 228 (81%) мужчин, 55 (19%) женщин.

Основным источником информации о донорстве являются средства массовой информации, в основном это доноры кадровые со стажем, которые сдают кровь неоднократно. Молодые доноры в основном сдавали кровь, чтобы помочь близким, у них не было информированности о донорстве. С учетом данных, полученных при анализе доноров, можно сделать вывод, что для привлечения к донорству людей с альтруистическими установками необходимы доступность и широкая распространенность информации с акцентом на моральных аспектах донорства.

Выводы

При опросе доноров было установлено, что основной фактор мотивации – желание помочь родным людям, а также «спасение жизни незнакомого человека», дополнительный источник самоуважения, материальное вознаграждение для данной категории людей не является основным, хотя материальное вознаграждение также имеет значение для некоторых опрошенных.

Среди доноров преобладают кадровые и в основном это люди старше 40 лет, вредные привычки имеют в основном доноры мужского пола, и не совсем информированы об ограничениях, которые должны соблюдать перед сдачей крови.

Необходимо улучшить информированность граждан средствами массовой информации и путем раздачи буклетов в учреждениях.

Больше привлекать в донорство учащихся учебных заведений, военнослужащих, также специалистов «помогающих» профессий (врачи, педагоги, медицинские сестры), поскольку по роду своей деятельности они ориентированы на помощь людям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лукина С.Г., Зайцева Г.А., Шарыгин С.Л. Социальный портрет донора // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2001. – №3

2 Bastard B., Chastonay P. Giving blood and human rights // Transfus Clin Biol. 2006. – V. 13(3)

3 Beauchamp T.L. Methods and principles in biomedical ethics // J Med Ethics. 2003. – V. 29(5)

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Т. АҚҚОШҚАРОВА, Р.З. МАГЗУМОВА

«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.

ӘРТҮРЛІ ДОНОРЛЫҚ КОНТИНГЕНТТІҢ ДОНОРЛЫҚҚА ҚАТЫСУЫ ЖӘНЕ ДОНОРЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІККЕ ЫҚПАЛ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР

Қазіргі кезде гематология, травматология, хирургия және босану кезіндегі көмек мамандықтарында донорлық құрамы бар трансфузиялық медицина олардың динимикасының дамуына зор үлес қосуда.

Зерттеудің мақсаты – түрлі донорлық контингенттердің донорлыққа қатысуын салыстыру және донорлық белсенділікке ықпал ететін факторларды анықтау.

Материал мен әдістер

Жұмыс Астана қаласындағы гемотрансфузиялық орталықтың арқауында 2013 жылдың қаңтарынан 2013 жылдың шілде айын аралығында орындалды. Зерттеуге жалпы мәліметтерге, макро- және микроәлеуметтік өмір сапасына, қан тапсыруға қатысуға жетелеген себептерге және т.т. қатысты сауалнамаларды толтыруға келіскен 480 донор енгізілді.

Нәтижелері мен талқылау

Уәждеме спектрінің талдамасы барлық донорларды 5 топқа бөлуге мүмкіндік берді. Сұралғандар қан тапсырудың негізгі себептері ретінде мынаны көрсетті: 1 топ (210 донор) – альтруистік уәждер; 2 топ (126) – гемотрансфузияға мұқтаж туыстарға көмек; 3 топ (86) – ақшалай сыйақы; 4 топ (41) – жауап беруге қиналды, 5 топ (18) – сауығу, тексерілу, қан тобын анықтау.

Қорытындылар

Уәждеменің негізгі факторы – жақын адамдарға көмектесуді қалау, сондай-ақ «бейтаныс адамның өмірін сақтап қалу», өзін құрметтеудің қосымша көзі.

Негізгі сөздер: *донорлық, қан препараттары, белсенділік, уәждемелер.*

S U M M A R Y

N.T. AKKUSHKAROVA, R.Z. MAGZUMOVA

Astana Medical University JSC, Astana c.

THE PARTICIPATION OF VARIOUS DONOR POPULATIONS IN THE BLOOD DONATION AND THE FACTORS INFLUENCING THE DONOR ACTIVITY

Кәзіргі кезде гематология, травматология, хирургия және босану кездегі көмек мамандықтарында донарлық құрамы бар трансфузиялық медицина олардың динимикасын дамуына үлкен үлес қосуда.

The aim of the study was to compare the participation of various donor populations in the blood donation and reveal the factors that influence the donor activity.

Material and methods

The work was performed on the basis of the blood transfusion center in Astana from January 2013 to July 2013. The study included 480 donors who agreed to fill in the questionnaire on the general information, macro-and micro-social quality of life, reasons, motivating to participate in the blood donation, etc.

Results and discussion

The motivational spectrum analysis allowed to divide all donors into 5 groups. The respondents cited as the main reason of blood donation: group 1 (210 donors) – altruistic motives, group 2 (126) – help to their relatives who need blood transfusions, group 3 (86) – money reward; group 4 (41) – undecided; group 5 (18) – health improvement, examination, blood group determination.

Conclusions

The main motivating factor is the desire to help their relatives, as well as “saving the life of a stranger”, an additional source of self-esteem.

Key words: *blood donation, blood products, activity, motivations.*

УДК 616.33-006.6:616.366-003.7

Ч.И. ДЖУНУШЕВА
Национальный центр онкологии МЗ КР. г. Бишкек, Кыргызская Республика

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ДАННЫМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СЦИНТИГРАФИИ

Статья посвящена изучению нарушений кинетики желчеобразования и желчевыделения у больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка (РЖ) методом динамической гепатобилиарной сцинтиграфии в различные сроки после операции. Дана объективная оценка нарушений поглотительно-выделительной функции печени, концентрационной и сократительной способности желчного пузыря. Определен критерий моторной дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди в форме задержки транзита желчи в двенадцатиперстную кишку. Данные нарушения устойчивы и сохраняются в отдаленном послеоперационном периоде. Это надо учитывать при реабилитации после операций на желудке, особенно после гастрэктомии. Рекомендовано использовать динамическую гепатобилиарную сцинтиграфию как тест для мониторинга восстановительного лечения больных РЖ в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия, печень, желчный пузырь, гастрэктомия, моторная функция желчного пузыря.*

Нарушения функции печени и желчного пузыря являются закономерным следствием оперативных вмешательств на желудке и остаются мало изученным разделом патологии, возникающей вследствие удаления желудка. Среди причин, приводящих к нарушениям функции, следует указать на деятельность полигональных клеток её паренхимы. Проведенные рядом авторов клинические и экспериментальные исследования показали, что после резекции желудка и гастрэктомии развиваются значительные нарушения желчеобразовательной и желчевыделительной функций печени, двигательной и концентрационной функций желчного пузыря, а также возникают дистрофические изменения в паренхиме печени, которые могут играть важную роль в развитии холелитиаза [1, 2, 3]. Гастрэктомия приводит к развитию нарушений, которые по своим проявлениям гораздо серьезней, чем нарушения после любой другой операции на желудке. Динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия является простым и надежным методом в оценке поглотительно-выделительной функции печени и моторной функции желчного пузыря [4, 5, 6]. Введенный радиофармпрепарат (РФП) (HIDA-Tc^{99m}) соединяется с белками крови, поглощается гепатоцитами и выводится в составе желчи в желчный пузырь и кишечник, повторяя путь такого естественного метаболита, как билирубин. Ценность динамической гепатобилиарной сцинтиграфии заключается в возможности непрерывного и длительного наблюдения за процессами перераспределения РФП в гепатобилиарной системе в физиологических условиях, что позволяет количественно оценить поглотительно-выделительную функцию гепатоцитов, эвакуаторную способность желчного пузыря, а также выявить нарушения оттока желчи, обусловленные как механическим препятствием в билиарной системе, так и спазмом сфинктера Одди.

Цель исследования – с помощью динамической гепатобилиарной сцинтиграфии провести оценку нарушений поглотительно-выделительной функции печени и моторной функции желчного пузыря у больных РЖ после гастрэктомии.

Материал и методы

Учитывая то, что наиболее значительные изменения печени и желчного пузыря по данным сонографического исследования наблюдаются у больных раком желудка после гастрэктомии, чем после резекции желудка, мы провели динамическую гепатобилиарную сцинтиграфию только у больных этой группы. При этом имели в виду то, что гастрэктомия приводит к развитию нарушений, которые по своим проявлениям гораздо серьезней, чем нарушения после любой другой операции на желудке. Нами было обследовано 49 больных без признаков метастатического поражения печени и заболеваний печени в анамнезе. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц.12 из 49 больных РЖ были обследованы до операции. Остальные 37 больных обследовались в различные сроки после операции (через 1 месяц и более после гастрэктомии). У всех больных была произведена гастрэктомия абдоминальным доступом с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта по методу Бильрот-2. Всем больным проведена динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия на гамма-камере МВ 9100, оснащенной компьютерной системой обработки радионуклидных исследований МВ 9101/А “Сегамз” (Венгрия). Исследование проводилось по стандартной методике, без предварительной медикаментозной подготовки, натощак. В качестве РФП использовалась HIDA-иминодиацетиловая кислота, меченная ^{99m}Tc активностью 60-80 МБк.

Результаты и обсуждение

Данные динамической гепатобилиарной сцинтиграфии (табл. 1) свидетельствуют о том, что нарушения поглотительной функции полигональных клеток печени наблюдались практически у всех больных и до, и после гастрэктомии и выражались задержкой достижения максимальной концентрации РФП после 12-й минуты (T_{max}). Полученные результаты показали, что у всех больных, особенно после операции, отмечены нарушения накопления желчи и сократительной функции желчного пузыря. Еще в дооперационном периоде у больных РЖ отмечается увеличение Т клиренса крови в 4,5 раза ($p<0,001$), в послеоперационном периоде, спустя 1 месяц клиренс крови еще повышается и достигает 57,9±1,0, что в 1,2 раза выше, чем в дооперационном периоде (*$p<0,001$) и в 5,2 раза выше, чем у здоровых людей (**$p<0,001$).

В послеоперационном периоде, наряду с нарушением функции полигональных клеток печени, отмечается поздняя визуализация желчного пузыря (*GBVT*). Его изображение на сцинтиграммах появляется только к 32-й минуте, что в 2,7 раза длиннее по времени, чем в группе здоровых людей (**$p<0,001$), и в 1,7 раза больше, чем в дооперационном периоде (*$p<0,001$).

Накопление желчи HIDA-Tc99m в желчном пузыре происходит медленными темпами (GBT_{max}). Если в контрольной группе этот показатель составляет 35,8±1,9

Таблица 1 – **Показатели гепатограммы при динамической гепатобилиарной сцинтиграфии с HIDA-Tc^{99m} у больных РЖ до и в различные сроки после гастрэктомии**

Контрольная группа (n=26)	**$T_{клиренса\ крови}$** ***BT_{cl}***	**T_{max} печени** ***LT_{max}***	**$T_{1/2}$ печени** ***$LT_{1/2}$***	**Т желч. пузыря** ***GBVT***	**T_{max} желч. пуз.** ***GBT_{max}***
	(M±m) мин				
	11±1,4	10,2±0,9	55,7±3,3	12,2±1,1	35,8±1,9
	$T_{1/2}$ желч. пуз. ***$GBT_{1/2}$***	**ИРК** ***BRI***	**ИРП** ***LRI***	**ИПЗ** ***LUI***	**Т кишеч.** ***TTBD***
	(M±m) мин.	(M±m)			(M±m) мин.
	72,3±1,6	0,65±0,01	1,36±0,01	2,09±0,02	15,7±1,3
Больные РЖ до операции (n=12)	**$T_{клиренса\ крови}$** ***BT_{cl}***	**T_{max} печени** ***LT_{max}***	**$T_{1/2}$ печени** ***$LT_{1/2}$***	**Т желч. пузыря** ***GBVT***	**T_{max} желч. пуз.** ***GBT_{max}***
	(M±m) мин.				
	49,6±1,1 p<0,001	21,7±2,0 p<0,001	108,8±6,3 p<0,001	19,2±1,3 p<0,001	55,6±2,4 p<0,001
	$T_{1/2}$ желч. пуз. ***$GBT_{1/2}$***	**ИРК** ***BRI***	**ИРП** ***LRI***	**ИПЗ** ***LUI***	**Т кишеч.** ***TTBD***
	(M±m) мин.	(M±m)			(M±m) мин.
	79,9±2,9 p<0,01	0,77±0,02 p>0,05	1,65±0,04 p>0,01	2,14±0,02 p>0,05	24,7±2,8 p>0,01
Больные РЖ через 1 месяц после гастрэктомии и более (n=37)	**$T_{клиренса\ крови}$** ***BT_{cl}***	**T_{max} печени** ***LT_{max}***	**$T_{1/2}$ печени** ***$LT_{1/2}$***	**Т желч. пузыря** ***GBVT***	**T_{max} желч. пуз.** ***GBT_{max}***
	(M±m) мин.				
	57,9±1,0 *p<0,001 **p<0,001	33,3±0,9 *p<0,001 **p<0,001	124,1±2,3 *p>0,01 **p<0,001	32,5±1,3 *p<0,001 **p<0,001	74,3±2,4 *p<0,001 **p<0,001
	$T_{1/2}$ желч. пуз. ***$GBT_{1/2}$***	**ИРК** ***BRI***	**ИРП** ***LRI***	**ИПЗ** ***LUI***	**Т кишеч.** ***TTBD***
	(M±m) мин.	(M±m)			(M±m) мин.
	108,7±2,7 p*<0,001 p**<0,001	0,73±0,02 p*>0,05 p**<0,001	1,66±0,04 p*>0,05 p**<0,001	2,27±0,3 p*>0,05 p**>0,05	43,1±1,7 p*<0,001 p**<0,001

Примечание: 1. p – по сравнению с группой больных до операции и контрольной группой
2. *p – по сравнению с группой больных после и до операции
3. **p – по сравнению с группой больных после операции и контрольной группой

минуты, то в дооперационном периоде он удлиняется в 1,5 раза (p<0,001), а в послеоперационном периоде он уже составляет 74,3±2,4 минуты, что в 2,1 раза выше, чем в контрольной группе (**p<0,001), и в 1,3 раза медленнее, чем до операции (*p<0,001).

Нарушения сократительной функции желчного пузыря проявляются запаздыванием по срокам и сниженной реакцией его опорожнения после приема желчегонного завтрака. Это проявляется медленным снижением концентрации HIDA-Tc^{99m} в желчном пузыре ($GBT_{1/2}$), в течение длительного времени (до 108 минут) после приема завтрака. В тяжелых случаях вообще не отмечается уменьшение величины активности в зоне интереса желчного пузыря. Мы наблюдали 3-х пациентов, у которых ввиду гипотонической дискинезии не наблюдалось сокращения желчного пузыря после приема завтрака. В контрольной группе этот показатель составил 72,3±1,6 минуты, до операции 79,9±2,9, после операции удлиняется до 108,7±2,7 минуты. Это в 1,5 раза выше, чем показатель контрольной группы (**p<0,001).

Особенностью состояния гепатобилиарной системы после полного удаления желудка является замедление пассажа желчи в кишечник, что обусловлено нарушениями в регуляции оттока желчи в связи с реконструкцией верхних отделов пищеварительного тракта, которые являются его наиболее активной гормонопродуцирующей зоной и дискоординацией реципрокного сокращения желчного пузыря и расслабления сфинктера Одди. Убедительным показателем моторной дисфункции желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди является время транзита желчи в двенадцатиперстную кишку (*TTBD*). После гастрэктомии время транзита желчи в двенадцатиперстную кишку составило 43,1±1,7 минуты, что в 2,7 раза больше по сравнению с контрольными показателями (**p<0,001), и в 1,7 раза больше по сравнению с дооперационным периодом (*p<0,001).

Начиная уже с первого месяца после операции, отмечается замедление транзита РФП в кишечник, что свидетельствует о раннем развитии дисфункции сфинктера Одди, проявляющееся в виде спазма, которое в сочетании с гипомоторной дискинезией желчного пузыря является предпосылкой для камнеобразования в желчном пузыре (рис. 1).

ИРК – индекс ретенции крови (*BRI*), *ИРП*– индекс ретенции печени (*LRI*), ИПЗ – индекс печеночного захвата (*LUI*) претерпевают незначительные изменения. Показатели увеличиваются после операции гастрэктомии у больных РЖ, но эти значения статистически недостоверны по сравнению с дооперационными показателями (*p>0,05).

Таким образом, анализ исследований показывает, что гастрэктомия сопровождается значительными нарушениями концентрационной и сократительной функций желчного пузыря. Данные нарушения деятельности печеночной паренхимы и желчного пузыря сохраняются и в

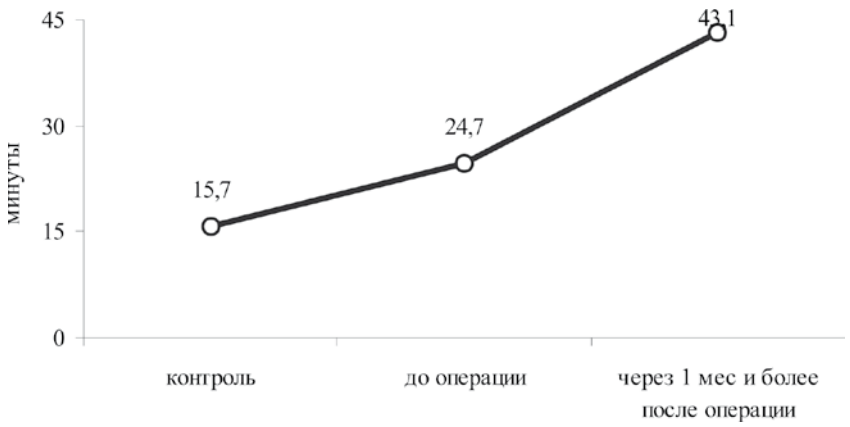


Рисунок 1 – Время поступления HIDA-Tc^{99m} в кишечник при динамической гепатобилиарной сцинтиграфии у больных РЖ до и в различные сроки после гастрэктомии (TTBD, Т кишечника)

отдаленном послеоперационном периоде. Динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия с HIDA-Tc^{99m} содержит важную диагностическую информацию о функциональном состоянии печени, желчных протоков и желчного пузыря и является адекватным методом оценки метаболических функций печени, концентрационной и сократительной способности желчного пузыря и транзита желчи в кишечник у больных после гастрэктомии, и может использоваться как тест для мониторинга восстановительного лечения.

Выводы

1. Ухудшение поглотительно-выделительной функции печени после гастрэктомии наблюдалось в различные сроки после операции и проявлялось, по данным динамической гепатобилиарной сцинтиграфии, увеличением времени полувыведения радиофармпрепарата из крови ($T_{клиренса\ крови}$) до 57,9±1,0 минут ($p<0,001$); задержкой достижения максимальной концентрации радиофармпрепарата в печени ($T_{max\ печени}$) до 33,3±0,9 минуты ($p<0,001$) и поздней визуализацией желчного пузыря ($T_{желчного\ пузыря}$) на 32,5±1,3 минутах ($p<0,001$).

2. Нарушение концентрационной функции желчного пузыря (T_{max}желчного пузыря). Накопление HIDA-Tc^{99m} в желчном пузыре после операции резко снижено и происходит медленными темпами – до 74,3±2,4 минуты ($p<0,001$).

3. Нарушения сократительной функции желчного пузыря проявляются запаздыванием по срокам и сниженной реакцией его опорожнения после приема желчегонного завтрака. Это проявляется медленным снижением концентрации HIDA-Tc^{99m} в желчном пузыре ($T_{1/2}$ желчного пузыря). В течение длительного времени – до 108 минут (p 0,001) после приема завтрака.

4. Критерием моторной дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди по данным динамической гепатобилиарной сцинтиграфии является задержка транзита желчи в двенадцатиперстную кишку – до 43,1±1,7 минуты ($p<0,001$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Fukagawa T., Katai H., Saka M. et al. Gallstone formation after gastric cancer surgery // J.Gastrointest. Surg. – 2009. – V. 13(5). – P. 886-889

2 Kobayashi T., Hisanaga M., Kanehiro H. et al. Analysis of risk factors for the development of gallstones after gastrectomy // Br. J. Surg. – 2005. – V. 92(11). – P. 1399-1403

3 Yi S.Q., Ohta T., Tsuchida A. et al. Surgical anatomy of innervation of the gallbladder in humans and Suncusmurinus with special reference to morphological understanding of gallstone formation after gastrectomy // World J.Gastroenterol. – 2007. – V. 13(14). – P. 2066-2071

4 Beliaev M.N. Dynamic hepatobiliaryscintigraphy in the evaluation of the efficiency of reconstructive surgery in patients after gastrectomy // Vestn. Rentgenol. Radiol. – 2007 Mar-Apr. – V. (2). – P. 34-38

5 Cerçi, S.S. Gallbladder function and dynamics of bile flow in asymptomatic gallstone disease// World J. Gastroenterol. – 2009 Jun. – V. 15(22). – P. 2763-2767

6 Ziessman, H.A. Nuclear medicine hepatobiliary imaging//Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2010 Feb. – V. 8 (2). – P. 111-116

ТҰЖЫРЫМ

Ч.И. ДЖУНУШЕВА

ҚР ДСМ Ұлттық онкология орталығы,

Бішкек қ., Қырғыз Республикасы

ДИНАМИКАЛЫҚ ГЕПАТОБИЛИАРЛЫҚ СЦИНТИГРАФИЯ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША БАУЫР МЕН ӨТТІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КҮЙІ

Кіріспе. Авторлардың бірқатарының жүргізген клиникалық және эксперименталдық зерттеулері асқазан резекциясы мен гастрэктомиядан кейін бауырдың өт жасау және өт бөлу, өттің қозғалу және шоғырлану функцияларының бұзылуының дамитынын көрсетті. Гастрэктомия өздерінің көрсетілімі бойынша асқазандағы кез келген операциядан кейінгі бұзылыстан да анағұрлым маңызды бұзылыстардың дамуына әкеп соқтырады.

Зерттеудің мақсаты: динамикалық гепатобилиарлық сцинтиграфияның көмегімен гастроэктомиядан кейінгі асқазан обырымен ауыратын науқастарда бауырдың сіңіру-бөлу және өттің моторлық функцияларының бұзылыстарын бағалауды жүргізу.

Материал мен әдістер: бауырдың метастаздық зақымдануы белгісі және анамнезінде бауыр аурулары белгісі жоқ 49 науқас тексерілді. Бақылау тобын мүлдем сау 26 адам құрады. Асқазан обырымен ауыратын 49 науқастың 12-сі операцияға дейін тексерілген болатын. Қалған 37 науқас операциядан кейін түрлі мерзімдерде (гастроэктомиядан кейін 1 және одан көп айдан кейін) тексерілген. Барлық науқастарға зерттеудің 60 минутында таңғы өт айдау асы (2 шикі жұмыртқа сарысы) қабылдаумен динамикалық гепатобилиарлық синтиграфия жүргізілді. Радиофармпрепарат (РФП) ретінде HIDA – белсенділігі 60-80 МБк 99mTc иминодиацетил қышқылы пайдаланылды.

Нәтижелері мен талқылау. Бауырдың полигоналдық жасушаларының сіңіру-бөлу функцияларының және өттің қозғалу функцияларының бұзылуы гастроэктомияға дейін де, кейін де барлық дерлік науқастарда байқалды. Өзгерістер мына көрсеткіштерде бейнеленді: бауырдағы РФП ең көп шоғырланымына жетудің кешігуі; қаннан РФП жартылай шығуы уақытының ұлғаюы; өттің кеш көрінуі; шоғырлануының азаюы мен РФП өтке жинақталуының баяулауы; таңғы өт айдау асын қабылдағаннан кейін өттің босауының баяулауы; өттің ұлтабарға өтуінің кешігуі.

Қорытындылар. HIDA-Tc99m-мен динамикалық гепатобилиарлық сцинтиграфия бауырдың, өт жолдары мен өттің функционалдық күйі туралы маңызды диагностикалық ақпаратты қамтиды және бауырдың матаболалық функцияларының, өттің шоғырлану және жиы-

рылу қабілетінің және радикалдық операциялық амалдардан кейін асқазан обырымен ауыратын науқастарда өттің ішекке өтуінің бұзылыстарын бағалаудың барабар және шынайы әдісін қамтиды. Аталған бұзылыстар тұрақты және операциядан кейінгі ұзақ кезеңде сақталады. Мұны әсіресе гастроэктомиядан кейінгі асқазандағы отадан кейінгі оңалту кезінде ескеру қажет. Динамикалық гепатобилиарлық сцинтиграфияны асқазан обырымен ауыратын науқастарды операциядан кейінгі қалпына келтіру емдеуінің мониторингіне арналған тест ретінде пайдалануды ұсынамыз.

Негізгі сөздер: *динамикалық гепатобилиарлық сцинтиграфия, бауыр, өт, гастрэктомия, өттің моторлық функциясы.*

SUMMARY

Ch. I. DZHUNUSHEVA

National Cancer Center, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek

THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER AND GALLBLADDER ACCORDING TO THE RESULTS OF DYNAMIC HEPATOBILIARY SCINTIGRAPHY

Introduction. The clinical and experimental studies conducted by a number of authors showed that after the gastric resection and gastrectomy, the chologenetic and biliary excreting liver function abnormalities and the motor and concentration gallbladder function abnormalities developed. The gastrectomy leads to the development of abnormalities, which are more severe by their manifestations, than the abnormalities after any other gastric surgery.

The aim of the study was to evaluate the liver absorptive-excretory function abnormalities and the gallbladder motor function abnormalities in patients with gastric cancer after the gastrectomy using the dynamic hepatobiliary scintigraphy.

Material and methods: 49 patients without any evidence of metastatic lesions of the liver and liver diseases in history were examined.

The control group included 26 practically healthy individuals. 12 of 49 patients with gastric cancer were examined before the surgery. The remaining 37 patients were examined at various intervals after the surgery (in 1 month or more after the gastrectomy). All the patients got the dynamic hepatobiliary scintigraphy performed with having the choleretic breakfast (2 raw egg yolks) at the 60th minute of the study. 99mTc-labeled HIDA-iminodiacetic acid, with the activity of 60-80 MBq was used as the radiopharmaceutical agent (RPA).

Results and discussion. The absorptive-excretory function abnormalities of the liver polygonal cells and the gallbladder motor functions abnormalities were seen in almost all patients before and after the gastrectomy. The changes were expressed as the following indicators: the delay in the achievement of the RPA maximum concentration in the liver; the increase in the blood elimination half-life of the RPA; the late visualization of the gallbladder; the decrease in the concentration and the delay in the accumulation of the RPA in the gallbladder after the choleretic breakfast; the delay in the gallbladder emptying after the choleretic breakfast; the delay in the bile flow into the duodenum.

Conclusions: The dynamic hepatobiliary scintigraphy with HIDA-Tc99m contains the important diagnostic information about the functional state of the liver, bile ducts and gallbladder and is an adequate and objective method to evaluate the liver metabolic function abnormalities, the gallbladder concentrating ability and contractility and the bile flow into the duodenum in patients with gastric cancer after radical surgeries. These abnormalities are stable and remain in the late postoperative period. This must be taken into account during the rehabilitation after the gastric surgery, especially after the gastrectomy. It is recommended to use the dynamic hepatobiliary scintigraphy as a test for the monitoring of the rehabilitation treatment of patients with gastric cancer in the postoperative period.

Key words: *dynamic hepatobiliary scintigraphy, liver, gallbladder, gastrectomy, the gallbladder motor function.*

УДК 625.849.2+628.398(575.2)

Р.Р. ТУХВАТШИН[1], А.А. КОЙБАГАРОВА[2], Г.Н. АТТОКУРОВА[2]

[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

[2]Кыргызско-Российский Славянский университет, г. Бишкек, Кыргызская Республика

ПРОБЛЕМЫ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ КЫРГЫЗСТАНА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА (литературный обзор)

У лиц с латентной инфекцией, длительно проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, по сравнению с лицами, живущими в районах, свободных от радионуклидов, наблюдается развитие относительного иммунодефицита, что определяет состояние реактивности организма и особенности течения соматической патологии.

Ключевые слова: *герпес, радионуклиды, иммунитет, гипоксия.*

Состояние здоровья человека зависит от многих факторов. Для жителей ряда районов Кыргызской Республики можно отметить три основных фактора. Так, в Кыргызстане сохранилось более 49 урановых хвостохранилищ, которые в той или иной мере оказывали (или оказывают) свое действие на здоровье человека, проживающего вблизи от них [1]. Значительная часть населения Кыргызстана заражена вирусом герпеса [2]. И третий фактор – 90% территории КР находится в горной местности, а 60% в средне-высокогорной, что сопровождается гипоксией тканей у человека и животных. Не обязательно, чтобы все эти три фактора полномасштабно действовали постоянно на человека, но это сочетание возможно периодически и оно не столь уже редкое явление для жителей КР.

Поэтому, исходя из данных литературы, что все три перечисленных фактора способны изменить состояние организма, в частности провоцировать перестройку иммунной системы, предполагаем, что они могут модифицировать ответные реакции систем организма на внешнее

воздействие, формируя новое, нередко патологическое состояние, например, при попадании в организм радионуклидов и(или) вирусов герпеса.

В то же время можно отметить, что гипоксия способна уменьшать негативные эффекты ионизирующего излучения, проявляясь в форме т.н. «кислородного пародокса». Остается неизвестным вопрос, как на фоне герпетической реакции в сочетании с гипоксией поведет себя организм, в который попали радионуклиды.

Известно, что ведущей причиной клинической картины, вплоть до летального исхода или выздоровлении от радиационных поражений, является эндогенная инфекция, развивающаяся в период разгара клинических проявлений острой лучевой болезни. Облучение даже в дозе менее 1 Гр вызывает подавление иммунореактивности и антибактериальной резистентности. В этих условиях большую угрозу (по сравнению с рисками развития инфекции среди необлученной популяции) представляет заражение особо опасной инфекцией. Наиболее патогенными и представляющими реальную угрозу для жизни считаются следующие возбудители инфекции: Variolamajor (оспа), Bacillusanthracis (сибирская язва), Yersiniapestis (чума), токсин Clostridiumbotulinum (ботулизм), Francisellatularensis (туляремия), филовирусы и аренавирусы (геморрагические лихорадки) [3].

В последнее время, в связи с ростом количества лиц (носителей и больных) с латентными инфекциями, возникает и проблема изучения реакции организма человека при этих инфекциях на фоне действия радиации, в Кыргызстане в большей степени, радионуклидов. А так же тем, что начало XXI века омрачено продолжающимися локальными вооруженными конфликтами в разных странах и неуклонным ростом террористических актов. В Кыргызстане – это террористические взрывы на рынке «Дордой», вторжение боевиков в Баткенскую область и др. [4]. В этой связи не исчезает и угроза возможности использования оружия массового поражения или случаев техногенных катастроф, таких как разрушение Чернобыльской АЭС, аварии на Факусимо в Японии, в Кыргызстане – разрушение и прорыв радиоактивных хвостохранилищ, как это было в 1964 году, когда произошло разрушение Ак-Тюзского свинцово-ториевого хвостохранилища с загрязнением территорий Кыргызстана и Казахстана радиационными продуктами. Поэтому остается необходимость детальной разработки вопросов воздействия на организм ядерных и биологических факторов оружия уже в новых условиях. Судя по количеству публикуемых работ, в научной литературе интерес к этой проблеме растет [5].

По данным Y. Klein еще в 1976 году одна треть населения земного шара была поражена герпетической инфекцией, причем у половины из них только в течение года наблюдались рецидивы заболевания, так как стойкого иммунитета против этой вирусной инфекции не существует. Дети от 6 мес. до 5 лет (когда закачивается иммунитет, переданный от матери) чаще всего инфицируются ВПГ-1. Есть данные, что 60% детей пятилетнего возраста инфицированы ВПГ, а к 15 годам и старше – почти 90% детей и подростков [6]. Предполагается, что распространение герпетической инфекции поддерживается не цепочкой непрерывных заражений, а периодической активизацией латентной инфекции, находящейся в организме человека. К сожалению, механизмы развития герпетической инфекции и формы существования вируса в латентном состоянии еще не изучены. Основными путями передачи инфекции следует считать: контактный, воздушно-капельный, трансплацентарный и половой. Заболевание может протекать в клинически выраженной или в скрытой форме. Поэтому большое внимание должно уделяться мерам по выявлению источников вирусной инфекции мочеполовых органов. Вирус герпеса удается изолировать из слюны у 2-2,5% внешне здоровых людей, его также можно обнаружить в фекалиях, что следует учитывать при определении вирусоносительства у внешне здоровых людей и пациентов с атипично протекающим герпетическим заболеванием.

Надо учитывать, что обострение вирусной инфекции происходит и под влиянием летнего солнечного облучения [7], но не обязательно в осенне-зимний период. Происходит ухудшение среды обитания, в результате производственной деятельности человека, что ведет к рассогласованию совокупности связей между организмом человека и биотическими и абиотическими факторами среды, деформацией и нарушением динамики биоценозов. По сути дела, современный человек живет под угрозой разрушения природной и социально-экономической среды, о чем говорилось еще в июне 1992 г. в Рио-де-Жанейро на Конференции ООН «Окружающая среда и развитие» и Глобальном форуме по устойчивому развитию в 1994 г. в Манчестере [8].

«Так, в частности в мире и, особенно заметная в Кыргызстане, усложняющаяся из года в год экологическая обстановка является одной из главных причин того неблагополучия, которое сложилось, например, в области охраны материнства и детства и проявилось высокой частотой осложнений беременности и родов, перинатальной и ранней детской смертности, врожденных пороков развития, заболеваемости и инвалидизации детей» [8].

По данным Л.А. Тарасовой и соавт. (2003) [9], вирусные инфекционные заболевания у детей из районов с высоким уровнем техногенного загрязнения атмосферного воздуха возникают на фоне напряжения адаптационных состояний, снижения иммунитета и возникновения ряда сопутствующих заболеваний. Воздействие ксенобиотиков сопровождается уменьшением количества общих и активированных Т-лимфоцитов, снижением уровня В-лимфоцитов и иммуноглобулинов. У детей в экологически неблагополучных районах имеет место ряд осложнений вирусных инфекций, в частности поражение бронхов и ЛОР-органов. Также выраженное развитие синдромов, отягощающих течение ОРВИ, может быть связано с аллергизируюшим и местным раздражающим действием выбросов предприятий [10].

По данным разных авторов, антитела к ВПГ содержатся в сыворотках крови у 70 – 90% взрослого населения. Подчеркнем, что герпетическое заболевание характеризуется самым огромным разнообразием клинических проявлений: острой формой или классически хронической, сопровождающейся поражением глаз, десен, полости рта, кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, ЦНС и особенно мочеполовой системы. Установлена возможность внутриутробного заражения плода путем трансплацентарной передачи ВПГ от больной беременной женщины.

Мы считаем, что все-таки этому разнообразию есть объяснение, и оно в какой-то степени связано с условиями, в которых живет человек, с патогенными факторами (не всегда определяемыми), воздействующими на него.

Для лиц, соприкасающихся с ионизирующим излучением, в частности для ликвидаторов ЧАЭС, бывших шахтеров урановых производств в литературе приводятся данные о частых заболеваниях ОРЗ, различных психических нарушениях в виде депрессий и необоснованной утомляемости. Страдают и другие органы и системы, как ЖКТ, имеют место эндокринные нарушения, болезни скелетно-мышечной системы [11]. Исследования, проводимые учеными Кыргызстана [1], показывают, что уровень радиации в урановых провинциях в среднем не выходят за границы нормы и среднее количество радионуклидов,

попадающих в организм человека, также не является значительным. В одном случае речь идет о малых величинах ионизирующего излучения и радионуклидов. Наслоение происходящих изменений в организме вследствие действия малых доз ионизирующего излучения и герпетической инфекции, которая заселяет высокоактивные клетки организма человека, такие как эритроциты, нейроны, эндотелий, приводит к изменению реактивности человеческого организма. Развивается иммунодефицитное состояние, которое определяет патологические реакции со стороны всех жизненно важных органов [12]. В Кыргызстане, как и в других странах, население страдает от латентных инфекций, что подтверждается многочисленными исследованиями, проведенными в последние годы. Причем, латентная инфекция негативно отражается на эффективности работы иммунной системы и проявляется относительным иммунодефицитным состоянием. Было показано, что, если клиническая картина герпеса у жителей г. Бишкек имела самые различные формы и, в основном, совпадала с описанными в литературе, то у жителей урановой провинции (пгт Каджисай) она проявлялась в виде гангренозной и геморрагической форм опоясывающего лишая, а также в виде тяжелого рецидивирующего течения. Своеобразие воспалительного процесса характеризовалось отсутствием клеточного компонента воспаления с преобладанием геморрагических отечных очагов на коже [13].

Аналогичные изменения были со стороны урогенитального тракта. Эти особенности течения латентной инфекции у жителей пгт. Каджисай были связаны с перестройкой иммунной системы в результате сочетанного воздействия экологически неблагоприятных факторов и латентной инфекции.

Было отмечено выраженное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, что способствовало развитию повторных инфекционных процессов в результате снижения защитных свойств организма. Видимо, недостаточная активность нейтрофилов и объясняет частые эпизоды в течение года острых воспалительных заболеваний со стороны дыхательных путей. Но если нейтрофилы, в основном, предохраняют организм от проникновения микробов, то макрофаги осуществляют и защиту от вирусов [14].

Снижение фагоцитарных возможностей моноцитов нарушает процесс представления антигенов и запуск процессов их обезвреживания в иммунной системе. С одной стороны, наблюдается активация кислородозависимых ферментных систем моноцитов и активация кислородонезависимых механизмов бактериоцидности, а с другой стороны, снижение способности моноцитов к адгезии и распластыванию, нарушает инициацию иммунного ответа вследствие неспособности макрофагов переработать антиген и представить его Т-клеткам-хелперам. В итоге недостаточно образуются большие клоны зрелых Т-клеток, в частности цитотоксических, хелперных, супрессорных. В норме увеличение Т-хелперов и от их сигналов происходит активация гуморального иммунитета. На первом этапе вырабатываются антитела низкой специфичности, а затем и высокоспецифические иммуноглобулины, но низкая активность Т-хелперов замедлила реакцию В-лимфоцитов.

Таким образом, на лиц, проживающих в экологически неблагополучных районах, загрязненных радионуклидами, оказывает влияние комплекс негативных факторов, таких как малые дозы радиации, латентные инфекции и гипоксия. Однако, учитывая трудность дифференцировки влияния социально-биологических, экологических, климатогеографических факторов на организм человека, возникает необходимость в моделировании процессов действия вируса герпеса, радиации, гипоксии на экспериментальных животных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Быковченко Ю.Г. Техногенное загрязнение ураном биосферы Кыргызстана / Э.И. Быкова, Т. Белеков, А.И Кадырова, А.Т. Жунушов, Р.Р.Тухватшин, С. Юшида – Бишкек, 2005. – 169 с.

2 Какеев Б.А. Роль биологических и современных социальных факторов в патогенезе латентных инфекций / Б.А Какеев.: автореф. дисс. … д. мед. наук: 14.00.16. – Бишкек, 2007. – 42 с.

3 Будагов Р.С. Чувствительность облучения животных к возбудителям особо опасных инфекций (Обзор литературы) / Р.С. Будаков // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2004. – № 5. – С. 544-546

4 Дуйшенов А.Ж. Этиопатогенетические и морфофункциональные особенности повреждения тканей организма человека и животных при действии взрывной волны в условиях высокогорья / А.Ж. Дуйшенов: автореф. дисс. … канд. мед. наук. – Бишкек, 2010. – 20 с.

5 Нестеренко В.С. Изменение развития гистиогенной токсемии у облученных крыс при применении сорбентов различного химического строения / В.С. Нестеренко, Е.М. Яценкуо, Н.П. Савина // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2004. – № 5. – С. 560-562

6 Козлова В.И. Вирусные хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий /В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер. – Москва, 1997. – 515 с.

7 Тухватшин Р.Р. Состояние гормонального профиля у женщин с герпетической инфекцией /Р.Р. Тухватшин, Б.А. Какеев // Современная медицина на рубеже XX-XXI веков. – Бишкек, 2000. – С. 274-280

8 Шаршенов А.К. Репродуктивная функция женщин и перинатальные потери в условиях экологического неблагополучия / А.К Шаршенов, Р.Р. Тухватшин. – Бишкек, 2001. – 94 с.

9 Тарасова И.С. Комплексная оценка состояния здоровья детского населения, постоянно проживающего на радиационно-загрязненных территориях Красногорского района Брянской области /И.С. Тарасова, В.М. Чернов, В.М. Буянкин и др. // Педиатрия. – 1999. – №2. – С. 99-104

10 Стрельцова Е.Н. Влияние неблагоприятных экологических факторов на органы дыхания [Текст] / Е.Н. Стрельцова // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. – № 3. – С. 3-6

11 Орадовская И.В. Динамика показателей иммунного статуса ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде] / И.В. Орадовская // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2006. – Т. 46. – №3. – С. 348-373

12 Протас И.И. Клинико-морфологические особенности хронических менингоэнцефалитов герпетической этиологии / И.И. Протас, М.К. Недзьведь, М.Е. Хмара // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – №1. – С. 30-35

13 Койбагарова А.А. Клинические особенности течения латентной инфекцией у жителей пгт Каджисай / А.А. Койбагарова // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2013. – №2. – С. 29-34

14 Койбагарова А.А. Клинико-иммунологический мониторинг больных латентной вирусной инфекцией, проживающих вблизи уранового хвостохранилища Каджисай / А.А. Койбагарова, М.К. Балтабаев, Р.Р. Тухватшин: матер. IV межд. конф. «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем». – Алматы, 2007. – С. 60-62

ЭКОЛОГИЯ

ТҰЖЫРЫМ

Р.Р. ТУХВАТШИН[1], А.А. КОЙБАГАРОВА[2], Г.Н. АТТОКУРОВА[2]

[1]И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медициналық академиясы, Қырғыз-Ресей

[2]Славян университеті, Бішкек қ., Қырғыз Республикасы

ҚЫРҒЫЗСТАНДАҒЫ УРАН ҚОЙМАСЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ МӘСЕЛЕЛЕР ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

Уран қоймалары маңында ұзақ уақыт бойы тұратын адамдарды радионуклидтерден бос аудандарда тұратын адамдармен салыстырғанда салыстырмалы иммунодефицит пайда болғаны көзге түседі.

Негізгі сөздер: *ұшық, радионуклидтер, иммунитет, гипоксия.*

SUMMARY

R.R. TUHVATSHIN[1], A.A. KOIBAGAROVA[2], G.N. ATTOKUROVA[2]

[1] I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

[2]Kyrgyz-Russian Slavic University,

Bishkek c., the Kyrgyz Republic

ISSUES OF URANIUM TAILINGS IN KYRGYZSTAN AND THEIR IMPACT ON HUMAN HEALTH

Individuals residing near uranium tailings for a long time, compared with those living in areas free of radionuclides have shown the development of relative immune deficiency.

Key words: *herpes, radionuclides, immunity, hypoxia.*

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.2:612.392.69(574)

Н.М. МАМЕДАЛИЕВА

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК,

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (результаты многоцентрового исследования PROMISE)

Исследование финансировалось компанией «Санофи-авентис Казахстан»

Ионы магния являются абсолютно необходимыми для функционирования основных систем организма на всех этапах развития, включая внутриутробный [1]. Суточная потребность в магнии для женщин составляет 280-300 мг. Дефицит магния в популяции встречается от 16 до 43% [1, 2, 3]. Согласно последним данным, концентрация магния в крови ниже 0,7 ммоль/л является проявлением выраженного ДМ в организме [4]. Во время беременности и в период лактации потребность в магнии увеличивается на 20-30% (до 340-355 мг), нижняя граница нормы магния у беременных несколько выше – 0,8 ммоль/л [5,6].

Наиболее зависимые от магния ткани – плацента, матка, мозг, миокард, мышечная ткань, имеющие максимальную плотность митохондрий. Недостаточное поступление магния в организм беременной женщины может повышать риск ранних и поздних выкидышей, преждевременных родов, вследствие повышения контрактильной активности миометрия, и может приводить к преэклампсии, задержке внутриутробного роста плода, эмбриональным отекам, уродствам плода, дискоординации родовой деятельности, рождению детей с низкой массой тела [8, 9, 10].

К группам риска по развитию ДМ во время беременности относятся беременные с метаболическим синдромом, артериальной гипертензией, синдромом поликистозных яичников, сахарным и гестационным диабетом, юные первородящие; беременные с дефицитом витаминов группы В; беременные с синдромом потери плода, гестозом, гипотрофией плода, преждевременными родами в анамнезе.

Нежелательные последствия совместного дефицита пиридоксина и магния проявляются уже в первом триместре беременности, а назначение беременным препаратов магния, начиная с 4-5-й недели беременности, приводит к снижению уровня спонтанных выкидышей [11].

Ключевые слова: *беременность, дефицит магния, препараты магния, эффективность.*

Важно отметить, что особое внимание исследователей в различных областях клинической медицины с недавних пор стало уделяться проблеме дефицита магния (ДМ) и той роли, которую он играет в развитии различных патологических процессов в организме человека. Ион магния является одним из 12 основных структурных химических элементов, которые составляют 99% микрохимического состава организма человека. Нормальный уровень магния является фундаментальной константой, которая контролирует гомеостаз и, соответственно, здоровье. Ионы магния являются абсолютно необходимыми для функционирования основных систем организма на всех этапах развития, включая внутриутробный [1].

Несмотря на широкое распространение магния в природе, его дефицит в популяции встречается довольно часто (от 16 до 43%) [1, 2, 3]. Понятие ДМ включает уменьшение количества магния в организме человека, клинические проявления этого заболевания, индивидуальный набор симптомов, характерных для признаков ДМ. Согласно последним данным, концентрация магния в крови ниже 0,7 ммоль/л является проявлением выраженного ДМ в организме [4].

Суточная потребность в магнии составляет 350-400 мг для мужчин и 280-300 мг для женщин. Во время беременности и в период лактации потребность в магнии увеличивается на 20-30% (до 340-355 мг) [5, 6]. В связи с этим у беременных нижняя граница нормы магния не-

сколько выше – 0,8 ммоль/л, поскольку чувствительность организма беременной женщины даже к пограничному дефициту резко возрастает [5].

Исследования популяций в Германии и России продемонстрировали, что ежедневный прием магния среди населения гораздо ниже, чем требуемая ежедневная доза. Более того, ДМ чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин [6].

Проблема ДМ интересна не только для терапевтов, но и для акушеров-гинекологов, поскольку недостаточное поступление магния в организм беременной женщины может приводить к множеству различных осложнений, способствующих как отягощенному течению беременности, так и ее прерыванию. Наиболее зависимые от магния ткани – плацента, матка, мозг, миокард, мышечная ткань, имеющие максимальную плотность митохондрий.

Беременность связана с постепенным снижением уровня магния как в сыворотке крови, так и в тканях, в результате его высокого расхода для процессов метаболизма и развития плода и повышенного выделения почками во время беременности (почти на 25%) [7].

Такой «физиологический» ДМ во время беременности в отсутствие адекватной нутриентной дотации может повышать риск ранних и поздних выкидышей, преждевременных родов, вследствие повышения контрактильной активности миометрия, и может приводить к преэклампсии, задержке внутриутробного роста плода, эмбриональным отекам, уродствам плода, дискоординации родовой деятельности, рождению детей с низкой массой тела [8, 9, 10]. Нежелательные последствия совместного дефицита пиридоксина и магния проявляются уже в первом триместре беременности, а назначение беременным препаратов магния, начиная с 4-5-й недели беременности, приводит к снижению уровня спонтанных выкидышей [11]. Кроме этого, ДМ во время беременности связан с риском развития резистентности к инсулину и сахарного диабета.

Таким образом, ДМ во время беременности является фактором риска развития материнской и перинатальной заболеваемости.

К группам риска по развитию ДМ во время беременности относятся:

– беременные с метаболическим синдромом, артериальной гипертензией, синдромом поликистозных яичников, сахарным и гестационным диабетом;

– юные первородящие;

– беременные, более 3 месяцев получавшие оральные контрацептивы до наступления беременности;

– беременные с несбалансированным питанием;

– беременные, получающие диуретики (за исключением калийсберегающих);

– беременные, испытывающие хронический нервный или физический стресс;

– беременные с дефицитом витаминов группы В;

– беременные с синдромом потери плода, гестозом, гипотрофией плода, преждевременными родами в анамнезе.

Дефицит магния у беременных женщин часто недооценивается из-за неправильного толкования значений нормы [7]. Учитывая эссенциальную роль магния во время беременности, представляется обоснованным выделение групп риска по развитию ДМ среди беременных с целью своевременной дотации препаратами магния и снижения рисков осложнений беременности.

Цель настоящего исследования – оценка распространенности дефицита магния в популяции беременных женщин с наличием клинических признаков дефицита магния, наблюдающихся в амбулаторных условиях в женских консультациях Республики Казахстан.

Материал и методы

Реализация исследования проводилась в условиях реальной рутинной врачебной практики в 3 городах Республики Казахстан. В исследование было включено 314 беременных женщин на разных сроках беременности, имеющих клинические симптомы ДМ:

Критерии включения:

• Возраст ≥18 лет

• Беременные женщины в любом триместре беременности

• Наличие клинических признаков дефицита магния: повышение тонуса матки, симптомы преэклампсии и/или раннего токсикоза беременности, симптомы неврастении, судороги в ногах, вегетососудистые нарушения и т.д., у пациентов, которые не принимали какие-либо препараты магния в течение одного месяца до включения в исследование.

• Подписанное информированное согласие.

Критерии исключения:

• Дефицит магния, связанный с другой причиной, кроме беременности

• Отказ от участия в программе.

Во время периода исследования беременные женщины наблюдались, по крайней мере, дважды: в начале исследования (1-й визит) и 30 дней спустя (2-й визит). Диагноз дефицита магния с уровнем магния в плазме ниже 0,77±0,01 подтверждался клиническими симптомами, суммарной балльной оценкой, полученной в результате использования стандартизированного опросника по выявлению ДМ, биохимическими анализами (данные брались из амбулаторных карт).

Не проводилось никакого специального вмешательства, а магний был назначен всем пациентам в дозах по усмотрению врача. Оценка дефицита магния проводилась на основании анализа динамики клинических симптомов и лабораторных данных, а также суммарной оценки, полученной с помощью стандартизированного опросника (амбулаторные карты, клинические данные, общий и гинекологический статус, показатели крови и мочи на визитах 1 и 2, оценка стандартизированного опросника по ДМ на 1 и 2 визитах).

Статистический анализ полученных данных был проведен с помощью программы SPSS версии 16.0. Количество пациентов, средние величины, стандартные отклонения, медианы и предельные переменные были использованы для качественных переменных. Выбранный уровень достоверности составлял 5% или $p<0,05$. Использовались описательная статистика, критерии значимости и доверительные интервалы. Чтобы ограничить риск ложноположительных результатов из-за возможно высокой изменчивости и вариабельности изученных данных, а также обеспечить уровень значимости 5%, не было заранее заданных измеряемых показателей и статистических гипотез. Выбор критериев статистической оценки зависел от типа распределения данных и от условия равенства вариантов. Гипотеза равенства дисперсии данных была протестирована при помощи теста Шапиро – Уилка. В случае нормального распределения данных по каждой группе равенство дисперсий (вариантов) проверялось при помощи теста Левена о равенстве дисперсий. Тот же самый подход использовался для парных критериев при сравнении свойств динамики (парный t-критерий Стьюдента или критерий Вилкоксона для парных сравнений). Сравнительный анализ качественных показателей выполнялся с использованием критерия Пирсона (критерий χ^2) и двустороннего критерия Фишера. Для установления взаимоотношений между двумя или более показателями применялся корреляционный анализ

с расчетами коэффициента корреляции Спирмана для парных рядов.

Результаты

92,67% (291/314) беременных женщин получали препараты магния. Среди них 7,32% (23/314) преждевременно прекратили участие в программе. Наиболее частой причиной этого были роды, которые наблюдаются у 2,55% (8/314) пациенток. Беременность закончилась выкидышем у 2,23% (7/314) пациенток. Сопутствующие препараты назначались 98,1% (308/314) беременным женщинам в течение периода наблюдения. Сочетание 3 препаратов (йод, фолиевая кислота, железо) было назначено 98,09% (308/314) женщин.

В таблице 1 представлены основные клинические и анамнестические характеристики пациенток, включенных в исследование.

Таблица 1 – **Распределение беременных женщин по возрасту**

Возраст	n	%
≤20 лет	6	1,91
20-24 лет	96	30,57
25-29 лет	108	34,39
30-34 лет	67	21,34
35-39 лет	32	10,19
> 40 лет	5	1,59
Всего	314	100,00

Большинство беременных женщин были в возрасте 25-29 лет (n = 108; 34,39%), и 1,59% (n = 5) женщин были в возрасте >40 лет.

Таблица 2 – **Распространенность хронических заболеваний среди беременных женщин**

Нозология	N	%
Нарушение сердечного ритма	9	2,87
Сердечная недостаточность, недостаточность митрального клапана	11	3,50
Сахарный диабет	4	1,27
Бессонница	12	3,82
Гипотиреоз	40	12,74
Гепатит	18	5,73
Холецистит, дискинезия желчных путей	9	2,87
Мочекаменная болезнь	15	4,78
Гломерулонефрит, пиелонефрит	73	23,25
Астенический синдром	46	14,65
Пароксизмальный синдром	62	19,75
Вирусные инфекции	22	7,01
Варикозная болезнь нижних конечностей	42	13,38
Другие	38	12,10

Наиболее часто встречающейся хронической болезнью была патология почек у 23,25% (73/314) беременных. Сочетанная патология (не уточнялась) была указана в амбулаторных картах у 27,71% (87/314) включенной популяции. Наиболее распространенным признаком дисплазии соединительной ткани была вегетососудистая дистония, встречающаяся у 47,13% (148/314) беременных. Заболевания шейки матки (15,92%; 50/314), инфекции, передаваемые половым путем (14,33%; 45/314), эктопический цилиндрический эпителий (10,51%; 33/314) и дисменорея (10,9%; 32/314) были наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями.

Более половины беременных женщин (58,92%; 185/314) наблюдались во втором триместре беременности, 22,29% (70/314) – в третьем триместре и 18,79% (59/314) – в первом триместре (табл. 3).

Таблица 3 – **Распределение женщин по триместрам беременности**

Триместр	n	%
Первый	59	18,79
Второй	185	58,92
Третий	70	22,29
Всего	314	100,00

Большая часть беременных женщин получала лактат магния – 276 (87,8%, n=314) в следующих дозах: 100 мг – 5,07% (14/276) беременных, 150 мг – 14,49% (40/276), 200 мг – 23,91% (66/276), 300 мг – 29,35% (81/276) и 400 мг – 27,17% (75/276). Средняя доза магния, назначенная беременным с дефицитом магния, составляла 278,85±7,69 мг по сравнению с 198,03±11,22 мг, назначенным при нормальном уровне магния.

Дефицит магния оценивали путем анализа плазменного уровня магния только у 274 женщин (с наличием клинических симптомов, связанных с дефицитом магния). Средняя концентрация в плазме магния, измеренная при 1-м визите, составляла 0,77±0,01 ммоль/л в диапазоне от 0,6 до 1,9 ммоль/л (табл. 4). Было установлено, что распространенность дефицита магния составляет 76,3% (209/274; недостающие данные = 40) при 1-м визите. Ко 2-му визиту уровень магния увеличился до 0,87±0,01, а популяция с дефицитом магния снизилась до 34,1% (табл. 5).

На 2-м визите было осмотрено всего 164 женщины. Остальные женщины не явились на 2-й визит.

Таблица 4 – **Динамика уровня магния в плазме крови беременных женщин**

	n	Среднее значение	Стандартное отклонение	Минимальная величина	Максимальная величина
Визит 1	274	0,77	0,01	0,6	1,9
P		<0,01			
Визит 2	164	0,87	0,01	0,74	1,9

Таблица 5 – **Динамика распространенности дефицита магния, оцененная в соответствии с уровнем магния в плазме крови беременных женщин**

	Общее число n (%)	Распространенность дефицита магния n (%)
Визит 1	274 (100)	209 (76,3)
P		<0,01
Визит 2	164 (100)	56 (34,1)

Риск развития ДМ был рассчитан на основе общего балла согласно опроснику, разработанному для беременных женщин. Беременные женщины с общим числом баллов от 0 до 19 были определены как не имеющие ДМ, в то время как беременные, получившие 20 баллов и более, идентифицировались как имеющие ДМ (табл. 6).

У беременных, принимавших препараты магния, средний балл по опроснику достоверно (P<0,001) сни-

Таблица 6 – **Результаты анкетирования беременных женщин на 1-м визите**

Количество баллов	Категория	Абсолютное число	%
0	Отсутствие клинических признаков дефицита магния и нулевой уровень балльной оценки	1	0,32
0 – 9	Отсутствие клинических признаков дефицита магния и 0-9 баллов	6	1,91
10 – 19	Риск дефицита магния	50	15,92
20 – 29	Умеренный дефицит магния	159	50,64
30 – 39	Дефицит магния	97	31,89
40 – 56	Выраженный дефицит магния	1	0,32
Всего		314	100,00

Таблица 7 – **Динамика балльной оценки анкетирования у беременных женщин**

	Визит 1					Визит 2				
	n	среднее значение	СО	мин.	макс.	n	среднее значение	СО	мин.	макс.
Всего	314	24,43	6,58	3,00	49,00	291	11,38	6,43	1,00	31,00
Примечание: СО – стандартное отклонение, мин. – минимум, макс. – максимум										

зился до 11,38±6,43 во время 2-го визита по сравнению с 24,43±6,58 при 1-м визите (табл. 7).

Следовательно, при 1-м визите у 81,85% (257/314) беременных был диагностирован ДМ, в то время как 18,15% (57/314) женщин продемонстрировали отсутствие ДМ (табл. 8). Результаты, представленные в таблице 8, показывают достоверное ($p<0,001$) уменьшение числа женщин с ДМ на визите 2, когда дефицит магния был обнаружен у 8,59% (25/291) женщин.

Таблица 8 – **Динамика дефицита магния, оцененная по балльной шкале у беременных женщин**

	Количество баллов		Всего, n (%)
	дефицит магния, n (%)	норма, n (%)	
Визит 1	257 (81,85)	57 (18,15)	314 (100)
p	<0,001		
Визит 2	25 (8,59)	266 (91,41)	291 (100)

В сравнении с биохимическим анализом концентрации магния в плазме, чувствительность и специфичность анкеты составляли 76,08% (159/209) и 95,39% (62/65), соответственно (табл. 9).

Таблица 9 – **Связь между лабораторным уровнем магния и результатами анкеты, направленной на выявление дефицита магния у беременных**

Категория (в соответствии с опросником)	Уровень магния в плазме				Всего	
	низкий		нормальный			
	n	%	n	%	n	%
Без дефицита магния	50	23,2	3	4,62	53	19,34
С дефицитом магния	159	76,08	62	95,39	221	80,66
Всего	209	76,28	65	23,72	274	100,0

Количество осложнений беременности у женщин с наличием в анамнезе дефицита магния было в 1,6 раза выше, чем в группе женщин с нормальным уровнем магния в крови (29,19% в сравнении с 18,46%). Наиболее частыми осложнениями во время текущей беременности были угроза выкидыша -70,80% (194/274) случаев, преэклампсия – 6,20% (17/274) и плацентарная недостаточность – 4,74% (13/274).

Клинические характеристики были оценены у 92,67% (291/314) женщин, закончивших исследование, которым магниевая поддержка была назначена на 1-м визите. Значительные улучшения были выявлены в виде уменьшения жалоб беременных в группе, получавшей магниевую поддержку

К концу исследования частота жалоб на отеки уменьшилась с 11,00% до 1,03% ($p<0,05$), жалобы на тяжесть в нижней части живота с 72,16% до 11,3% ($p<0,001$), судороги с 68,38% до 3,1% ($p<0,05$), кровянистые выделения из влагалища с 6,9% до 0,34% ($p<0,05$), а также боли в широкой связке матки и симфизе с 41,24% до 11,34% ($p<0,05$).

Статистически значимое снижение симптоматики выкидышей наблюдалось в группе беременных, принимавших препараты магния, наряду с уменьшением гипертонуса матки с 65,29 до 6,19 ($p<0,001$), хориальной отслойки с 1,37% до 0,34% и плацентарной недостаточности с 4,47% до 2,1%.

В ходе проведения настоящего исследования значимых изменений, касающихся артериального давления и частоты сердечных сокращений, выявлено не было (результаты не представлены).

Прием магниевой поддержки не ассоциировался с какими-либо изменениями значений СОЭ, уровня холестерина, общего белка, аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы. В то же время было отмечено, что число женщин с повышенными уровнями тромбоцитов, общего билирубина и гипогликемией снизилось с момента 1-го визита до 2-го визита с 6,3% до 4%, с 9,8% до 5,1% и с 21,9% до 0,96%, соответственно

Обсуждение результатов

В ходе настоящего исследования у 76,3% беременных был обнаружен ДМ, подтвержденный определением уровня магния в плазме и клиническими симптомами – повышенный тонус матки, симптомы преэклампсии и/или раннего токсикоза беременности, симптомы неврастении, судороги нижних конечностей, вегетососудистые расстройства и т.д. Данный факт перекликается с результатами других исследований,

демонстрирующих высокую степень ДМ во время беременности. Исследование, проведенное в Индии (2004), сообщает о распространенности дефицита магния у 43,6% беременных женщин, прошедших скрининг [12]. Распространенность ДМ среди российских женщин составляет 81,2% [13].

Данное исследование показало, что количество осложнений беременности у женщин с наличием в анамнезе дефицита магния в 1,6 раза выше, чем среди пациентов с нормальным уровнем магния в крови. Хронический дефицит магния может привести к преждевременным родам и спонтанным абортам, а также может являться причиной синдрома внезапной детской смерти (СВДС) [14, 15].

Результаты исследования в Польше показали снижение сывороточных концентраций магния (0,63±0,05 по сравнению с 0,71±0,12 ммоль/л, p<0,001) у женщин с преждевременными родами в сроке от 23 до 28 недель в сравнении с женщинами без преждевременных родов в том же гестационном сроке [10].

Кроме того, было отмечено, что потребление магния с пищей во время беременности у многих женщин, особенно из неблагополучных семей, значительно меньше рекомендуемых норм [16].

Дефицит магния связан со значительными осложнениями во время беременности и в послеродовом периоде для матери и новорожденного. Внутриматочный дефицит магния, как известно, связан с низкой массой плода для данного гестационного срока в конце беременности [17].

Большая распространенность ДМ и важнейшая роль магния в течение и в разрешении беременности обуславливают широкое распространение магниевой поддержки/терапии в различных клинических условиях. Систематический обзор с участием 2275 женщин из развитых стран (США, Венгрия и Австрия) показал, что магниевая поддержка до 25 недель беременности приводит к сокращению частоты преждевременных родов на 27% (ОР 0,73, 95% ДИ 0,57-0,94) по сравнению с плацебо [18]. Исследование Magpie, проводимое в 33 странах с участием 10110 женщин, продемонстрировало, что сульфат магния снижает риск эклампсии наполовину и вероятно уменьшает риск смерти женщины при родах [19].

В настоящем исследовании магниевая поддержка, прописанная пациенткам по усмотрению врача, привела к тому, что достоверно снизилось количество жалоб на отеки (p<0,05), тяжесть внизу живота (p<0,001), судороги (p<0,05), кровянистые выделения из влагалища (p<0,05), боли в широкой связке матки и симфизе (p<0,05).

В местах, где ограничены возможности доступа к оборудованию для проведения биохимического анализа микроэлементов, целесообразно проводить диагностику, используя альтернативные методы. В некоторых исследованиях сообщается о целесообразности использования опросников для оценки состояния питания беременных женщин. Так, ирландский опросник, анализирующий частоту приемов пищи, продемонстрировал относительную достоверность в оценке фактического приема магния у беременных женщин [20].

В ходе настоящего исследования по сравнению с биохимической оценкой концентрации магния в плазме, точность и специфика диагноза ДМ, выявленного на основании используемого опросника, составили 76,07% (159/209) и 95,38% (62/65), соответственно.

Ограничения исследования: дефицит магния трудно диагностировать, так как и клиническая картина и анализ крови могут дать неполную информацию о концентрации макроэлемента в организме [2]. Некоторые данные показывают, что уровень магния в крови может находиться в нормальном диапазоне даже при снижении общего количества магния в организме на 80%, за счет его вымывания из депо костей [21]. Следовательно, нормальный уровень магния в крови не исключает дефицит магния.

Женщины с дефицитом магния, не связанным с беременностью, не были включены в исследование. Тем не менее, было сложно определить все возможные причины дефицита магния.

Поскольку это было неинтервенционное исследование в реальной рутинной практике врача, включающее беременных женщин, получающих магний в различных дозах от 100 до 400 мг по усмотрению врача, это могло в некоторой степени повлиять на результаты исследования.

Заключение

1. Результаты настоящего многоцентрового исследования показали, что дефицит магния, сопровождающийся клиническими симптомами, широко распространен (76,3%) в популяции беременных женщин в Республике Казахстан.

2. Были отмечены достоверное увеличение (p<0,01) средней концентрации магния в плазме (с 0,77±0,01 до 0,87±0,01 ммоль/л) и уменьшение распространенности дефицита магния (p<0,01) (с 76,3 до 34,1%), что сопровождалось снижением клинических симптомов дефицита магния, согласно полученным данным, на фоне приема магния.

3. Была определена высокая чувствительность (76,08%) и специфичность опросника (95,39%), направленного на выявление дефицита магния у беременных женщин.

4. Потребление магния беременными женщинами не имеет негативного влияния на частоту сердечных сокращений, артериальное давление и лабораторные показатели.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Городецкий В.В., Талибов О.Б. Препараты магния в медицинской практике (Малая энциклопедия магния). – М, 2003. – 44 с.

2 Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. – М, 2006. – 223 с.

3 Спасов А.А. Магний в медицинской практике. – Волгоград, 2000. – 268 с.

4 Акарчакова Е.С. Стрессоустойчивость и дефицит магния у женщин // Медицина. – 2010. – № – С. 1-5

5 Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Мурашко Л.Е. Метаболизм магния и терапия преэклампсии препаратом Магнерот // Клинический кардиологический отзыв. – 2005;2:13-19

6 Abbott RD, Ando F, Masaki KH, Tung KH, Rodriguez BL, Petrovitch H, Yano K, Curb JD. Dietary magnesium intake and the future risk of coronary heart disease (the Honolulu Heart Program) // Am J Cardiol. 2003 Sep 15;92(6):665-9

7 Spätling L, Disch G, Classen HG. Magnesium in pregnant women and the newborn // Magnes Res. 1989;2(4):271-80

8 Wynn A, Wynn M. Magnesium and other nutrient deficiencies as possible causes of hypertension and low birthweight // Nutr Health. 1988;6(2):69-88

9 Almonte RA, Heath DL, Whitehall J, Russel MJ, Patole S, Vink R. Gestational magnesium deficiency is deleterious to fetal outcome // Biol Neonate. 1999;76(1):26-32

10 Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. – Москва, Медпрактика, 2003 [статьи на русском языке]

11 Сидельникова В.М. Применение препарата Магне В6 при недоношенной беременности // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 6. – С. 47-8

12 Pathak P, Kapil U, Kapoor SK, Saxena R, Kumar

A, Gupta N, Dwivedi SN, Singh R, Singh P. Prevalence of multiple micronutrient deficiencies amongst pregnant women in arural area of Haryana // Indian J Pediatr. 2004;71(11):1007-14

13 Makatsaria A.D., Bitsadze V.O., Hizroeva D.H. et. Al. Prevalence of magnesium deficiency in pregnant women // Questions of Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2012, part 11, №5, pages 25-34

14 Durlach J, Pagès N, Bac P, Bara M, Guiet-Bara A. Magnesium deficit and sudden infant death syndrome (SIDS): SIDS due to magnesium deficiency and SIDS due to various forms of magnesium depletion: possible importance of the chronopathological form // Magnes Res. 2002;15(3-4):269-78

15 Durlach J, Pagès N, Bac P, Bara M, Guiet-Bara A: Beta-2 mimetics and magnesium: are true or false friends? // Magnes Res. 2003;16:218-33

16 Subcommittee on Nutritional Status and Weight Gain During Pregnancy, Subcommittee on Dietary Intake and Nutrient Supplements During Pregnancy, Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Food, Nutrition Board. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Nutrition During Pregnancy. Washington DC: National Academy Press, 1990

17 Yang CY, Chiu HF, Tsai SS, Chang CC, Sung FC. Magnesium in drinking water and the risk of delivering a child of very low birth weight // Magnes Res. 2002;15(3-4):207-13

18 Makrides M, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy // CochraneDatabase Syst Rev. 2001;(4):CD000937

19 Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, Smith D; Magpie Trial Collaboration Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial // Lancet. 2002;359(9321):1877-90

20 McGowan CA, Curran S, McAuliffe FM. Relative validity of a food frequency questionnaire to assess nutrient intake in pregnant women // J Hum Nutr Diet. 2013 Apr 30. doi:10.1111/jhn.12120. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23627971

21 Школьникова М.А. Метаболизм магния и терапевтическая роль препаратов магния. – М: Медпрактика, – 28 с.

ТҰЖЫРЫМ

М.Н. МАМЕДАЛИЕВА

ҚР ДСМ Акушерлік, гинекология және перинатология ғылыми орталығы,

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДА МАГНИЙ ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ (PROMISE көп орталықты зерттеу нәтижелері)

Осы зерттеудің мақсаты Қазақтан Республикасының әйелдер кеңесінің амбулаториялық жағдайда қаралатын жүкті әйелдердің популяциясында магний тапшылығының таралуын бағалау болып табылады.

Материалдар және әдістер. Зерттеуге жүктіліктің әртүрлі кезеңдеріндегі, МТ клиникалық симптомдары бар 314 әйел қосылды. Зерттеудің барлық кезеңдерінде пациент кем дегенде екі рет қаралды: зерттеу басталғанда (1-рет келуі), 30 күннен кейін (2-рет келуі). Магнийлік қолдаудың тиімділігіне талдау 92,67% (291/314) пациенттерде жүргізілді. Магний лактаты 276 пациентке (87,8%; n=314) тағайындалды. Тиімділікті бағалау жүкті әйелдерді МТ сипаттайтын клиникалық-зертханалық көрсеткіштердің динамикасын талдау және МТ стандартталған балдық сауалнама бойынша жүргізілді (пациенттің сырқатнамасы, клиникалық деректер, рутинді жалпы гинекологиялық статусы, 1 және 2 –рет келуі кезіндегі қан және несеп көрсеткіштері, 1 және 2-рет келуі кезіндегі МТ стандартталған сауалнамасы бағаланды).

Нәтижелер: 2-ші рет келгенде МТ таралуы айтарлықтай ($p<0,01$) төмендеген уақытта магний плазманың деңгейі айтарлықтай ($p<0,01$) ұлғайды. Екінші рет келуге МТ бар әйелдердің саны айтарлықтай азайған. Плазмадағы магний шоғырын биохимиялық талдаумен салыстырған кезде сауалнаманың сезімталдығы мен ерекшелігі сәйкесінше 76,08% (159/209) және 95,39% (62/65) болды.

МТ тапшылығы бар әйелдердің арасында жүктілік кезіндегі асқынулар үлесі анамнезде магнийдің қалыпты деңгейі бар әйелдермен салыстырғанда 1,6 есеге жоғары болды. Магнийлік қолдау тапқан пациенттер тобындағы клиникалық статуста айтарлықтай жақсартулар айқындалды.

Қорытынды. Жүкті әйелдердің популяциясындағы клиникалық симптомдарды бар магний тапшылығы Қазақстан Республикасында кеңінен таралған. Магнийді қабылдау аясында плазмадағы магнийдің орташа шоғырының айтарлықтай ұлғаюы және жүкті әйелдер арасында магний тапшылығының таралуының төмендеуі байқалды, ол магнийлік тапшылықтың клиникалық туындауларының азаюымен сүйемелденді.

Негізгі сөздер: *жүктілік, магний тапшылығы, магний препараты, тиімділік.*

SUMMARY

M.N. MAMEDALIEVA

Research center of maieutics, gynecology and perinatology of the Ministry of Heals on the Republic of Kazakhstan, Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

THE PREVALENCE OF MAGNESIUM DEFICIENCY AMONG PREGNANT WOMEN IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (the results of the multicentre study PROMISE)

The purpose of the present study was to assess the magnesium deficiency prevalence in the population of pregnant women with the presence of clinical signs of magnesium deficiency being followed up on an outpatient basis at the prenatal clinics in the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods. The study was conducted in a real routine medical practice setting in 3 cities in the Republic of Kazakhstan. 314 pregnant women of different gestational ages having clinical symptoms of MD were enrolled in the study. Throughout the period of study the patient was observed at least twice: at initiation (Visit 1) and after 30 days (Visit 2). Analysis of the effectiveness of magnesium support was held at 92.67 % (291/314) of patients. Magnesium lactate was appointed to 276 (87.8%; n = 314) patients. Effectiveness evaluation included the analysis of dynamics of frequency of clinical and laboratory implications which characterize the MD in pregnant women, and scores on a standardized questionnaire of MD (estimated case history, clinical data, routine gynecological and general status, blood and urine values at Visit 1 and 2, a standardized MD questionnaire at Visit 1 and 2).

Results: To Visit 2 magnesium level in plasma significantly increased ($p <0.01$) while the prevalence of MD was significantly decreased ($p <0.01$). By the second visit the number of women with MD significantly declined. When compared with the biochemical analysis of the magnesium concentration in plasma the sensitivity and specificity of the questionnaire were 76.08% (159/209) and 95.39% (62/65), respectively.

Fraction of pregnancy complications among women with MD in anamnesis was 1.6 times higher compared to women with normal levels of magnesium. The significant improvements were revealed in clinical status of patients in the group treated with magnesium support.

Conclusion. Magnesium deficiency with the presence of clinical symptoms in a population of pregnant women is widespread in the Republic of Kazakhstan. The patients receiving magnesium showed a significant increase in the average concentration of magnesium in plasma and reducing the incidence of magnesium deficiency among the pregnant women accompanied by a decrease in the clinical implications of magnesium deficiency.

Key words: *pregnancy, magnesium deficiency, magnesium preparations, efficiency.*

Список участников исследования PROMISE

№	Ф.И.О.	Город	ЛПУ
1	Наурызбаева К.М.	Алматы	ГП №10
2	Оразова А.С.	Алматы	ГП №10
3	Жанабаева З.Ж.	Алматы	ГП №3
4	Молдахметова Д.Т.	Алматы	ГП №3
5	Елемесова Ш.С.	Алматы	ГП №5
6	Сыздыкова Н.К.	Алматы	ГП №6
7	Мухпулова А.М.	Алматы	ГП №7
8	Шарбатова Ж.Б.	Алматы	Студ. поликлиника
9	Ван Н.В.	Алматы	Студ. поликлиника
10	Юсупова А.А.	Алматы	Студ. поликлиника
11	Жабина Л.Д.	Алматы	ГП №9
12	Крынина М.Ю.	Алматы	ГП №19
13	Бактиярова Г.Б.	Астана	Перинатальный центр
14	Тнымбаев М.Е.	Астана	Перинатальный центр
15	Джуматаева У.А.	Астана	ГП №2
16	Ибрагимова Э.Э.	Астана	ГП №2
17	Абдикеримова А.Б.	Астана	РД №3
18	Конысбаева Б.Д.	Астана	РД №3
19	Ильясова А.Е.	Астана	РД №3
20	Калуова Д.К.	Астана	РД №3
21	Абубакирова Г.Т.	Астана	РД №3
22	Ауанасова А.Х.	Астана	ГП №8
23	Мамбетова Л.М.	Астана	ГП №7
24	Иманкулова Г.Е.	Астана	ГП №6
25	Балахмет А.Т.	Астана	ГП №6
26	Зелинская К.А.	Караганда	ГБ №1
27	Хе В.В.	Караганда	ГБ №2
28	Долгова О.В.	Караганда	ГБ №3
29	Идрисова И.И.	Караганда	ГБ №4
30	Жуманова Г.Б.	Караганда	ГП №5
31	Карабаева Д.А.	Караганда	ГП №5
32	Свиридюк В.В.	Караганда	ГП №3
33	Хоник Н.М.	Караганда	ГЦПМСП
34	Болоцкая И.Г.	Караганда	ГЦПМСП
35	Чернова Л.В.	Караганда	ГЦПМСП

УДК 618.39-06

И.Е. НЕХАЕВА
Женская консультация при городской больнице, г. Капшагай

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ НА РАННИХ СРОКАХ

Данная статья посвящена вопросам привычного невынашивания беременности. Выяснение причин привычного невынашивания является чрезвычайно важным с практической точки зрения. Зная причины и понимая патогенез прерывания беременности, можно более успешно проводить патогенетическое лечение.

Ключевые слова: *привычное невынашивание, самопроизвольный выкидыш, прерывание беременности.*

Проблемы, связанные с невынашиванием беременности, являются актуальными в связи с большой частотой перинатальной, детской заболеваемости и смертности. Однако актуальность проблемы невынашивания обусловлена не только медицинскими, но и социальными факторами – уменьшением прироста населения, тяжелыми последствиями для физического и эмоционального состояния женщины, а также отрицательным влиянием на детородную функцию женщин.

Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание беременности от зачатия до 37 недель. В мировой практике принято различать ранние потери беременности (от зачатия до 22 нед) и преждевременные роды (от 22 до 37 нед). По данным ВОЗ невынашивание беременности – это самое частое осложнение беременности, которое достигает 10-20% исходов всех беременностей. Если самопроизвольное прерывание беременности происходит два и более раз подряд – это уже привычное невынашивание. Его частота в популяции составляет от 2 до 5%. Более 85% спонтанных абортов происходит в ранние сроки беременности.

Большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу о том, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычной потери беременности с последующим обяза-

тельным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности.

Очень важно отметить, что проблемы привычного невынашивания нельзя решить в процессе беременности. Для того, чтобы лечение по сохранению беременности было эффективным, необходимо знать причины и более глубоко понимать патогенез тех нарушений, которые ведут к прерыванию беременности. Это можно выяснить только при тщательном обследовании вне беременности для проведения реабилитационной терапии и более рационального ведения беременности. Только такой подход, индивидуальный в каждом конкретном наблюдении, может обеспечить успешное течение беременности и рождение здорового ребенка. Важно помнить, что риск невынашивания беременности возрастает с каждой беременностью.

Привычное невынашивание – полиэтиологичное осложнение беременности, в основе которого чаще всего лежат нарушения функции репродуктивной системы в отличие от спорадического (одиночного) прерывания беременности.

Среди основных причин невынашивания беременности одно из ведущих мест принадлежит инфекциям, среди которых первостепенное значение приобретают инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Частота невынашивания беременности инфекционного генеза по данным литературы колеблется от 18,7 до 54%. Для инфекционного генеза невынашивания беременности более характерны поздние выкидыши и преждевременные роды. Ранние привычные потери беременности могут быть обусловлены воздействием инфекции, формированием хронического эндометрита с высоким уровнем активированных иммунных клеток.

В настоящее время особая роль в этиологии невынашивания беременности отводится низковирулентным условно-патогенным микроорганизмам, способным длительно персистировать в организме без выраженной клинической симптоматики. Даже в случае отсутствия прямого специфического воздействия инфекционных агентов на плод, нарушения репродуктивной системы, вызванные персистенцией их в эндометрии, с развитием хронического эндометрита, а также сопутствующие эндокринопатии и аутоиммунные нарушения ведут к нарушению развития эмбриона плода и прерыванию беременности. Частота бессимптомного персистирования условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии женщин с воспалительным генезом выкидыша в анамнезе составляет 67,7%.

Диагностика инфекционной патологии в акушерско-гинекологической практике не представляет больших трудностей. Однако, следует отметить, что при подозрении на инфекцию диагностика должна быть комплексной. Приоритет должен быть отдан культуральной, ИФА, ИФМ и ПЦР-диагностике, которые позволяют установить этиологию заболевания, видовую принадлежность возбудителя, дать его количественную оценку. Лечение включает в себя антибактериальную, иммунокорригирующую терапии, а также назначение эубиотиков для нормализации влагалищного биоценоза.

Антибактериальная терапия показана при выделении условно-патогенных микроорганизмов более 105 КОЕ/мл, а также при наличии гематологических признаков воспаления. При назначении антибиотиков необходимо проводить антибактериальную терапию с учетом чувствительности. Необходимо отменить, что антибактериальная терапия должна быть системной, а не локальной. При острой инфекции иммунокорригирующая терапия должна применяться одновременно с антибактериальными средствами. При хроническом течении заболевания, длительной персистенции инфекционного агента лечение должно начинаться с применения иммунокорригирующих средств, а этиотропные противомикробные препараты назначают через некоторое время (3-5 дней).

Среди причин привычного невынашивания генетические факторы составляют 3-6%. При ранних потерях беременности аномалии кариотипа родителей, по данным В.М. Сидельниковой, наблюдаются в 8,8% случаев. Различают: генные мутации (изменения на молекулярном уровне); абберации хромосом (делеции, дупликации, транслокации и инверсии). Наиболее часто к потере беременности ведут хромосомные абберации – изменение числа и структуры хромосом. При наличии в анамнезе прерываний беременности в ранние сроки, мертворождений неясного генеза, пороков развития плода, неудач в наступлении беременности после применения новых репродуктивных технологий, при возрасте супругов старше 35 лет целесообразно проведение медико-генетического обследования супружеской пары до наступления беременности. Вторым этапом является определение кариотипа супругов, выявление возможных вариантов нарушений: транслокаций, инверсий, мозаицизма и др. После обследования проводится консультация генетика, где подробно супругам разъясняются результаты исследования, проводят оценку степени риска для последующих беременностей, а также необходимо рассмотреть возможность донации ооцитов или использование спермы донора.

К анатомическим факторам привычного невынашивания беременности относят: врожденные аномалии развития матки, генитальный инфантилизм, приобретенные анатомические дефекты, внутриматочные синехии (синдром Ашермана), субмукозную миому матки, истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН). Среди женщин, страдающих привычным невынашиванием, частота аномалий матки составляет от 10 до 15%, согласно разным авторам.

Тактика подготовки к беременности зависит от степени и формы порока развития. Чаще всего проводится оперативное лечение по показаниям. Важно помнить, что у большинства женщин с нарушением репродуктивной функции пороки развития матки сочетаются с гормональными нарушениями с формированием неполноценной лютеиновой фазы цикла. Поэтому целесообразно назначение циклической гормональной терапии.

Для ИЦН патогномоничным признаком является самопроизвольное прерывание беременности во II триместре или ранние преждевременные роды, происходящие относительно быстро и малоболезненно. При выявлении ИЦН требуется хирургическая коррекция. Наиболее широко используется предложенный в 1978 г. Любимовой А.И. и Мамедалиевой Н.М. двойной П-образный шов, накладываемый на область внутреннего зева. Подготовка к беременности пациенток с привычным невынашиванием беременности в связи с ИЦН должна начинаться с лечения хронического эндометрита и нормализации микрофлоры влагалища. Проводится индивидуальный подбор антибактериальных препаратов с последующей оценкой эффективности лечения по результатам бактериологического исследования, ПЦР-диагностики, микроскопии влагалищного отделяемого.

Многие женщины с миомой матки имеют нормальную репродуктивную функцию, беременность и роды без осложнений. Тем не менее, многие исследователи отмечают, что угроза прерывания отмечается у 30–75% больных с миомой матки. Тактика прегравидарной подготовки пациенток зависит от размеров, локализации, симптомов миомы матки. Чаще всего рекомендовано применение гестагенных препаратов с 16-25 дня цикла 2-3 цикла подряд. Оперативное (органосохраняющее) лечение проводят по показаниям.

По данным различных авторов, эндокринные причины невынашивания беременности составляют от 8 до 20%. Наиболее значимыми из них являются: недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперандрогения, гиперпролактинемия, дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет. При НЛФ женщинам, страдающим невынашиванием беременности, используют циклическую гормональную или монотерапию. Монотерапия проводится дидрогестероном, который, как известно, обладает еще и иммуномолирующими свойствами. Если беременность не наступает, проводят стимуляцию овуляции, причем применения аналогов ФСГ дает лучший результат, чем стимуляция овуляции кломифеном. В случае, если НЛФ обусловлена хроническим эндометритом, на первом этапе лечения необходимо назначение антибактериальных средств, противовирусной и иммуномодулирующей терапии. На втором этапе лечения целесообразно назначение физиотерапии, по показаниям метаболическая терапия, а также гормональная терапия (комбинированная или монотерапия).

Гиперандрогения – патологическое состояние, обусловленное избыточной секрецией андрогенов, а также нарушением их метаболизма и связывания на периферии. Влияние избытка андрогенов на организм женщины заключается в их вирилизирующем и анаболическом действии и сопровождается нарушением фолликулогенеза и овуляции. Выяснение источника гиперандрогении имеет большое значение, т.к. прегравидарная подготовка и тактика ведения беременности зависят от источника гиперандрогении. Для дифференциальной диагностики определяют уровень кортизола в крови, ДЭАС, 17-ОП, 17-КС, ГСПС, а также проводят гормональные пробы. Чаще всего проводят пробу с дексаметазоном. При положительной пробе наблюдается снижение гормонов более чем на 50% по сравнению с исходным уровнем при врожденной гиперплазии коры надпочечников. При отрицательной дексаметазоновой пробе и увеличении тестостерона указывают на яичниковую гиперандрогению. Пробу с дексаметазоном рекомендуется проводить в середине 1 фазы, т.е. 5-7 день цикла.

Больные с АГС чаще всего с рождения получают глюкокортикоиды, на фоне которых возможно планирование беременности. При стертых фомах врожденной гиперплазии коры надпочечников рекомендовано назначение дексаметазона в дозе 0,125-0,250 мг в течение 2-3 циклов. Если беременность на этом фоне не наступает, рекомендовано проводить стимуляцию овуляции после исключения трубно-перитонеального фактора. При наступлении беременности необходимо продолжить прием дексаметазона с последующей коррекцией дозировки. Продолжительность приема дексаметазона во время беременности зависит от пола будущего ребенка.

Подготовка пациенток с яичниковой формой гиперандрогении (СПКЯ) начинается с нормализации массы тела и назначения инсулин-сенситайзеров в дозировке 500-1500 мг/сут. На период обследования и подготовки к беременности рекомендован прием эстроген-гестагенсодержащих оральных контрацептивов, что позволяет урегулировать гормональный фон женщины. Так же возможно назначение гестагенных препаратов (дидрогестерон) с 16-25 дня менструального цикла. Следующим этапом прегравидарной подготовки является стимуляция овуляции кломифеном с последующим введением триггера овуляции. Если параллельно отмечается высокий уровень пролактина, дополнительно должен быть введен парлодел с 9-14 дня МЦ. Если беременность не наступила, рекомендовано повышение доз кломифена. Возможно также назначение дексаметазона в случае, если гиперандрогения смешанного генеза. При отсутствии эффекта от стимуляции овуляции кломифеном рекомендуется использовать прямые стимуляторы овуляции (ФСГ). Длительность подготовки к беременности женщин с СПКЯ составляет 4-5 циклов.

В настоящее время известно, что до 80% всех ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности связано с иммунологическими нарушениями. Выделяют аутоиммунные и аллоиммунные нарушения, ведущие к привычному невынашиванию беременности. Общепризнанным аутоиммунным состоянием, ведущим к гибели эмбриона/плода, в настоящее время остается антифосфолипидный синдром (АФС). Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности АФС составляет 27–42%, без лечения гибель эмбриона/плода наблюдается у 85-90% женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам. При прегравидарной подготовке пациенток с АФС-синдромом проводится исследование крови – гемостазиограмма и определение волчаночного антикоагулянта. Для исключения инфекции целесообразно проведение бактериологического исследования содержимого цервикального канала, ПЦР-диагностика ИППП. Кроме этого, необходимо провести оценку иммунного и интерферонового статусов. При выявлении вирусной или бактериальной инфекции назначается соответствующая терапия (антибактериальная, противовирусная, иммуномодулирующая). Целесообразно так же назначение метаболической терапии, системной энзимотерапии, нормализация иммунограммы и интерферонового статуса путем применения индукторов интерферона. После проведенного лечения проводятся контроль гемостазиограммы и повторное определение волчаночного антикоагулянта. Если после проведенного лечения остаются тромбофилические изменения гемостазиограммы, то необходимо применить антикоагулянты или антиагреганты. По показаниям возможно проведение плазмафереза.

К аллоиммунным факторам привычного выкидыша относят наличие антител к ХГЧ, наблюдающееся в сыворотке 26,7% женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности. Подготовка к беременности при сенсибилизации к ХГЧ проводится аналогично тому, как она проводится при сенсибилизации к фосфолипидам, которая включает в себя нормализацию показателей гемостаза низкомолекулярными гепаринами под контролем гемостазиограммы, иммунограммы и ликвидацию очага инфекции, если таковая имеется. Кроме этого, необходимо проводить коррекцию недостаточности лютеиновой фазы, которая наблюдается часто при сенсибилизации к ХГЧ. Целесообразно назначение антиагрегантов и/или антикоагулянтов, системной энзимотерапии. Глюкокортикоидную терапию следует начинать со 2-й фазы предполагаемого фертильного цикла после овуляции в дозах 5–15 мг/сут.

Аутоантитела к прогестерону играют негативную роль в генезе привычного невынашивания беременности. Механизм невынашивания в данном случае связан с нарушениями процессов имплантации, формирования трофобласта и развития беременности. Прегравидарная подготовка женщин с данной патологией включает нормализацию параметров иммунного и интерферонового статусов с применением индукторов интерферона. Вторым этапом планирования беременности является назначение циклической гормональной терапии или монотерапии дидрогестероном. В данном случае не рекомендовано назначение натурального прогестерона, т.к. возможно усиление сенсибилизации к прогестерону. Кроме этого, таким пациенткам целесообразно назначать глюкокортикоидную терапию метилпреднизолоном. При необходимости возможно проведение стимуляции овуляции, иммуноцитотерапию лимфоцитами мужа или донора.

К другим аллоиммунным процессам, ведущим к отторжению плода, относят систему HLA (комплекс гистосовместимости), которая играет важную роль в репродуктивной функции человека. Наличие у супругов повышенного количества (более 3) общих антигенов системы главного комплекса гистосовместимости часто наблюдается при родственных браках). Лечение и прегравидарная подготовка при аллоиммунных нарушениях требуют назначения лимфоцитоиммунотерапии (ЛИТ) клетками отца или донора в количестве 100-150 млн клеток на 5-6-й день цикла 2 цикла подряд. При наступлении беременности ЛИТ повторяется в тех же дозах клеток каждые 4 недели беременности до 12-16 недели. Кроме этого, возможно в/в введение иммуноглобулина 5-10 г с первых недель беременности каждые 4 недели до 12 недель беременности.

По данным литературы, врожденные дефекты гемостаза наблюдаются у 0,1-0,5% популяции, но среди пациенток с тромбофилиями они составляют 1-8%. К тромбофилическим состояниям во время беременности, приводящим к привычному невынашиванию, относятся следующие формы генетически обусловленных тромбофилий: дефицит антитромбина III; мутация фактора V (лейденовская мутация); дефицит протеина С; дефицит протеина S; мутация гена протромбина G20210A; гипергомоцистеинемия. Обследование на наследственную тромбофилию проводят после исключения АФС-синдрома при наличии в семейном анамнезе тромбоэмболии в возрасте до 40 лет у родственников; при неясных эпизодах венозных и/или артериальных тромбозов в возрасте 40 лет; рецидивирующих тромбозах у пациенток и ближайших родственников; тромбоэмболических осложнениях при беременности; после родов при использовании гормональной контрацепции (повторные потери беременности, мертворождения, задержка внутриутробного развития плода, отслойка плаценты, раннее начало преэклампсии, HELLP-синдром). Лечение проводится антиагрегантами, антикоагулянтами, при гипергомоцистеинемии – назначением фолиевой кислоты, витаминов группы В.

Таким образом, этиология невынашивания беременности разнообразна и зависит от многочисленных факторов – действующих одновременно или последовательно. Обследование супружеских пар с невынашиванием беременности должно быть комплексным. Выявление причинных факторов, коррекции нарушений вне беременности, мониторинг во время беременности способствуют рождению жизнеспособных детей у пар с привычным невынашиванием беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мамедалиева Н.М., Рапильбекова Г.К. Синдром потери плода при тромбофилии (прогнозирование и профилактика). – Астана, 2011. – 152 с.

2 Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. Тактика ведения женщин с инфекционным генезом невынашивания: методические рекомендации. – Астана, 2011. – 38 с.

3 Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. – 2007. – №5. – С. 24-27

4 Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2000. – 304 с.

5 Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клинические протоколы. – 2011. – 244 с.

6 Сидорова И.С. Миома матки и беременность. – 1985. – 192 с.

ТҰЖЫРЫМ

И.Е. НЕХАЕВА

Капшагай қ. ауруханасы ішіндегі әйелдер кеңесі

АЛҒАШҚЫ МЕРЗІМДЕРДЕГІ БАСТАПҚЫ КӨТЕРМЕУШІЛІККЕ ПРЕГРАВИДАРЛЫҚ ДАЙЫНДЫҚ

Бұл мақала қалыпты жүктілікті көтера алмау сұрақтарына арналған. Қалыпты жүктілікті көтере алмау себептері практикалық тұрғыды өте мауызды. Бала көтеруді тоқтатудың патогенезін білу арқылы патогенетикалық емдеуді тиіледерін өткізуге болады.

Негізгі создер: *Қалыпты көтере алмау, өздігінен түсік тастау, жүктілікті тоқтату.*

SUMMARY

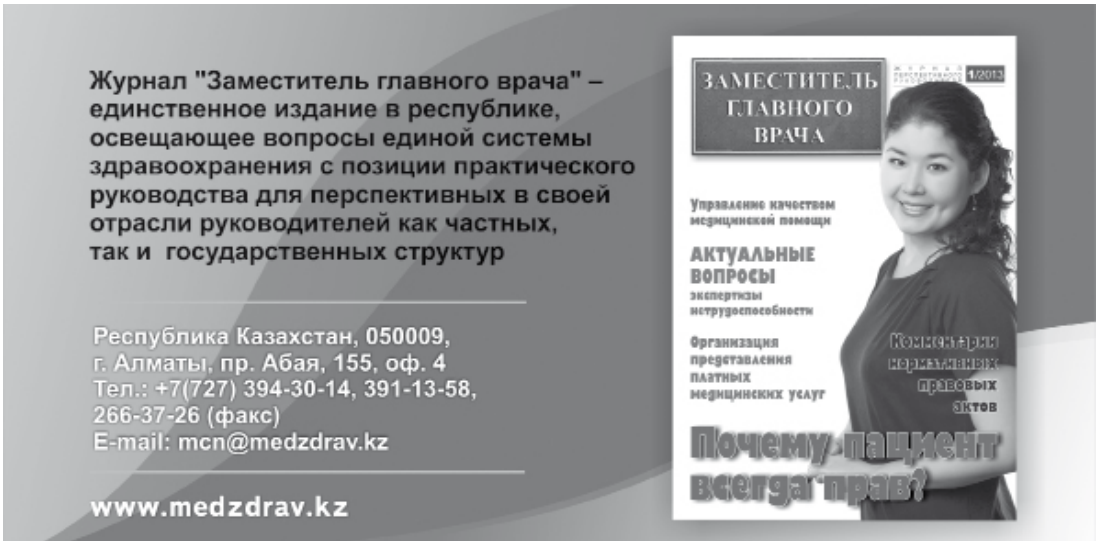
I.E. NEKHAEVA

Maternity welfare center of municipal hospital of Kapshagay c.

PRECONCEPTION MANAGEMENT OF WOMEN WITH HABITUAL MISCARRIAGE IN EARLY PREGNANCY

This article focuses on the issues of recurrent miscarriage. Ascertaining the causes of recurrent miscarriage is extremely important from a practical standpoint. Knowing the causes and understanding the pathogenesis of abortion, you can more successfully to carry pathogenetic treatment.

Key words: *recurrent miscarriage, spontaneous miscarriage, termination of pregnancy.*



УДК 618.2/.3:616.71-008.1-08

Г.Х. ГАБДУЛИНА, А.Г. ТОКАРЕВ, М.Г. НОГАЕВА, Н.М. ДЖУНУСБАЕВА, Г.С. ЖУБАЕВА
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

КОРРЕКЦИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ

В статье приведена оценка эффективности использования Кальций-D_3 Никомед для коррекции остеопении у беременных. Кальций-D_3 Никомед нормализует кальций-фосфорный обмен, тормозит исходно повышенную костную резорбцию и не оказывает заметного влияния на процесс костного формирования.

Ключевые слова: *Кальций-D_3 Никомед, остеопения, беременные.*

Во время физиологически протекающей беременности происходит изменение минерального обмена, и создаются предпосылки к значительной потере минеральных компонентов кости и развитию остеопении беременных.

Организм беременной женщины испытывает повышенную потребность в витаминах и минералах, в том числе и в витамине D, кальции, особенно в течение последнего триместра, во время которого происходит максимальная минерализация костей скелета плода [1]. Дефицит витамина D или резкий дефицит кальция в пище могут предъявлять к кальциевому гомеостазу такие требования, которые не удается компенсировать задержкой Ca^{2+} почками, что приводит к отрицательному кальциевому балансу. Предотвратить снижение содержания Ca^{2+} во внеклеточной жидкости в условиях хронического отрицательного кальциевого баланса способна усиленная резорбция костей, но только ценой прогрессирующей остеопении [2], поэтому патогенетически обоснованно для профилактики и лечения указанных нарушений назначение солей кальция и витамина D [3].

Цель исследования – оценка эффективности использования Кальций-D_3 Никомеда для коррекции остеопении у беременных.

Материал и методы

Обследовано 24 беременные женщины в возрасте от 20 до 34 лет (в среднем 25,5±0,9 года) в сроке беременности от 29 до 32 недель до и через 2 месяца после окончания терапии Кальций-D_3 Никомедом. Контрольную группу составили 30 беременных женщин. У всех обследованных беременных женщин Z-критерий был от -1 до -2 SD, что соответствует остеопении.

До начала обследования все женщины находились на обычном режиме питания без добавления препаратов кальция, и в течение последнего года ни одна из женщин не принимала препараты, влияющие на костный метаболизм (эстрогены, витамин D, препараты кальция, фосфора). Из обследования были исключены лица, имеющие другие сопутствующие заболевания, которые могли бы оказать самостоятельное влияние на метаболизм костной ткани.

У всех беременных изучались клинические проявления остеопенического синдрома.

Всем беременным проводили исследование уровней общего кальция, ионизированного кальция, фосфора. Исследование общего, ионизированного кальция, фосфора в сыворотке крови проводили комплексометрическим методом на биохимическом анализаторе электролитов фирмы «Screen Master Plus» (Швейцария) с использованием стандартных наборов реактивов фирмы «LACHEMA» (Чешская Республика).

Измерение плотности кости проводилось методом ультразвуковой денситометрии с помощью аппарата «Omnisense» (Израиль). Результат выражался в стандартных отклонениях (SD) от соответствующих нормативных показателей: возрастной нормы данного пациента (Z-критерий).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с вычислением средней арифметической (M), ее ошибки (м), среднеквадратического отклонения, критерия Стьюдента (t), коэффициента линейной корреляции (r).

Всей группе был назначен препарат Кальций-D_3 Никомед в виде жевательных таблеток по 1 таблетке 2 раза в день, содержащий в каждой таблетке 1250 мг карбоната кальция (эквивалентно 500 мг кальция элемента) и 200 МЕ холекальциферола (витамина D_3) в течение 2 месяцев до предстоящих родов. Лечение проводилось под контролем уровня кальция и фосфора в крови.

Результаты и обсуждение

На фоне применения Кальций-D_3 Никомеда уменьшились или купировались симптомы кальциевой недостаточности (табл. 1). В результате проведенного лечения клинический эффект был достигнут практически у всех больных. Уменьшение болей в костях наблюдалось после 2-4 недель лечения, что объясняется подавляющим действием Кальций-D_3 Никомеда на процессы резорбции костной ткани. В контрольной группе женщин через 2 месяца боли в костях значительно усилились, и увеличилось абсолютное число женщин с проявлением симптомов кальциевой недостаточности с 14 (46,67%) до 19 (63,33%) человек.

По средним значениям исследуемых биохимических показателей контрольная группа не отличалась от группы женщин, принимавших Кальций-D_3 Никомед (табл. 2). Через 2 месяца терапии всем беременным проведен повторный лабораторный контроль показателей кальций-фосфорного обмена и маркеров костного метаболизма.

При анализе динамики уровня кальция в крови у беременных на фоне приема Кальций-D_3 Никомеда отмечено статистически достоверное повышение содержания в сыворотке крови общего кальция ($p<0,001$), у женщин с гипокальциемией он повышался до нормы, а у беременных с исходно нормальным уровнем кальция его концентрация оставалась в пределах нормы. Гиперкальциемии ни в одном случае отмечено не было. В контрольной группе беременных отмечалось достоверное снижение показателей как общего, так и ионизированного кальция сыворотки крови по сравнению с уровнем до начала лечения.

Данный препарат хорошо переносился, побочные действия при его применении отсутствовали.

Выводы

Кальций-D_3 Никомед является эффективным средством для коррекции остеопенического синдрома у беременных женщин. Применение данного препарата в течение 2 месяцев до предстоящих родов в дозе 2500 мг карбоната кальция и 400 МЕ холекальциферола в сутки стабилизирует остеопению, в то время как в контрольной группе наблюдалось ее прогрессирование. Кальций-D_3 Никомед нормализует кальций-фосфорный обмен, тормозит исходно повышенную костную резорбцию и не оказывает заметного влияния на процесс костного формирования. На фоне лечения уменьшаются или купи-

Таблица 1 – **Динамика проявлений симптомов кальциевой недостаточности на фоне приема Кальций-D_3 Никомеда**

Показатели	Частота выявленных симптомов у беременных							
	беременные, принимавшие Кальций-D_3 (n=24)				контрольная группа, не принимавшая Кальций-D_3 (n=30)			
	до лечения		через 2 мес.		исходно		через 2 мес.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Парестезии	17	26,56	3	8,33	8	26,67	12	40
Судорожные подергивания, сведения мышц	20	31,25	4	11,11	10	33,33	15	50
Боли в костях таза	8	12,5	2	5,56	4	13,33	6	20
Боли в позвоночнике	3	4,69	1	2,78	1	3,33	3	10
Боли по ходу длинных трубчатых костей (голеней)	1	1,56	0	0	0	0	1	3,33
Изменение походки, хромота	4	6,25	0	0	2	6,66	4	13,33
Повышенная утомляемость при подъеме по лестнице	11	17,19	3	8,33	5	16,67	10	33,33
Тошнота	10	15,63	1	2,78	5	16,67	7	23,33
Обострение кариозной болезни зубов	16	25	4	11,11	8	26,67	12	40
Всего женщин с симптомами	32	50	10	27,78	14	46,67	19	63,33

Таблица 2 – **Показатели кальций-фосфорного обмена на фоне терапии Кальций-D_3 Никомедом**

Показатели	Беременные, принимавшие Кальций-D_3 (n=24)		P	Контрольная группа, не принимавшая Кальций-D_3 (n=30)		P
	до лечения	через 2 мес.		исходно	через 2 мес.	
Общ. Са крови, ммоль/л	2,15±0,03	2,42±0,02	p<0,001	2,17±0,04	2,04±0,03	p<0,01
Ca^{2+} крови, ммоль/л	1,01±0,01	1,18±0,01	p<0,001	1,02±0,01	0,90±0,02	p<0,001
Р крови, ммоль/л	1,02±0,02	1,15±0,02	p<0,001	1,04±0,03	1,01±0,03	н/д

руются симптомы кальциевой недостаточности. Препарат хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов, безопасен во время беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Сатимова Л.А. Обеспеченность витамином D и фосфорно-кальциевый обмен в системе мать-плацента-плод // Вопросы охраны материнства и детства. – 1984. – Т.29, №10. – С. 65

2 Лоренс Риггз Б., Джозеф Мелтон III.Л. Этиология, диагностика, лечение // Остеопороз. – М.: БИНОМ, 2000. – С. 558

3 Michele F. Bellantoni Ospeoporosis prevention and treatment // American Family Physician. – 1996. – V. 54. – P. 986-992

ТҰЖЫРЫМ

Г.Х. ГАБДУЛИНА, А.Г. ТОКАРЕВ, М.Г. НОГАЕВА, Н.М. ДЖУНУСБАЕВА, Г.С. ЖУБАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ОСТЕОПЕНИЯ СИНДРОМЫНЫҢ КОРРЕКЦИЯСЫ

Зерттеу мақсаты. Жүктілердің остеопениясын түзетуге арналған Кальций-D_3 Никомедті қолданудың әсерін бағалау.

Материал және әдістері. 20-дан 34 жасқа дейінгі (орташа 25,5±0,9 жас) 29-дан 32 дейінгі апта және 2 айдан кейінгі жүктілік мерзімінде Кальций-D_3 Никомед терапиясы аяқталған соң 24 жүкті әйел зерттелді. Бақылаушы топты 30 жүкті әйел құрады. Барлық зерттелген әйелдерде Z- -1-ден -2 SD дейінгі критерийі болды, бұл остеопенияға сай келеді.

Нәтижелері және талқылау. Кальций-D_3 Никомедты қолдану аясында кальций жетіспеушілік симптомдары азайды немесе басылды. Сүйектердегі аурулар емдеудің 2-4 аптасынан соң бақыланды, бұл Кальций-D3 Никомедтің сүйек ұлпасының резорбция процестеріне басым әсер етуімен түсіндіріледі. Әйелдердің бақылау тобында 2 айдан соң сүйектеріндегі ауру елеулі күшейді және кальций жетіспеушілік симптомдарының пайда болуымен әйелдердің абсолютті саны көбейді 14-тен (46,67%) 19-ға (63,33%) дейінгі адам.

Қорытындылар. Кальций-D_3 Никомедін 2 айдан алдыңғы тууға дейін 2500 мг кальций карбонаты және 400 МЕ холекальциферолы мөлшерлемесінде тәулігіне қабылдау остеопенияны тұрақтандырады. Препарат жақсы сіңеді, теріс әсерлер тудырмайды, жүктілік кезінде қауіпсіз.

Негізгі сөздер: *Кальций-D_3 Никомед, остеопения, жүкті әйелдер.*

SUMMARY

G.H. GABDULINA, A.G. TOKAREV, M.G. NOGAEVA, N.M. JUNUSBAYEVA, G.S. ZHUBAYEVA

Kazakh National medical university, Almaty c.

CORRECTION OF OSTEOPENIC SYNDROME IN A PREGNANT WOMAN

Objective. Evaluation of the use of Calcium-D_3 Nycomed for correction of osteopenia in pregnancy.

Material and methods. The study involved 24 pregnant women aged 20 to 34 years (mean age 25,5 ± 0,9 years) in the gestation of 29 to 32 weeks before and 2 months after the end of therapy Calcium-D_3 Nicomed. The control group consisted of 30 pregnant women. All pregnant women surveyed Z-criterion

was from -1 to -2 SD, which corresponds to osteopenia.

Results and discussion. On the background of Calcium -D_3 Nycomed stoped symptoms decreased or calcium deficiency. Decrease in bone pain was observed after 2-4 weeks of treatment, due to the overwhelming influence of Calcium-D_3 Nycomed processes of bone resorption. In the control group of women after 2 months of bone pain increased significantly, and increased the absolute number of women with onset of symptoms of calcium deficiency with 14 (46.67%) and 19 (63.33 %) patients .

Conclusions. Application of Calcium-D_3 Nycomed for 2 months before the upcoming birth at a dose of 2500 mg of calcium carbonate and cholecalciferol ME 400 night stabilizes osteopenia. The drug was well tolerated, no side effects, is safe during pregnancy.

The article presents the efficacy evaluation of using Calcium-D3 Nycomed for the correction of osteopenia in pregnancy. Calcium-D3 Nycomed improves the calcium and phosphate metabolism, slows initially increased bone resorption and does not impact on the process of bone formation significantly.

Key words: *Calcium-D_3 Nycomed, osteopenia, pregnant women.*

УДК 616.333-036.88-078:005

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, А.С. ТАЙБОГАРОВА, И.С. КАДРИМБЕТОВА, В.В. ТЕСЛЕНКО

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

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

В статье изложены результаты проведенного анализа документации женщин с антенатальной гибелью плода. Выявлены основные причины антенатальной гибели плода на уровне ПМСП, предложены рекомендации по выявлению данного вида осложнения беременности.

Ключевые слова: *перинатальная смертность, антенатальная гибель плода, гравидограмма, плацентарный комплекс, синдром задержки развития плода.*

Особенностью современного периода жизни общества является наличие различных негативных социально-экономических трансформаций, затрагивающих наиболее незащищенные слои населения, в первую очередь детей, женщин, семью в целом.

Рождение ребенка – это положительное и радостное событие для большинства женщин, однако, беременность и роды могут сопровождаться также страданиями, физическими и моральными, ухудшением состояния здоровья. Данное осложнение беременности – это не только репродуктивные потери. В некоторых случаях оно может служить источником прямой угрозы здоровью и жизни беременной. Антенатальная охрана плода, снижение уровня мертворождаемости, разработка мероприятий по пренатальной профилактике являются перспективными направлениями современной науки [1, 2 , 3, 4].

Антенатальная гибель плода, которая составляет до 77,9% среди всех мертворожденных детей, остается актуальной клинической, социально значимой и недостаточно изученной проблемой. ВОЗ определила число мертворожденных детей в мире в 2009 г. как 3,3 миллиона. В исследовании были охвачены все регионы мира, и для 190 стран удалось рассчитать частоту случаев мертворождений на число родов. Полученная цифра, – 3,2 миллиона (вероятный разброс от 2,5 до 4,1) мертворождений в мире в год, однако исследователи подчеркивают, что, по-видимому, реальная цифра больше (ближе к 4,1). Частота мертворождений в различных странах варьирует от 5 на 1000 родов в развитых странах до 32 на 1000 родов в Южной Азии и Африке.

Этиология антенатальной гибели плода многообразна, нередко этиологические факторы не имеют клинических проявлений до беременности. Несмотря на использование современных методов в диагностике причин смерти плода, выявление основной причины остается трудной задачей в 60% (Goldenberg R.L. et al., 2009, Chaiworapongsa Tetal, 2010). Установлено, что антенатальная гибель плода в анамнезе является фактором риска повторных неблагоприятных исходов в последующей беременности, высокой неонатальной и младенческой смертности.

Цель исследования – изучение причин антенатальной гибели плода на этапе ведения беременных врачами ПМСП.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ историй родов 54 беременных одного из городских родильных домов. В исследовании обращалось внимание на возраст, паритет, данные инструментального обследования, ведение гравидограммы, наличие инфекционного фактора, приема лекарственных препаратов, не имеющих доказательную базу, характер изменений в плаценте и данные аутопсии.

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев (71,3%) это были женщины активного репродуктивного возраста, причем наибольший процент антенатальной гибели плода наблюдался в возрасте с 26 до 30 лет.

Изучение анамнеза исследуемых пациенток выявило, что большинство пациенток (68,7%) были с сугубо отягощенным акушерским анамнезом и лишь 32,3% были без отягощенного анамнеза. Анамнез был отягощен медицинскими абортами в ранние сроки, самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами и родами путем операции кесарево сечения (рис. 1).

Большинство исследуемых пациенток посещали женскую консультацию – 89,3%, причем в 57,1% случаев женщины встали на учет в I-м триместре, во II-м триместре в 28,6% и в III-м в 3,6% случаев. И только в 10,7% случаев пациентки не посещали женскую консультацию. Изучение сроков антенатальной гибели плода выявило, что наибольший процент антенатальной гибели плода (67,8% случаев) наблюдался в III-м триместре, 32,3% случаев – во II-м триместре.

Изучение особенностей течения данной беременности показало, что беременность протекала на фоне таких осложнений, как угроза прерывания в различные сроки гестации – 31,1% случаев, ОРВИ – 28,6% случаев, перинатальные инфекции – 25,0% случаев. Так же были пациентки с многоводием – 10,7%, анемией и низкой плацентацией – 17,8%, задержкой роста плода – 14,3%. Обращает внимание, что до сих пор используются пре-

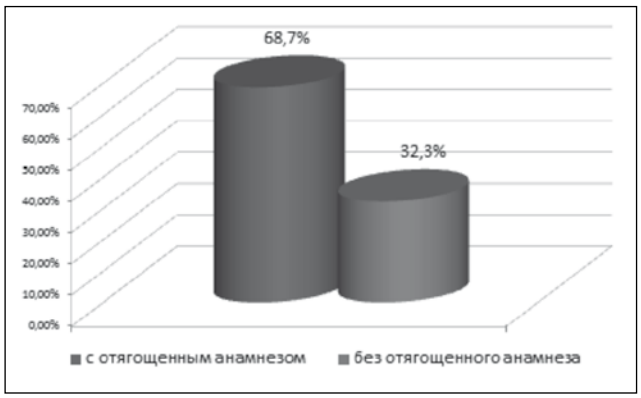


Рисунок 1 – Акушерский анамнез беременных с антенатальной гибелью плода

Рисунок 3 – Количество детей, рожденных с ЗВРП

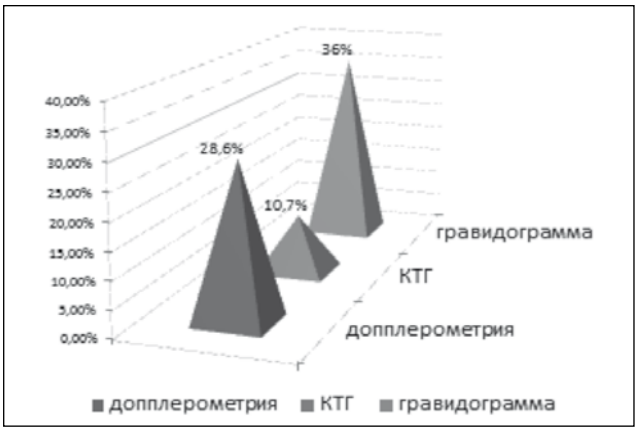


Рисунок 2 – Количество проведенных исследований по определению состояния внутриутробного плода

параты, эффективность которых не доказана: актовегин, курантил, витамин Е.

Общеизвестно значение доступных для ПМСП методов исследования состояния внутриутробного плода: гравидограмма, допплерография и КТГ (рис. 2).

Доказано, что гравидограмма – простой и дешевый способ наглядного представления информации об основных показателях развития беременности в виде графиков, получаемых при измерении высоты стояния дна матки при помощи сантиметровой ленты и его отметки при каждом посещении женской консультации. Этот метод позволяет своевременно диагностировать задержку роста плода [2, 3, 5, 6]. При анализе данных обменных карт гравидограмма заполнялась врачами женских консультаций в 35,7% наблюдений, в остальных случаях гравидограмма не велась. У пациенток с антенатальной гибелью плода и ЗВРП в 64,3% случаев отсутствуют данные гравидограммы, хотя известно, что данный график является скрининговым методом для выявления низкой массы плода для данного срока беременности и должен быть приложением к каждой обменной карте (рис. 3).

С целью изучения ультразвуковых характеристик плаценты и особенностей плодово-маточно-плацентарного кровообращения, а также состояния внутриутробного плода у исследуемых пациенток по различным показаниям в условиях ПМСП проведены допплерография и КТГ в 28,6% и 10,7% случаях, соответственно.

По данным допплерометрии нарушения в системе мать-плацента-плод выявлены в 85,7% наблюдений, из них нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени выявлено в 42,8% случаев, нарушение плодово-плацентарного кровотока II степени отмечалось у 28,6% пациенток, что свидетельствует об истощении компенсаторных возможностей пуповинного кровотока. Однако, по данным анализируемой документации имели место лишь единичные случаи досрочной госпитализации с целью решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о нарушениях внутриплацентарных гемодинамических процессов. Изменение параметров объемного кровотока дает возможность выявить ранние стадии нарушения плацентарного кровотока и своевременно решить вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности, направленного на улучшение исходов для плода.

Из биофизических методов определения состояния фето-плацентарной системы одной из основополагающих является кардиотокография, с помощью которой возможна пренатальная диагностика нарушений состояния плода, в частности гипоксии и степени ее тяжести, что оказывает существенное влияние на акушерскую тактику. Информация, предоставляемая этим методом, является частью общих изменений в системе мать-плацента-плод. Кардиотокография проведена в 10,7% случаев, при этом показатель состояния плода во всех случаях был в пределах допустимой нормы.

Анализ данных патоморфологических исследований плодов по весовой категории показал, что в большинстве

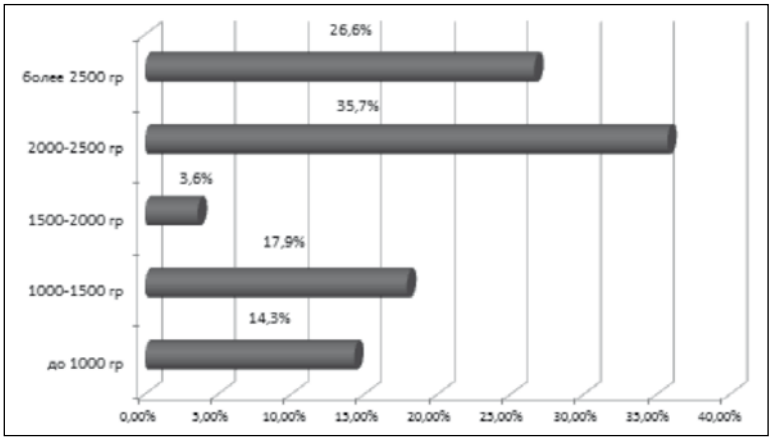


Рисунок 4 – Масса тела новорожденных при рождении

случаев 62,3% – это дети с массой более 2000,0 г, т.е. наиболее жизнеспособные. В весовой категории от 1000,0-1500,0 г – 17,9%, 1500,0-2000,0 г – 3,6% и только14,3% это плоды до 1000,0 г (рис. 4).

Известно, что важную роль в становлении адаптации при беременности принадлежит плаценте. По литературным данным [1, 2, 4] поражение плаценты (бактериальное, вирусное) вызывает необратимые нарушения и декомпенсацию приспособительных свойств плацентарного комплекса, что оказывает влияние на течение беременности, внутриутробное развитие плода и в конечном итоге обуславливает перинатальный исход.

Полученные нами результаты анализа гистологического исследования плаценты корреспондируют с литературными данными о взаимосвязи изменений в плацентарном комплексе и неблагоприятных перинатальных исходах.

При патоморфологическом исследовании плаценты в 53,6% случаев выявлена ХПН в стадии декомпенсации, в 32,1% случаев гнойный децидуит, в 14,3% – ХПН субкомпенсированная форма и массивные кровоизлияния в 10,7% случаев. Изучение результатов аутопсии плодов выявило признаки мацерации в 57,2% случаев, что свидетельствует о позднем обращении данных беременных за врачебной помощью и недостаточной информированности пациенток о тревожных симптомах.

Выводы

Таким образом, проведенный анализ показал высокую (68,7%) частоту отягощенного акушерского анамнеза у пациенток с антенатальной гибелью плода. Наиболее частым осложнением течения беременности была угроза прерывания в различные сроки гестации – 31,1% случаев. Среди осложнений гестации отмечены ОРВИ – 28,6% случаев, перинатальные инфекции – 25,0% случаев, многоводие – 10,7%, анемией и низкой плацентацией – в 17,8%, задержкой роста плода – 14,3%. Большинство (89,3%), беременных посещали женскую консультацию, причем 57,1% с I триместра беременности, лишь 3,6% случаев – с III триместра.

Для снижения перинатальной смертности необходимы знание и строгое соблюдения врачами ПМСП протоколов диагностики и лечения МЗ РК, а именно:

• Выявление рисков по развитию осложнений гестационного процесса при каждом посещении беременной женской консультации.

• Информирование женщин о тревожных симптомах в период гестации.

• Исследование на перинатальные инфекции по показаниям.

• Тщательное заполнение гравидограммы и анализ полученных результатов.

• Внедрение теста шевеления плода с 28 недель беременности.

• Своевременная диагностика ЗВРП и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.

• Внедрение изучения биофизического профиля в условиях ПМСП.

• Выявление причин антенатальных потерь в послеродовом периоде.

• Проведение реабилитационной терапии и прегравидарной подготовки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Повова Ю.Ю. Особенности течения беременности и перинатальные исходы у беременных с антенатальной гибелью в анамнезе // Материалы I Международного конгресса по перинатальной медицине VI Ежегодного Конгресса специалистов перинатальной медицины. – М., 2011. – С. 154

2 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Особенности акушерской тактики ведения и перинатальные исходы у беременных с антенатальной гибелью в анамнезе // IV Международный Конгресс по репродуктивной медицине «Проблемы репродукции» (спец. выпуск). – М., 2012. – С. 91-92

3 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Попова Ю.Ю. Этиология и патогенез антенатальной гибели плода// «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии». – 2012. – Т. 3, № 11. – С. 31-40

4 Низамов И.Г., Герасимова Л.И. Основные факторы риска антенатальных и интранатальных потерь // Материалы межвузовской науч.-практ. конференции. – Чебоксары, 2009. – С. 10-20

5 Акушерство. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского. – М., 2008

6 Низамов И.Г. Анализ деятельности педиатрической и акушерско-гинекологической службы: методические рекомендации / И.Г. Низамов, А.А. Гильманов. – Казань, 2002. – С. 9

ТҰЖЫРЫМ

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, А.С. ТАЙБОГАРОВА, И.С. КАДРИМБЕТОВА, В.В. ТЕСЛЕНКО

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ПЕРИНАТАЛДЫҚ ӨЛІМ-ЖІТІМДІ АЗАЙТУ ЖОЛДАРЫ

Зерттеудің мақсаты жүкті әйелдердің БМСК дәрігерлері жүргізген кезеңде ұрықтың антенаталдық өлуінің себептерін зерттеу болып табылады.

Материал мен әдістер: қала перзентханаларының біріндегі 54 жүкті әйелдің босану тарихын ретроспективтік шолу жүргізілді. Зерттеуде жасқа, паритетке, инструменталдық тексеру деректеріне, гравидограмманың жүргізілуіне, жұқпалы ауру факторларының бар-жоғына, дәлелді негізі жоқ дәрі-дәрмек препараттарын қабылдауға, жолдасындағы өзгерістердің сипаты мен аутопсияның деректеріне назар аударылды.

Зерттеуден мынадай нәтижелер алынды: жүкті әйелдердің басым көпшілігі (89,3%) әйелдер консультациясына қатысқан. Жүргізілген талдау ауырлатылған акушерлік анамнездің жоғары жиілігін (68,7%) және ұрықтың антенаталдық өлуімен емделушілерде жүктіліктің қиын өтетінін көрсетті. Ұрықтың антенаталдық өлуімен және ҰДКС-мен емделушілерде 64,3% жағдайда гравидограмма деректері жоқ, ал аталған кесте әрбір алмасу картасы үшін және сол картаға қосымша болуы тиіс скринингтік әдіс болып табылады.

Қорытындылар: перинаталдық өлім-жітімді азайту үшін БМСК дәрігерлерінің ҚР ДСМ диагностикалау және емдеу хаттамаларын білуі және қатаң сақтауы қажет.

Негізгі сөздер: *Перинаталдық өлім-жітім, ұрықтың антенаталдық өлуі, гравидограмма, жолдас кешені, ұрықтың дамуының кідіру синдромы.*

SUMMARY

S.Sh. ISENOVA, Z.A. DATKHAYEVA, A.S. TAIBOGAROVA, I.S. KADRIMBETOV, V.V. TESLENKO

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

WAYS TO REDUCE PERINATAL DEATH

The objective of the study is to examine the causes of antenatal death fetus at the stage of care of pregnant women by primary medical care doctors.

Material and methods: a retrospective analysis of histories of 54 pregnant women childbearing of one of the city's maternity

hospitals. The study drew attention to the age, parity, data of instrumental examination, gravidogram conducting, the presence of infectious factors, medication, having no the evidence base, the nature of changes in the placenta and autopsy data.

We obtained the following findings: the majority (89.3%) of pregnant women took antenatal clinics. The conducted analysis showed a high (68.7%) rate of anamnesis obstetric record and complication of gestation course of women with antenatal fetal death. Patients with antenatal fetal death and intrauterine growth retardation (IUGR) in 64.3% of cases have no data of gravidogram, although this graphic is a screening method for and should be enclosed to each metabolic record.

Conclusions: to reduce perinatal mortality, primary medical care doctors should know and strictly observe acts of diagnosis and treatment of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

Key words: *Perinatal mortality, antenatal fetal death, gravidogram, placental complex, intrauterine growth retardation.*

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

УДК 616.33/.34/.89-008.441.33:576.31

З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А. БЕЙСЕНБЕКОВА, Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б. ТАУЕШЕВА

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

В статье рассмотрены морфофункциональные особеннности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных опийной наркоманией.

Ключевые слова: *наркомания, морфология, желудок, двенадцатиперстная кишка, кислотность.*

В настоящее время изменились классические формы употребления наркотических веществ и увеличилось число лиц, употребляющих их [1]. Наряду с мононаркоманиями существует множество смешанных и осложненных форм наркомании. Среди опиоманов увеличивается доля употребляющих трудно поддающиеся контролю наркотики, в частности получаемые из различных видов растительного сырья [2]. Соматические расстройства у больных наркоманиями изучены недостаточно, в том числе морфофункциональное состояние желудочно-кишечного тракта. Диагностика хронических повреждений внутренних органов у наркоманов затруднена, ибо долгое время больные не ощущают дисфункции органа или системы [3]. При опийной наркомании в патологический процесс вовлекаются желудок и двенадцатиперстная кишка. Выявление морфофункционального нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных наркоманией имеет первостепенное диагностическое значение, так как при парентеральном введении наркотических веществ токсическое действие препарата в первую очередь повреждает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта [4].

Цель исследования – оценить морфофункциональные особеннности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных опийной наркоманией.

Материал и методы

В клинических условиях обследованы 70 больных, распределенных на две группы: I группа – 40 больных с хронической наркотической интоксикацией в возрасте от 18 до 40 лет. Из них у 5 (12,5%) наркоманов диагностирована язва с локализацией в 12-перстной кишке, у 1 (2,5%) больного диагностирована язва тела желудка, у 14 (35%) – хронический эрозивный гастрит, у 18 (45%) – хронический атрофический гастрит и у 2 (5%) – хронический поверхностный гастрит. Длительность употребления психоактивного вещества из группы опия составила от 1 до 10 лет. Во II группу включены 30 больных аналогичного возраста, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении, в том числе у 10 (33,3%) верифицирована язвенная болезнь с локализацией в луковице 12-перстной кишки, у 4 (13%) больных выявлена язва тела желудка, у 2 (7%) – хронический поверхностный гастрит, у 6 (20%) – хронический эрозивный гастрит и у 8 (20%) больных – хронический атрофический гастрит.

Для идентификации диагноза использовали данные анамнеза (характер, выраженность и структуру болевого синдрома, наличие диспепсических расстройств), наличие локальной пальпаторной и перкуторной болезненности в эпигастрии, данные фиброгастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки из антрального отдела и тела желудка. Средний размер (диаметр) язв составил 0,7 см. Кислотообразующую функцию желудка оценивали путем интрагастральной РН-метрии. Хеликобактер пилори в слизистой оболочке желудка определяли в биоптатах из антрума и тела желудка гистологическим методом при окраске метиленовым синим. Выраженность и активность воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка устанавливали при окраске биоптатов гематоксилином и эозином – по интенсивности лимфоплазмоцитарной инфильтрации и присутствию в ней нейтрофильного (гранулоцитарного) компонента, используя для объективной оценки результатов визуально-аналоговую шкалу морфологических изменений слизистой оболочки желудка. Оценивали уровень среднего РН тела желудка и антрального отдела. Ощущения пациентов (боль, изжога, чувство голода) регистрировали во время исследования и затем сопоставляли с изменениями кислотопродуцирующей функции. Оценка морфологических изменений в биоптатах проводилась в соответствии с рекомендациями и принципами модифицированной Сиднейской системы [5].

Результаты и обсуждение

В I группе больных по данным анамнеза выявлено наличие бессимптомной формы обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у 10 из 40 больных, у 25 с хроническим гастритом, малоболевой вариант хронического гастрита – у 5 больных, обычно проявлявшийся изжогой, реже – тошнотой. Во II группе самой частой жалобой был классический болевой синдром: ночные, "голодные" боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема антацидов, пищи, реже встречались боли с иррадиацией вправо, изжога, тошнота, рвота кислым содержимым, чувство раннего насыщения.

Кислотопродуцирующая функция желудка в I группе больных независимо от длительности употребления наркотических веществ была в состоянии гипоацидности. Так, РН в теле желудка у 39 больных соответствовало значению 6,9-3,5, в антральном отделе 6,7-7,0. После стимуляции лимонтаиром с янтарной кислотой у всех обследованных констатирована пониженная возбудимость кислотообразующей функции желудка, соответствующая показателю 4,2-3,4. При этом у 1 больного выявлено состояние ахлоргидрии (РН тела желудка 7,0-8,1, антрального отдела – 8,0-6,0, после приема стимулятора в теле желудка РН – 7,0-7,5, в антральном отделе – 6,7).

Во II же группе больных у 15 рН соответствовало значению гиперацидности (РН в теле желудка 1,0-1,5, в антральном отделе 2,0-2,5, после атропинового теста РН – тела желудка – 3,5-4,0, РН-антрального отдела – 5,0-5,5), у 5 больных РН – тела желудка – 7,0-7,5, в антральном отделе желудка – 5,5-6,0, после приема стимуляторов РН тела 6,7-7,0, РН-антрального отдела – 5,0-4,5, т.е. соответствовало гипоацидности, а у 10 больных соответствовало нормоацидному состоянию, микроскопическая картина язв желудка и двенадцатиперстной кишки в обоих исследованных группах имело все морфологическое разнообразие процессов, свойственных длительно развивающемуся волнообразному патологическому процессу со сменами фаз обострения и ремиссии. Зоны экссудации и деструкции, фибриноидного некроза, молодой и зрелой грануляционной и рубцовой ткани, перемежающиеся с участками отторжения некротических масс с подрастающим под него эпителием на дне язвенных дефектов, секвестрацией лейкоцитами и мононуклеарными клетками зон некроза, разной степени выраженности лимфоплазмацитарной клеточной инфильтрации и фиброзклероза на фоне участков несовершенного ангиогенеза, формирующегося рубца на границе с разрушенными мышечными элементами стенки желудка и двенадцатиперстной кишки представляют картины пролонгированного хронического воспаления, роста грануляционнной ткани и формирования рубца.

Результаты исследования свидетельствуют о тотальном снижении секреторной функции желудка у больных наркоманией, а также более глубокое токсическое поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по всей видимости обусловлено длительной опийной интоксикацией. Известно, что особенности метаболизма опиоидов при парентеральном пути введения обуславливают их первоначальное попадание в желудочно-кишечный тракт с нарушениями ее моторно-эвакуаторной функции и снижениями секреторной функции желудка.

Выводы

Таким образом, изучение морфофункциональной особеннности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных опийной наркоманией свидетельствует о необходимости исключения медикаментозных препаратов, снижающих секреторную функцию желудка (H_2-гистаминоблокаторов, ингибиторов протонной помпы, антацидов) при лечении воспалительных и эрозивно-язвенных патологических процессов у опийных наркоманов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я. Основные достижения в области наркологии, токсикомании, алкоголизма // Вестник РАМН. – 1998. – №7. – С. 29-35

2 Стрельников И., Михайлов Б. Наркотическая ситуация в настоящее время // Вопросы наркологии. – 1992. – № 2. – С. 54-57

3 Шабанов П.Д., Штаклерберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб., 2000. – 560 с.

4 Рудык Б.И. Соматические расстройства при наркоманиях / Врачебное дело. –1990. – № 1. – С. 97-100

5 Аруин Л.И. Новая Международная классификация дисплазий слизистой оболочки желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – № 3. – С. 15-17

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А. БЕЙСЕНБЕКОВА, Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б. ТАУЕШЕВА

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ.

ОПИЙЛЫҚ НАШАҚОРЛАРДА ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕКТІҢ МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬДІ ЗАҚЫМДАЛУ ЕРЕКШЕЛІГІ

Кіріспе: мақалада опийлық нашақорларда асқазан және он екі елі ішектің зақымдалуының морфо-функциональді ерекшелігі көрсетілген. Зертеудің мақсаты: опийлық нашақорларда асқазан және он екі елі ішектің зақымдалуының морфо-функциональді ерекшелігі көрсетілген.

Материалдар және әдістер: 70 опийлық нашақорлықпен науқастар тексерілді.

Талқылаулар: зерттелген науқастардың ішінде опийлық нашақорларда асқазан қышқыл өндіру қызметінің тотальді төмендеуі анықталды.

Қорытынды: опийлық нашақорларда асқазан қышқыл өндіру қызметінің төмендеуіне байланысты, дәрілік заттардың ішінде асқазан секрециялық қызметін төмендетуші препараттарды шектеу қажеттілігі анықталынды.

Негізгі сөздер: *нашақорлық, морфология, асқазан, ұлтабар, қышқылдық.*

S U M M A R Y

Z.K. GUSSEINOVA, D.Zh. TAYZHANOVA, Zh. A. BEISENBEKOVA, R.Zh. TOYYNBEKOVA, Z.B. TAUYESHEVA

Karaganda State Medical University, Karaganda c.

MORPH FUNCTIONAL SPECIALTIES OF STOMACH AND DUODENUM DAMAGE AT THE PATIENTS WITH OPIUM ADDICTION

Introduction: in this article showed morpho-functional specialties of stomach and duodenum damages at the patient with drug addiction.

The investigation purpose: to study of morpho-functional specialties of stomach and duodenum.

The materials and investigations: the 70 patients with opium drug addiction were observed.

Discussion: among the observed patients was found that the total stomach acidity was decrease.

Conclusion: in connection with the stomach acid production decrease it was recommended the exclusion of stomach acidity decreasing medicals.

Kew words: *narcomania, clinical picture, stomach, duodenum, acidity.*

УДК 616.33/.34/.89-008.441.33

З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А. БЕЙСЕНБЕКОВА,
Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б. ТАУЕШЕВА
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ.

АСҚАЗАН ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК ОЙЫҚ ЖАРАСЫ БАР ОПИЙЛЫҚ НАШАҚОРЛАР МЕН НАШАҚОР ЕМЕС НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ КОРРЕЛЯЦИЯЛЫҚ БАЙЛАНЫС

Мақалада асқазан және ұлтабардың ойық жара ауырымен опийлық нашақорлардың және нашақор емес науқасындың клиникалық көріністерінің корреляциялық озара байланысы корсетілген.

Негізгі сөздер: *нашақорлық, клиника, асқазан, он екі елі ішек.*

Қазіргі таңда есірткі препараттарын қолданатын адамдар саны үздіксіз жоғарылауда [1, 2]. Бұл ақаудың үлкендер арасында жоғары көлемде таралуына қарамастан, 30 жасқа дейінгі жастар арасында жасырын түрде 60-70% кездеседі [3, 4]. Нашақорлықтың төменгі жастық шегі 12-15 жасқа дейін болғандықтан, үлкен қалаларда ең жоғары эпидемиялық таралуды құрайды. 50 жастан асқан адамдар арасында есірткі затын қолданатындар саны өте сирек кездеседі. Психоактивті заттарды көп қолдану және оларды заңсыз сату, соңғы жылдары көптеген, әсіресе дамыған елдерде катастрофалық көлемге жеткен [5, 6]. Дамыған елдерде нашақорлықтың кең таралуына көбіне, ондағы әлеуметтік жағдайлардың әсері, соның ішінде: жұмыссыздық, ертеңгі күнге деген сенімсіздік, күнделікті күйзелістер, ауыр жүйкепсихикалық жағдайлар, күштің толу сезімін туғызатын және қысқа уақыт аралығында қоршаған орта мәселелерін ойланбайтын жағдайға әкелетін допинг алуға құштарлану [7, 8, 9, 10] себеп болады. Асқазан-ішек жолдарының бұзылыстары опиомандарда және барбитуромандарда басымырақ байқалады Есірткі заттары барлық тіндердегі және соның ішінде жүйкедегі опиатты рецепторлармен әсерлесіп асқазан-ішек жолдарының қозғалысын бұзады, оның секреторлық қызметін төмендетіп, кейін созылмалы гастрит, ойық жара ауруының дамуына бейімдейді [11].

Материалдар және әдістер

Клиникалық жағдайда 234 адам тексеріліп талқыланды. Тексерілген адамдар үш топқа бөлінді: I топта облыстық наркология орталығында ауруханалық ем қабылдап жатқан жасы 18-ден 40 жасқа дейінгі, орташа жасы (28±1,6), 120 опийлық нашақор.

II топта Қарағанды қаласының №1 көпсалалы клиникалық ауруханасының гастроэнтерология бөлімінде осындай жас аралығында созылмалы гастрит, асқазан және он екі елі ішектің ойық жара ауруы диагнозымен емделіп жатқан 94 нашақор емес науқас), III топта ешқандай ауруы жоқ, диспансерлік тіркеуде тұрмайтын 20 дені сау адам салыстырылып тексерілді.

Барлық тексерілген топтағы науқастар жасы, жынысы бойынша сәйкес болды. Салыстырмалы топтар арасындағы әрбір назологиялық аурулардың емдеуге дейін және емдеуден кейінгі клиникалық көріністері арасындағы айырмашылық белгісі Спирмен бойынша шектік корреляциялық коэфициент мәні бойынша талданды. Науқастарға дәстүрлі емдеу тәсілімен қоса алтай тазартылған мумие препараты тағайындалды. Осы топтағы науқастардың клиникалық симптомдарының арасындағы байланыс ФГДС зертеуді көзделген биопсиямен жүргізу арқылы және биоптаттарды цитохимиялық жолмен тексеру арқылы, асқазан және он екі елі ішек қышқыл өндіру қасиеті Рн-метриялық зерттеу тәсілімен, ал кілегей қабаттарындағы қабыну үрдісінін ұрт эпителиінен алынған биоптатты, цитохимиялық тексеру тәсілі арқылы зерттелді.

Созылмалы беткейлік гастриті бар опийлық нашақорлардың емдеуге дейінгі клиникалық көріністерінің арасындағы корреляциялық байланысты зерттеу кезінде, белгілі бір заңдылық анықталды. Созылмалы беткейлік гастриті бар опийлық нашақорлардың клиникасында емдеуге дейін науқастарда лоқсу, асқа тәбетінің төмендеуі, құсу, астеновегетативті синдромның арасында әлсіз тікелей байланыс (r≥0,5) бары анықталды. Сонымен қатар қызыл мен кекіру симптомы арасында орташа тікелей корреляциялық байланыс (r≥0,7) болды. Ал іш өтуі мен іш қатуы симптомдарының арасында әлсіз тікелей емес (r≤0,5) байланыс анықталды. Есірткі затын қабылдамайтын науқастардың клиникасында емдеуге дейін ауырсыну синдромы мен құсу симптомы арасында тікелей әлсіз (r ≥0,5) корреляциялық байланыс байқалды. Осы науқастарда керісінше астеновегетативті синдром мен құсу симптомы арасында және іш өтуі мен іш қатуы арасында әлсіз тікелей емес байланыс (r≤–0,5) байқалуы анықталды. Сонымен қатар лоқсу, құсу және іш қатуы симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс (r≥0,5) байқалса, қызыл, құсу және іш қатуы симптомдарының арасында тікелей емес орташа (r ≤–0,7) корреляциялық байланыс анықталды. Бірақ осы топтағы науқастарда қызыл мен лоқсу симптомдарының арасында күшті тікелей корреляциялық байланыс (r ≥0,9) байқалды. Осы науқастарда диспепсиялық симптомдардың ішінде құсу мен іш өтуі арасында; ауырсыну мен іш өтуі және ауырсыну мен қызыл; лоқсу мен іш қатуы симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс (r≥0,5) сақталуы байқалды (сурет 1 а, б, в, г).

Есірткі затын қолданатын науқастардың клиникасында емдеу тәсілін қолданғанға дейін ауырсыну синдромы мен кекіру симптомы арасында және тәбеттің төмендеуі мен құсу симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс (r≥0,5) байқалды. Сол сияқты іш өтуі мен іш қатуы симптомдарының арасында тікелей орташа (r≥0,5) байланыс бары анықталды (сурет 3а, б, в, г).

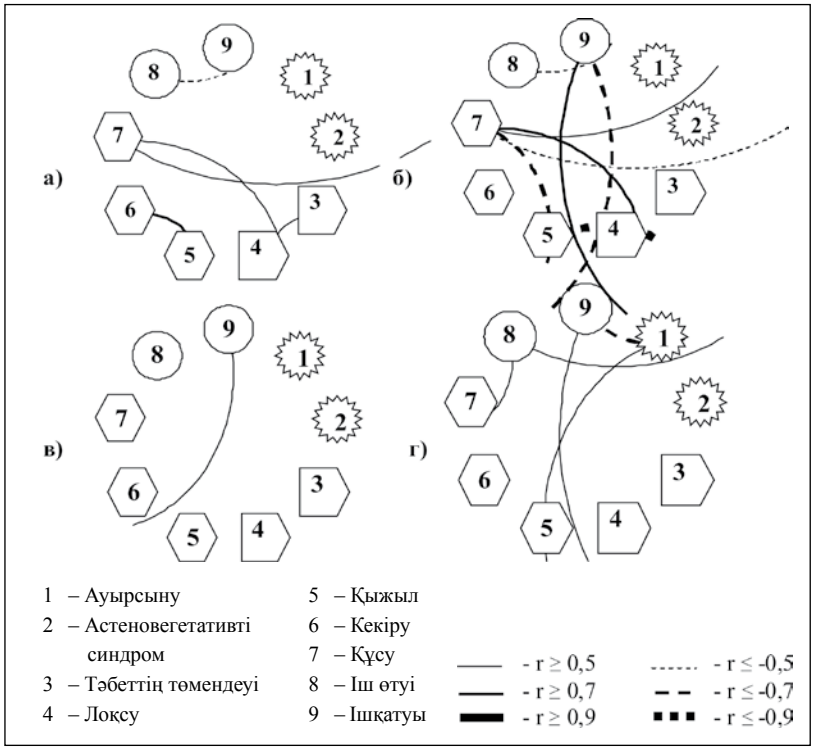
Созылмалы атрофиялық гастриті бар опийлық нашақорлардың клиникасында емдеу тәсілін жүргізгенге дейін астеновегетативті синдром мен тәбеттің төмендеуі арасында тікелей орташа (r≥0,7) байланыс бары, сондай-ақ астеновегетативті синдром мен лоқсу симптомы арасында тікелей әлсіз (r≥0,5) байланыс бары және лоқсу мен құсу симптомдарының арасында тікелей күшті (r≥0,9) байланыс болуы анықталды. Ал тәбеттің төмендеуі мен кекіру арасында тікелей емес әлсіз (r≤–0,5) байланыс байқалды, сол сияқты тәбеттің төмендеуі мен құсу ; лоқсу мен іш өтуі; құсу мен іш өтуі симптомдарының арасында тікелей әлсіз (r≥0,5) байланыс байқалуымен көрінді.

Зерттеу көрсеткіштері. Нашақор емес II топтағы созылмалы беткейлік гастриті бар науқастарда емдеу тәсілін

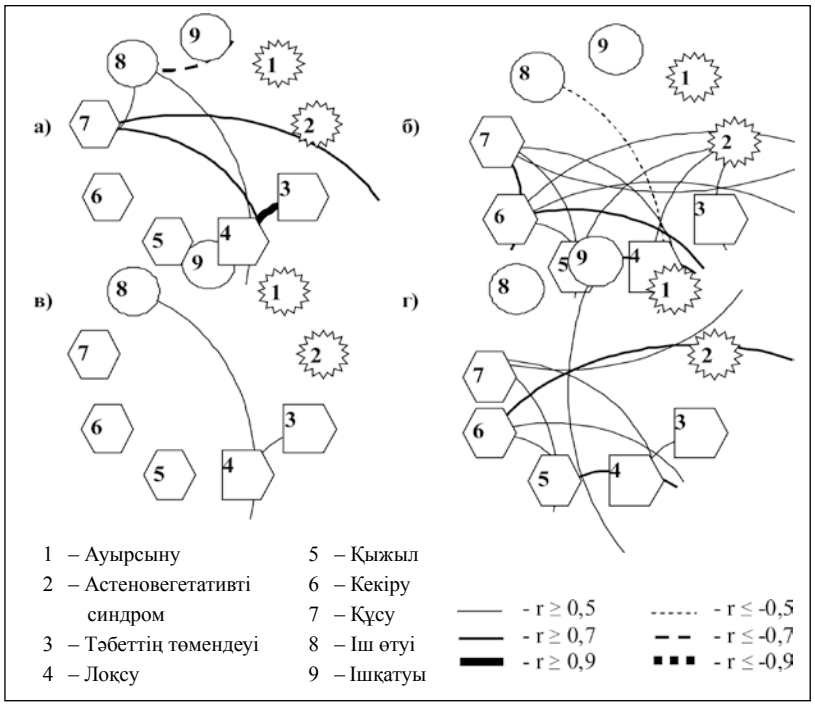
жүргізгенен кейін ауырсыну синдромы мен іш қатуы симптомының арасында тура орташа (r≥0,7) корреляциялық байланыс анықталды. Қызыл мен ауырсыну синдромының арасында әлсіз тура корреляциялық байланыстың сақталуы (r≥0,5) байқалды. Созылмалы эрозивті гастриті бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін және емдеуден кейінгі клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыстар талқыланды (сурет 2 а, б, в, г). Созылмалы эрозивті гастриті бар опилық нашақорлардың клиникасында емдеуге дейін тәбеттің төмендеуі мен лоқсу симптомының арасында күшті тікелей корреляциялық байланыс (r≥0,9) байқалды. Жүргізілген емдеу тәсілінің нәтижесінде тәбеттің төмендеуі мен лоқсу симптомы арасында тура әлсіз корреляциялық байланыс (r≥0,5) байқалып, кері корреляциялық байланыс байқалған жоқ. Сондай-ақ тәбеттің төмендеуі мен құсу симптомы арасында; лоқсу мен құсу арасында орташа тура корреляциялық байланыс (r≥0,7) байқалып, емдеу тәсілін қолданғаннан кейін олардың арасындағы байланыстың жоғалуы жүргізілген емнің нәтижелігін көрсетті.Созылмалы эрозивті гастриті бар нашақор емес науқастардың клиникасында емдеуге дейін астеновегетативті синдромның тәбеттің төмендеуімен, лоқсу, қызыл, кекіру, құсу симптомдарының арасында (r≥0,5) тікелей әлсіз байланыстың болуы ФГДС зертеу тәсілінде осы аурудың өршу белгісімен дәлелденді. Сонымен қатар, осы аурудың клиникасында лоқсу мен қызыл, кекіру симптомдары арасында тікелей орташа (r≥0,7) корреляциялық байланыс, сол сияқты кекіру мен құсу симптомдары арасында да тікелей орташа (r≥0,7) байланыс байқалды.

Лоқсу мен құсу симптомы арасында тікелей әлсіз (r≥0,5) байланыс анықталып, керсінше лоқсу мен іш өтуі арасында тікелей емес әлсіз (r ≤–0,5) байланыс бары, қызыл мен кекіру және қызыл мен құсу арасында тікелей әлсіз байланыстардың байқалуы осы аурудың өршуіндегі негізгі симптомдардың белгісі болып есептелінді және pH-метриялық тексеру барысында гиперхлоргидрия көрінісімен дәлелденді. Дәстүрлі емдеу тәсілін қолданғаннан кейін ауырсыну мен құсу арасында тікелей әлсіз (r≥0,5) байланыс пайда болды, ал астеновегетативті синдром мен кекіру симптомы арасында, лоқсу мен құсу симптомдары арасында тікелей орташа (r≥0,7) корреляциялық байланыс, ал лоқсу мен іш қатуы арасында тікелей әлсіз байланыс байқалды.

Опийлық нашақорлардың кешенді емдеу тәсіліне алтай тазартылған мумие дәрісін қолдану барысында науқастардың клиникалық көріністерінде астеновегетативті синдром мен тәбеттің төмендеуі арасындағы байланыс тікелей әлсіз байланыс (r≥0,5) түрінде өзгергені анықталды. Бұл симптомдардың ешқайсысының арасында қайтымды байланыс байқалған жоқ. Есірткі затын қабылдамайтын нашақор емес науқастардың клиникасында астеновегетативті синдром мен іш қатуы арасында; тәбеттің төмендеуі мен лоқсу, қызыл симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс (r≥0,5) байқалды. Сол сияқты қызыл мен кекіру және құсу симптомдарының арасында тікелей әлсіз (r≥0,5) байланыс сақталды. Емдеу тәсілін жүргізгенен кейін II топтағы



Сурет 1 – Созылмалы беткейлік гастриті бар опийлық нашақорлармен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін (а,б) және емдеуден кейінге (в, г) клиникалық көріністерінің арасындағы корреляциялық байланыс

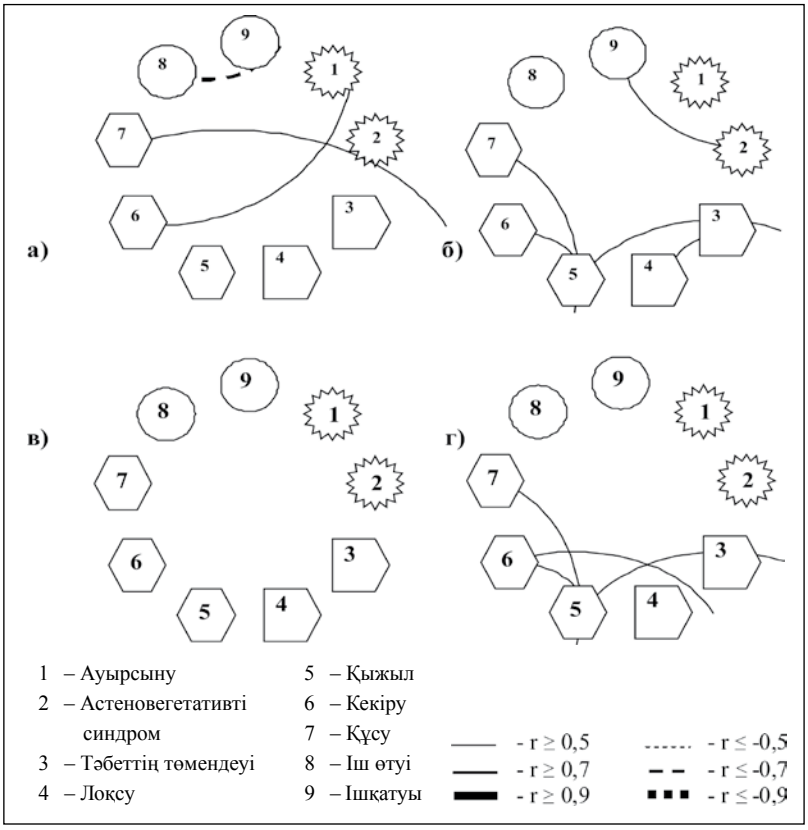


Сурет 2 – Созылмалы эрозивті гастриті бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін (а, б) және емдеуден кейінгі (в, г) клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыстар

науқастарда тәбеттің төмендеуі мен қызыл арасында, лоқсу мен кекіру және қызылмен кекіру симптомдарының арасында тікелей әлсіз (r ≥0,5) байланыстың сақталуы, осы топтағы науқастарда емдеу тәсілін жалғастыруды қажет ететіндігін көрсетеді (сурет 3 а, б, в, г).

Қорытынды. Есірткі заты күшті аналгетик болғандықтан психоактивті заттарды қабылдайтын науқастарда созылмалы гастрит, ойық жара ауруының клиникалық синдромдары мен симптомдары (ауырсынудың ерте-кеш байқалуы, мезгілділігі) нашақор емес науқастардың клиникалық синдромдары мен симптомдарына қарағанда жасырын түрде өтетіндігі анықталды.

Есірткі затын қолданатын науқастарда асқорыту жүйесенің аурулары жасырын түрде өтуіне байланысты әртүрлі асқынуларға әкелуі мүмкін. Сондықтанда есірткі затын қабылдайтын науқастардың анамнезіне ерекше көңіл аудару қажет. Жүргізілген емнен кейін клиникалық симптомдардың арасында ешқандай байланыстың байқалынбауы терапиялық емнің нәтижелігін көрсетеді.



Сурет 3 – Он екі елі ішек ойық жарасы бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін (а, б) және емдеуден кейінге (в, г) клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыс

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я. Основные достижения в области наркологии, токсикомании, алкоголизма // Вестник РАМН. – 1998. – №7. – С. 29-35

2 Воронин К.Э., Рохлина М.Я., Петракова Л.В. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М.: Орел, 1994. – С. 125-129

3 Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М. и др. Наркология. – М.: Феникс, 2003. – 288 с.

4 Литвинцев С.В., Барков Д.А., Соловьев Е.Ю. и др. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С // Наркология. – 2004. – №3. – С. 48-49

5 Стрельников И., Михайлов Б. Наркотическая ситуация в настоящее время // Вопросы наркологии. – 1992. – №2. – С. 54-57

6 Целинский Б.П. Современная наркоситуация в России: тенденции и перспективы // Наркология. – 2004. – №5. – С. 8-10

7 Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // Российский медицинский журнал. – 1996. – №4. – С. 5-10

8 Сейсенбаев А.Ш., Айдельяев Б.С., Алимханов Ж.А. и др. Программа 2030 – жизнь без алкоголя и наркотиков // Здравоохранение Казахстана. – 1999. – №1. – С. 6-13

9 Скорцова Е.С. Потребление наркотически действующих веществ среди городских подростков-школьников России // Российский медицинский журнал. – 1998. – №6. – С. 23-25

10 Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Гречаная Т.Б. и др. Сравнительный анализ смертности больных наркоманией в Москве и Варшаве // Вопросы наркологии. –1996. – №2. – С. 67-73

11 Шабанов П.Д., Штаклерберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб., 2000. – 685 с.

Р Е З Ю М Е

З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А.БЕЙСЕНБЕКОВА, Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б.ТАУЕШЕВА

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ И БЕЗ НАРКОМАНИИ

Патология внутренних органов у больных с опийной наркоманией недостаточно изучена, в связи с чем проведено исследование желудка и 12-перстной кишки больных данной категории.

Цель исследования – изучить корреляционную взаимосвязь клинико-лабораторных, инструментальных методов лечения опийной наркомании.

Материал и методы: изучено 234 больных с опийной наркоманией.

Результаты: показаны положительные результаты при лечении больных с опийной наркоманией.

Выводы: проводимое лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у больных с опийной наркоманией привело к положительной динамике клинико-лабораторных данных.

Ключевые слова: *наркомания, клиника, желудок, двенадцатиперстная кишка.*

S U M M A R Y

Z.K. GUSEINOVA, D.Zh. TAYZHANOVA, Zh.A. BEYSENBEKOVA, R.Zh. TOYINBEKOVA, Z.B. TAUESHEVA

Karaganda State Medical University, Karaganda c.

THE CORRELATION OF THE STOMACH AND DUODENUM ULCERATIVE DISEASES AT THE PATIENTS WITH AND WITHOUT OPIUM ADDICTION

Introduction: The internal organs pathology at the patient with opium drug addiction is not fully studied, therefore we spent

research that patient with diseases of stomach and ulcerative duodenum.

The purpose of study is to find correlation of clinical-laboratory and instrumental invesgation results at the patient with opium drug addiction.

Matherials and methods: It was studied 234patients with opium drug addiction.

Results: It was showed positive results due to treatment of the patients with the drug addiction.

Conclusion: The treatment of stomach and duodenum ulcerative diseases at the patient with opium drug addiction leads to the positive changes of clinical- laboratory data.

Key words: *narcomania, clinical picture, stomach, duodenum.*

УДК 617-089:616-006

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М.М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ, Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫКОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В работе анализируются результаты обследования и лечения 189 больных с острым панкреатитом, из них с деструктивным панкреатитом 44 (23,3%) больных с января по декабрь 2013 года. Умерли 4 (9,1%) больных. Малоинвазивные вмешательства на органах брюшной полости под УЗ-контролем произведены 16 больным, холецистостомия – 6 больным и холецистэктомия с дренированием общего желчного протока – 11 больным. Внедрены в работу клиники малоинвазивные методы диагностики и лечения.

Ключевые слова: *острый панкреатит, панкреонекроз, детоксикация, малоинвазивный метод, желчь.*

Панкреатит – воспаление pancreas (острое или хроническое – с постоянным ухудшением экзо- и эндокринной функции). Это 3-е по частоте (10-15%) заболевание органов брюшной полости. Легкий острый панкреатит (ОП) (85% случаев, 0,5 – 1,5% случаев летальности) – интерстициальный отек поджелудочной железы с минимальными нарушениями функций органов, обычно завершается выздоровлением [4-9]. Тяжелый острый панкреатит (15% случаев, 35 – 95% случаев летальности) – следствие некроза поджелудочной железы или отечного панкреатита, сопровождается органной недостаточностью и/или местными осложнениями, такими как мелкоочаговый, крупноочаговый или тотальный некроз [1-7]. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. 80% причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляют инфекционные осложнения. Общая летальность при остром панкреатите достигает 15-25% [9, 10, 11, 12, 13].

Большинство хирургов согласны, что показания к оперативным пособиям при стерильном панкреонекрозе должны быть максимально ограничены. Во многих клиниках подход к лечению стерильного деструктивного панкреатита преимущественно консервативный [1-8]. Тем не менее, на сегодняшний день все более широкое применение получают малоинвазивные хирургические методы лечения, к которым многие хирурги рекомендуют прибегать независимо от факта инфицирования панкреонекроза.

При наличии у больных острых жидкостных скоплений в настоящее время в лечении широко используют малоинвазивные хирургические методы. Это лапароскопия и чрескожные вмешательства под УЗИ и КТ-контролем – тонкоигольные пункции и малокалиберное дренирование [4-13]. Преимущества малоинвазивных вмешательств по сравнению с открытыми операциями и опыт их применения в целях дренирования при остром некротическом панкреатите широко освещены в медицинской литературе.

Тактика применения лапароскопического дренирования брюшной полости при стерильном панкреонекрозе варьирует от рекомендаций выполнять его всем пациентам при поступлении в стационар до противоположной точки зрения – что оно показано только больным с клинической картиной перитонита [2, 3, 4, 5]. Относительно пункций и дренирования асептических скоплений одни авторы являются сторонниками их широкого использования [5, 6, 7], другие считают, что дренирование недавно образовавшихся скоплений жидкости при стерильном панкреонекрозе противопоказано [1, 3] из-за увеличения риска инфицирования. Доказан путь экзогенного инфицирования зон стерильного некроза госпитальной микрофлорой через дренажные системы [4, 5, 6, 7], и в литературе имеются убедительные данные о повышении частоты инфекционных осложнений при пункциях и дренировании жидкостных скоплений [9].

Выделяют две основные формы острого панкреатита, между которыми имеется ряд промежуточных вариантов:

- отечный панкреатит, для которого характерны легкое течение и самопроизвольное разрешение;
- панкреонекроз, при котором тяжесть состояния соответствует степени некроза поджелудочной железы.

Этиология острого панкреатита:

- Заболевания внепеченочных желчных путей – 45% (ЖКБ, заболевания большого дуоденального соска и др.).
- Алкоголизм, алкогольный эксцесс либо прием суррогатов алкоголя – 32-47%.
- Посттравматический панкреатит – 5-10%.
- Идиопатический панкреатит – 3-7%.

Основные проблемные вопросы современной неотложной панкреатологии:

1. Теория фазового течения острого панкреатита
2. Система оценки тяжести острого панкреатита
3. Хирургическая тактика.

В настоящее время используется большое количество классификаций острого панкреатита. Мы пользуемся получившее наибольшее распространенное международной классификацией острого панкреатита, предложенная в Атланте в 1992 г.:

1. Острый панкреатит:

а) лёгкий;

б) тяжёлый.

2. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и в околопанкреатической клетчатке).

3. Панкреонекроз:

а) стерильный;

б) инфицированный.

4. Панкреатическая ложная киста.

5. Панкреатический абсцесс.

В настоящее время острый панкреатит в экстренной хирургии органов брюшной полости занял третье место по распространенности после аппендицита и холецистита. Происходит достоверное увеличение частоты деструктивных форм панкреатита [7, 18]. О высоких цифрах летальности (30% и 80%) при некротическом панкреатите сообщают многие современные зарубежные авторы [9-13].

Материал и методы

Малоинвазивные вмешательства, включающие как миниинвазивные лапароскопические и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ, так и традиционные хирургические операции, применены нами при лечении 189 больных с панкреонекрозом, находившихся на лечении в ГКБ №7 с января по декабрь 2013 года.

Одной из основных жалоб больных острым панкреатитом при поступлении в стационар является боль, которая отмечалась в 100% наблюдений. Рвота была у 99 (52,4%), многократная рвота – у 90 (47,6%) больных.

При поступлении состояние расценено как удовлетворительное лишь у 6 (3,2%), средней тяжести – у 65 (34,4%) больных. У подавляющего большинства больных – 118 (62,4%) состояние было тяжелым.

Количество лейкоцитов крови у больных варьировало от 4,3 х 10^9/л до 50,2 х 10^9/л. Лейкоцитоз (более 9,0 х 10^9/л) отмечался в 114 (73,0%) наблюдений, лейкопения (ниже 3,6 х 10^9/л) – в 6 (3,8%) из 189. У 14 (8,9%) пациентов содержание лейкоцитов превышало 20 х 10^9 /л. Значения активности амилазы в крови колебались от 42 до 5000 ЕД). Лишь у 34 (17,9%) больных активность амилазы не превышала нормы. У 27,5% пациентов отмечена гипергликемия.

У большинства наблюдавшихся нами пациентов имелись сопутствующие заболевания, чаще несколько (до 6), которые осложняли течение панкреонекроза. Наиболее часто встречались поражения сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Желчнокаменная болезнь выявлена у 47 (24,8%) из 189 пациентов. Обращает на себя внимание большое количество больных с ожирением (42,3%). Лиц, страдающих алкоголизмом, было 33,9%.

Далеко не решенным является вопрос диагностики панкреонекроза вообще, не говоря уже о форме поражения и распространенности процесса. Информативность ультрасонографической диагностики (с ответом, есть или нет панкреонекроз) составила менее 60%.

Хотелось бы обратить внимание на показания к диагностической лапароскопии. Мы считаем ее необходимой только у больных с деструктивным панкреатитом при неэффективной консервативной терапии панкреонекроза с явлениями полиорганной недостаточности; при подозрении на гнойные осложнения панкреонекроза; при подозрении на другие хирургические заболевания органов брюшной полости, требующие неотложного хирургического вмешательства.

С целью хирургического лечения использовались как миниинвазивные эндоскопические (видеолапароскопия) и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ, так и традиционные хирургические операции.

В случаях выявления при лапароскопии абсолютных признаков панкреонекроза по показаниям проводятся лечебные лапароскопические вмешательства: аспирация экссудата – 13 (6,8%) больных, установка микроирригаторов и дренажей – 13 (6,8%), лапароскопические холецистостомии – 4 (2,1%) больных. Большое значение для диагностики панкреатита имело экстренное биохимическое исследование перитонеального выпота. Из 13 наблюдений острого панкреатита, в которых исследовали экссудат из брюшной полости, в 7 (3,7%) отмечались высокие значения активности амилазы.

В ходе лапароскопической санации брюшной полости проводилась эвакуация экссудата, при диффузном поражении брюшины устанавливались микроирригаторы и дренажи из 2 точек, при распространенном перитоните – из 4 точек. По нашим наблюдениям, наиболее часто в брюшной полости выпот скапливался в области ворот печени, по правому флангу живота и ворот селезенки. При этом из брюшной полости эвакуировалось до 1,5 л токсичного панкреатогенного экссудата. При панкреатогенном перитоните мы считаем лапаротомию непоказанной. В достаточном объеме санация может быть выполнена при лапароскопии. Этот способ санации мы использовали у всех больных, находившихся под нашим наблюдением с 2012 г. Хотелось бы отметить, что после лапароскопических санаций прогрессирования перитонита не наблюдалось.

Результаты и обсуждение

Малоинвазивные вмешательства на органах брюшной полости под УЗ-контролем произведены 16 больным.

Пациентам с перитонитом, в том числе при наличии УЗ признаков свободной жидкости в брюшной полости, произведены:

– удаление перитониального экссудата 10 больным.

– лапароскопическое дренирование брюшной полости – 8 больным.

– холецистостомия – 8 больным.

– холецистэктомия с дренированием общего желчного протока – 10 больным.

– пункция жидкостного скопления при панкреонекрозе – 7 больным.

Внедрены в работу клиники малоинвазивные методы диагностики и лечения ОП:

– Лапароскопическая диагностика и санация брюшной полости при ОП.

– Чрескожное наружное дренирование жидкостного скопления брюшной полости при ОП под контролем УЗ с помощью одноразового набора Ившина.

– Чрескожное наружное дренирование жидкостного скопления забрюшинного пространства при ОП под контролем УЗ.

Благодаря дальнейшему усовершенствованию и внедрению в клинику малоинвазивных методов лечения летальность при панкреонекрозе с января 2013 года составила 9,1% (с января 2013 года 44 больных с деструктивным панкреатитом).

Срок пребывания пациентов в стационаре колебался от 3 до 162 суток.

У 11 (25%) пациентов наблюдалась полиорганная недостаточность. Несмотря на малую травматичность вмешательств, полиорганная недостаточность явилась причиной смерти 4 (9,1%) больных. Интерес представляют аррозионные кровотечения, отмеченные у 2 больных. У 1 из них при хирургическом вмешательстве кровотечение удалось остановить. Вообще местные осложнения в связи с возросшими возможностями диагностики и санации протекали значительно легче.

Имеется выраженная зависимость летальности от формы панкреатита и распространенности процесса. Один летальный исход при панкреонекрозе был обусловлен развитием тотальной гангрены тонкой кишки на

фоне тромбоза мезентериальных сосудов. Мы считаем, что больным с локальным панкреонекрозом оперативное лечение показано только при развитии гнойных осложнений.

Заключение

Таким образом, лапароскопия и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ у больных с панкреонекрозом позволяют использовать весь набор вмешательств, ранее применявшихся при лапаротомии.

Применение для лечения деструктивного панкреатита малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в сальниковую сумку приводит к снижению количества осложнений, уменьшению сроков лечения пациентов в отделениях интенсивной терапии и сроков пребывания в стационаре. Благодаря использованию малоинвазивного метода и дальнейшему усовершенствованию его элементов летальность при панкреонекрозе удалось снизить на 9,1%.

Выводы

1. Скопление большого количества свободной жидкости в брюшной полости наблюдается при тяжелом течении острого некротического панкреатита, сопровождающемся развитием системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточностью и риском раннего летального исхода заболевания. Образование ограниченных скоплений жидкости сопровождается риском компрессии органов, гнойных осложнений и увеличивает сроки госпитализации больных.

2. Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном панкреонекрозе показано только при выявлении большого количества свободной жидкости. Нестабильность гемодинамики в предшествующий период является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопии.

3. Пункции асептических ограниченных жидкостных скоплений не снижают риск развития гнойных осложнений и псевдокист поджелудочной железы и эффективны только при наличии признаков сдавления соседних органов.

4. Показанием к выполнению пункций асептических ограниченных жидкостных скоплений при остром некротическом панкреатите является наличие признаков компрессии соседних органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ермолов А.С., Иванов П.А., Гришин А.В., Благовестнов Д.А. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2007. – № 5. – С. 4-8

2 Краснорогов В.Б., Толстой А.Д., Веселов В.С. и др. Раннее выявление и упреждающее лечение тяжелого острого панкреатита // Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 57- 58

3 Кононенко С.Н., Павленко И.А., Миронов А.С., Андрияничева Е.И., Маркина Н.Ю. Диагностический алгоритм при остром панкреатите тяжелого течения. // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2006. – № 9. – С. 36-40

4 Кононенко С.Н., Миронов А.С., Харламов Б.В., Павленко И.А. Роль лучевых методов в комплексной диагностике панкреонекроза // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2008. – № 8. – С. 78-80

5 Коровин А.Я. Проблемы интенсивной терапии при панкреатогенном перитоните / Коровин А.Л., Маскин С.С., Попов А.Ю. и др. // Материалы 9 всероссийского съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 64-65

6 Короткое Н.И., Кукушкин А.В., Метелев А.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2005. – № 3. – С. 40-44

7 Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология / Костюченко А.Л., Филин В.И. // Справ. для врачей, изд. 2-е. – СПб.: Деан, 2000. – 480 с.

8. Коненков Д.П., Дубинин В.Ю., Иванов Ю.В. Эндоскопические вмешательства в хирургии поджелудочной железы // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №2. – С. 35-39

9. Baker S. Diagnosis and management of acute pancreatitis / S.Baker // Critical Care and Resuscitation. – 2004. – Vol. 6. – P. 17-27

10. Carter R. Management of infected necrosis secondary to acute pancreatitis: a balanced role for minimal access techniques / Carter R. // Pancreatology. – 2003. – Vol. 3. – №2. – P. 133 -138

11. Casas J.D. Prognostic value of CT in the early assessment of patients with acute pancreatitis / Casas J.D., Diaz R., Valderas G. et. al. // JR Am. J. Roentgenol. – 2004. – Vol. 182. – №3. – P. 569-574

12. Hammarstrom L.E. Endoscopic management of chronic and non-biliary recurrent pancreatitis / Hammarstrom L.E. // Scand. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 39. – №1. – P. 5 -13

13. Hartwig W., S.M. Maksan, T. Foitzik et al. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis // J Gastrointest Surg. – 2002 . – Vol. 6. – P. 481-487

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ, М.М. САХИПОВ, А.Т. ШОРМАНОВ, Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫҚОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,

№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ҚАБЫНУЫ КЕЗІНДЕГІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ШАҒЫН ЕНУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ

Кіріспе: Ашық оталарға қарағанда аз енбелі араласулар арқылы жедел некротикалық панкреатитті дренаждау әдісі медициналық әдебиетте кеңінен сипатталынған. Бос құрсақ қуысын түтікше қою мен инемен тесіп ену іріңдік асқынулар сатысында және залалсыздандырылған панкреонекроз сатысында да жасалынады.

Жұмыстың мақсаты: Бұзылған ұйқы безінің қабынуы кезінде шағын ену әдістерін тәжірибеге енгізу болып табылады.

Әдістері мен нысандар: УДЗ бақылауымен шағын енбелі араласулар, шағын енбелі лапароскопиялық және инемен тесіп – түтікше қою, сонымен қатар дәстүрлі хирургиялық оталар панкреонекрозы бар 189 науқастың емінде қолданылған.

Лапароскопиялық зертеу кезінде панкреонекроздың белгілері анықталғанда көрсеткіштерге сай емдік лапароскопиялық араласулар қолданылады: экссудат аспирациясы, микроирригаторлар мен дренаждарды орнату, лапароскопиялық холецистостомия. Панкреатитті анықтауда перитонеальды экссудатты жедел биохимиялық зерттеудің маңызы зор.

Нәтижелер: Панкреатиттің формалары мен үрдістің жайылмалылығына байланысты өлім жағдайлары анықталған. УДЗ бақылауымен лапароскопия мен пункционды-дренирлеуші араласулар панкреонекрозы бар науқастарға бұрында лапаротомияда қолданылған барлық араласулар түрін қолдануға мүмкіндік берді.

Жергілікті панкреонекрозы бар науқастарға оперативті емдеу тек іріңдік асқынулар кезінде көрсетілген.

Қорытынды: УДЗ бақылаулары арқылы аз енбелі араласулар, деструктивті панкреатитті емдеуде асқынулар санының азаюына, жіті терапия бөлімшесіндегі науқастардың емделу мерзімін және ауруханада болу мерзімін азайтты.

Аз енбелі әдістерді пайдаланудың және оның ары қарай дамуының арқасында панкреонекроз кезіндегі өлім жағдайларын 9,1% азайтуға мүмкіндік туды.

Негізгі сөздер: *ұйқы безінің жіті қабынуы, ұйқы безінің өліеттенуі, уытсыздандыру, шағын ену, әдіс, өт. бұзылыстарды әдістерімен.*

S U M M A R Y

B.B. BAIMAKHANOV, Zh.N. KYZHYROV,
M.M. SAKHIPOV, A.T. CHORMANOV,
N.S. DOSZHANOV, Ch.T. SADYKOV,
N.B. ESENBEKOV

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital № 7, Almaty c.

MINIMALLY INVASIVE MANAGEMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Introduction: Benefits of minimally invasive interventions compared to open surgery and experience with their application in order to drainage for acute necrotizing pancreatitis widely reported in the medical literature. Drainage of the free abdominal cavity and puncture and draining liquid accumulations produce limited as step suppurative complications, and in the step of sterile pancreatic necrosis.

The aim is the introduction of minimally invasive treatment of destructive pancreatitis.

Material and methods: Minimally invasive interventions, including both minimally invasive laparoscopic and puncture – draining intervention under ultrasound guidance, and traditional surgical procedures used in treating SRI 189 patients with pancreatic necrosis were treated. In cases when laparoscopy abso foreign exchange signs of pancreatic necrosis on the testimony of a therapeutic laparoscopic intervention: aspiration of fluid, and drain installation mikroirrigatorov Jay laparoscopic holetsistos tomii. Great importance for the diagnosis of pancreatitis had an extra biochemical peritoneal effusion.

Findings: There is a strong dependence letalnos ty of forms of pancreatitis and distribution process. Laparoscopy and puncture – draining intervention under ultrasound in patients with necrotizing pancreatitis allow you to use the entire set of interventions that have been previously employed at laparotomy. Patients with necrotizing pancreatitis local surgical treatment is shown only when the development of suppurative complications.

Conclusion: Use for the treatment of destructive pan kreatita minimally invasive ultrasound-guided interventions in the packing bag reduces the number of complications, reduce the period of treatment of patients in the department of intensive care tions and length of hospital stay. Through the use of minimally invasive techniques and the further improvement of its elements lethality of pancreatic necrosis is removed to reduce the elk 9.1%.

Key words: *sharp pancreatitis, a detoxication, enzyme, bile, hemorrhagic, pancreatonecrosis.*

УДК 616.366-003.7-06:616.36-008.5

Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ, Ғ.Т. БЕРІСТЕМОВ, А.Б. АТАНТАЕВ. Д.Б. ҚАДЫРАЛИЕВ, Б. ҚАБЫЛ,
Н.Б. МАУЛЕНОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ, Ж.С. СМАГУЛОВА, Ж.А. ДУЙСЕНОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ӨТ ҚАБЫ МЕН 12 – ЕЛІ ІШЕК ЖЫЛАНКӨЗІ (тәжірибеде болған жағдай)

Тәжірибеде келтірілген қадағалау жедел бітелмелі ащы ішек өтімсіздігімен асқынған өт қабы мен 12 – елі ішек жыланкөзін анықтаудың күрделі екендігін көрсетеді. Дәл осы мысалда жасалған сияқты, хирург осындай жағдайларда түбегейлі операцияның орындалуына дайын болуы керек.

Негізгі сөздер: *ащы ішек өтімсіздігі, жыланкөз, өт қабы, он екі елі ішек, асқыну.*

Әр түрлі патологиялық үрдістері мен жарақаттардың салдарынан дамитын өт қабы мен өт жолдарының жыланкөздері деп – өт қабы мен өт жолдарының маңайындағы ағзалар және плевра қуысымен байланысы болып табылады.

Соның ішінде, соңғы жылдары өт жолдарының ішкі жыланкөзінің кездесу жиілігі жоғарылады. 60-жылдардың басындағы отандық әдебиеттерде өттің ішкі жыланкөзінің 200 жағдайы тіркелді [Васильев В.Н., Иванов С.Н., 1963], 2 жыл ішінде – 104 жағдай (1968-1969) – [Панченко Р.Т., Лежнев А.Н., 1973].

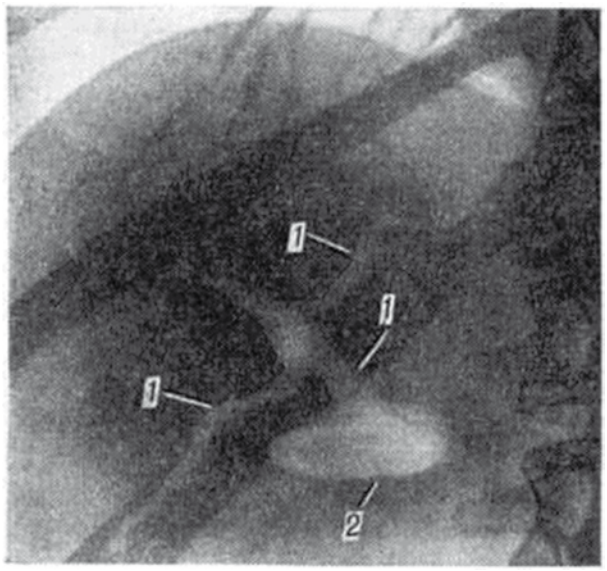
Өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің жоғарылау себебі өт тас ауруының көбеюіне, соған байланысты өт жолдарына жасалған оталардың санының жоғарылауына және оны анықтаудың жаңа әдістерінің (УЗИ, КТ, МРТ, MRCP, ЭРХПГ) дамуы болып табылады. Көптеген авторлар өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің санының жоғарылау себебі созылмалы холециститті емдеу кезінде антибиотиктерді көп қолданудан деп есептейді (Галицкий А.Б., Чалгановек А.И., 2006). Оларды бет алдына пайдалану өт қабы қабырғасының бұзылуын төмендетіп, сонымен қатар көрші ағзалардың өліеттенген ошақтарға тығыз жабысуына алып келіп, өт қабы қабырғасының көрші ағзаларға тесілуіне жағдай жасайды.

Көбінесе жыланкөз өт қабы мен 12 – елі ішектің арасында (холецистодуоденальды), жалпы өт өзегі мен 12 – елі ішектің (холедоходуоденальные), өт қабы мен көлденең тоқ ішектің арасында пайда болады (Ревякин В.И., Селиваненко А.В., 2007).

Клиникалық көрінісі науқастың негізігі ауру белгілерімен жасырын жүреді. Өт қабы мен өт жолдарының асқынуы ішектегі және асқазандағы заттардың бауыр өзегіне түсуінің салдарынан пайда болып, холангит, сирек бауыр абсцессі дамуына алып келеді. Өт қапшығының ішекпен патологиялық байланысуының салдарынан ішекке өт қабының ірі тастары түсіп, ол өз кезегінде ішектің бітелуі мен өтімсіздігін тудырады (Савельев В.С., 2006).

Өт қабы мен өт жолдары жыланкөзінің орналасқан орнын анықтау үшін рентген зерттеулері-бауыр аймағы мен өт жолдарының жалпы шолу рентгеноскопиясы мен рентгенографиясы жасалады (1 сурет). Онда өт жолдарында ауа анықталады. Дуоденография жасанды гипотония жағдайында жасалады.

Осы ауруға байланысты біз бір тәжірибелік жағдайды мысалға келтіреміз. **Науқас Д. 1939 ж.т.** Ауру тарихы №18786. Өт тас ауруы. Жедел калькулезды холецистит диагнозымен оперативтік емге жоспарлы түрде жатқызылды.



1 сурет – Өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің жалпы шолу рентгенограммасы: 1- өт жолындағы ауа, 2- 12 елі ішектегі газды көпіршік

Шағымдары: оң қабырға астындағы және эпигастрий аймағындағы айқын ауру сезіміне, уақытша жеңілдік алып келетін өтпен құсу, лоқсу, ауыздың құрғауы, ащы дәм болуы, әлсіздік, тәбеттің жоғалуы.

Аурудың тарихы: ауқастың айтуынша 3 тәуліктен бері жоғарыда келтірілген шағымдар мазалаған. Өт тас ауруымен бірнеше жылдан бері ауырады.

Жалпы жағдайы: ауру сезіміне байланысты науқастың жағдайы орташа ауырлықта. Есі анық, ортаға дұрыс бейімделген. Тері жамылғысы мен көзге көрінетін шырышты қабатының түсі қалыпты. Тыныс алуы бірқалыпты, сырыл жоқ. Тыныс жилігі минутына 19 рет. Жүрек үндері анық, соғуы дұрыс. АҚ -120/80 мм.с.б. Тамыр соғысы минутына 90 рет. Ұрғылау симптомы екі жақтада теріс. Диурез қалыпты. Нәжісі ретті, түсі қалыпты. Жергілікті көрінісі: тілі құрғақ, ақ жабындымен жабылған. Іші бір қалыпты, дұрыс пішінді, жоғарғы бөлігі тыныс алудан қалыңқырайды.

Қарап тексергенде іші жұмсақ, эпигастрий аймағында және оң қабырға астында ауру сезімді. Эпигастрий және оң жақ қабырға астындағы алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшық еті әлсіз қатайған. Щеткин–Блюмберг симптомы теріс. Бауыры мен көкбауыр ұлғаймаған.

Жүргізілген зерттеулер:

Құрсақ қуысының УДЗ нәтижесі: Өт қапшығы: 5,0*2,7 см. Өт қапшығының қуысындағы тастың көлемі 3,0 см., акустикалық көлеңкемен. Өт жоқ. Бауырдың сол жақ бөлігінің кистасы. Калькулезды холецистит. Тұйықталған өт қабы.

ФГДС қорытындысы: 12 – елі ішек пиязшығының дивертикулы, ойық жарамен асқынған, тесілуі? (жыланкөз?) Қатерлі ісік? Биопсия алынды. Сақталмалы атрофиялық гастрит. ДГР. Сақталмалы эзофагит.

КТ қорытындысы: КТ-суретінде жедел калькулезды холецистит, эмфизематозды холециститпен асқынған. Бауырдың шектелген ошақты зақымдануы-гемангиомаға сәйкес келеді Аэрохолия. Сақталмалы панкреатит. Оң жақ бүйректің кистасы. Тоқ ішектің механикалық өтімсіздігі. Долихосигма. Сигма тәрізді ішекте түзіліс? (2 сурет).

Ирригоскопия: Баугин қақпақшасының жеткіліксіздігі. Тоқ ішектің гипотониялық түрде кеңеюі. Сақталмалы тоқ ішектің қабынуы.

Құрсақ қуысының рентгенографиясы: Жіңішке ішектің салдануы.

Кеуде қуысының рентгенографиясы: Жағдайы патологиялық өзгеріссіз. Оң жақтық өкпенің төменгі бөлігінің қабынуы. Өкпеде іркіліс байқалады. Кеңірдектің сақталмалы қабынуы. Сол жүрекшенің ұлғаюы.

Лабораторлық зерттеулер нәтижелері:

ЖҚА: (13.11.13): гемоглобин – 152 г/л, эритроцит – $4,8x10^{12}$/л, гематокрит – 46%, лейкоцит – $22,4x10^{9}$/л.

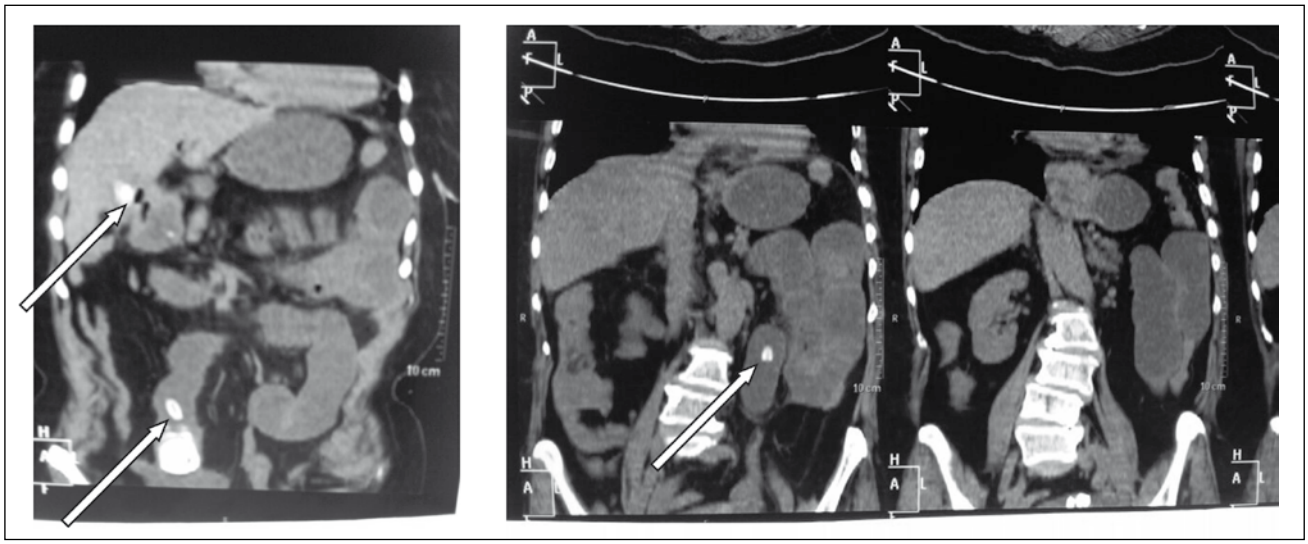
ЖЗА: (13.11.13): тығыздығы – 1030, pH – 5, лейкоцит – 500, белок – 0,75, глюкоза – 3, билирубин – 50, эритроцит – 25.

ҚБА: (13.11.13): мочевина – 11,31, креатинин – 145, глюкоза – 12,6, билирубин жалпы – 12,5, билирубин тікелей – 13,8, тимол сынамасы – 10,7, жалпы амилаза – 39,7.

Коагулограмма: АПТВ – 32,0; ПИ – 64,2%, ПВ – 15,0; МНО – 1,33; фибриноген А 4,5.

Отаға дейінгі диагноз: Өт тас ауруы. Сақталмалы калькулезды холецистит.

Ота жасау: жоғары/орталықты лапаротомия. Ащы ішек өтімсіздігін жою. Өт қабы –он екі елі ішек жыланкөзін жою,



2 сурет **–** Жедел калькулезды холецистит, эмфизематозды холециститпен асқынған. Ішектің ішіндегі тас

өт қабын алып тастау. Он екі елі ішек ақауын тігу. Құрсақ қуысын жуып тазалау және түтікше қалдыру.

Эндотрахеальды наркозбен, ота алаңын өңдегеннен кейін жоғары/ орталықты лапаротомия жасалды. Жалпы қарап шолуда: бауыр түсі өзгермеген, беті тегіс, шеттері домаланған, тығыздығы жұмсақ. Бауыр астылық кеңістікте жабысқақтар, үлкен шарбы майы бауыр астылық аймақта орналасып өт қабымен жабысқан. Өт қабы қатпарланған, өт қабы-он екі елі ішек жыланкөзі бар. Өт қабы қуысында тас байқалады. Жалпы өт жолы – ауқымды инфильтраттың әсерінен анықталмайды. Құрсақ қуысының басқа да ағзаларын қарап шолу кезінде Трейц байламынан 1 метр қашықтықта тауық жұмыртқасының көлеміндей тас анықталды, өт тасы деп бағаланды. Тас он екі елі ішекке дейін жылжытылды. Доғал және өткір жолмен өт қабы-он екі елі ішек жыланкөзі жойылды. Тас он екі елі ішектің тесігі арқылы алып тасталынды. Он екі елі ішек тесігі тігілді.

Гартман қалтасы мен бауыр он екі елі ішек байлам аймағының айқын ісінуіне байланысты, өт қабын алып тастау түбінен жүргізілді, сонымен қатар өт қабы қалтасы болбыр болғандықтан бөлшектеніп алынды. Техникалық қиындықтарға байланысты өт қабы өзегі мен өт қабы артериясы жеке байланды. Өт қабының орны элетронды коагулятормен өңделіп, қан тоқтатуға арналған субстанция «Тахокомб» қойылды. Қан тоқтату мен өттің ағуын тексерген кезде өт қабының орны құрғақ. Бауыр асты кеңістікті жуып тазалау және түтікше қалдыру. Жараға іш қабаттары бойынша тігіс салынды, спирттік және асептикалық таңғыш қойылды. Макропрепарат: Өт қабы бөліктері.

Отадан кейінгі диагноз: Жедел бітелмелі ащы ішек өтімсіздігі (өт тасы). Өт тас ауруы. Сақталмалы калькулезды холецистит, реактивті панкреатит. Өт қабы мен он екі елі ішек жыланкөзі.

Науқас операциядан кейін 15-і тәулікте жағдайы жақсы қалпында үйіне шығарылды.

Қорытынды: Асқазан-ішек ауруларының ішінде өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзі өте сирек кездесетін жағдай (0,59%), дұрыс диагноз ота жасауға дейін 51,2% науқаста қойылады. Осы тәжірибелік жағдай өт қабы мен он екі елі ішек жыланкөзі сирек кездесетін болғандықтан анықталуы қиын екенін, ота жасаудың сипаты жыланкөздің түріне байланысты болатынын көрсетеді.

Р Е З Ю М Е

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ, А.Б. АТАНТАЕВ, Д.Б. КАДЫРАЛИЕВ, Б. КАБЫЛ, Н.Б. МАУЛЕНОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ, Ж.С. СМАГУЛОВА, Ж.А. ДУЙСЕНОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ХОЛЕЦИСТО-ДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЩ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Приведенное наблюдение показывает сложность диагностики холецисто-дуоденального свища, осложненного желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью в дооперационном периоде. Хирург должен быть готов в таких ситуациях к выполнению радикальной операции, что и было сделано в данном случае.

Ключевые слова: *тонкокишечная непроходимость, свищ, желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка, осложнения.*

S U M M A R Y

Zh.N. KYZHYROV, G.T. BERISTEMOV, A.B. ATANTAEV, D.B. KADYRALIEV, B. KABYL, N.B. MAULENOV, N.B. ESSENBEKOV, Zh.C. SMAGULOVA, Zh.A. DUISENOVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital №7, Almaty c.

CHOLECYSTO-DUODENAL FISTULA COMPLICATED GALLSTONE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Thus, given the complexity of the diagnostic observation shows cholecysto-duodenal fistula complicated gallstone small bowel obstruction in the preoperative period. The surgeon must be prepared in such situations to perform radical surgery that is done in this case.

Kew words: *small bowel obstruction, fistula, gallbladder, duodenum, complications.*

УДК 616.27:616.34-009

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М.М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ, Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫКОВ, Н.Б. МАУЛЕНОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В работе анализируются результаты обследования и лечения 107 больных с острым панкреатитом (ОП), из них с деструктивным панкреатитом 27 (25,2%) больных с января по июнь 2013 года. При тяжелом ОП установлено, что лечение этих больных должно быть комплексным и может быть эффективно проведено в отделении реанимации, поскольку оно включает методы интенсивной консервативной терапии, методы активной экстракорпоральной детоксикации, малоинвазивные и традиционные хирургические вмешательства.

Ключевые слова: *острый панкреатит, панкреонекроз, детоксикация, фермент, желчь.*

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) как в Казахстане, так и за рубежом, неуклонно растет. Доля пациентов с деструктивным панкреатитом составляет 15 – 20%. При этом летальность в зависимости от объема некроза сохраняется на уровне 20% и выше [1, 2, 3, 4, 6, 11]. Широкий диапазон колебаний общей и послеоперационной летальности при ОП обусловлен рядом причин: 1) несвоевременной диагностикой ОП и его осложнений; 2) отсутствием единых согласованных взглядов на классификацию, оценку степени тяжести и прогноза заболевания; 3) отсутствием общепринятых объективных критериев выбора лечебной тактики; 4) стихийностью в использовании многочисленных методов консервативного лечения и оперативных вмешательств; 5) выполнением необоснованно “ранних” или “запоздалых” оперативных вмешательств; 6) противопоставлением миниинвазивных

вмешательств "традиционному" хирургическому лечению и наоборот [3, 5, 9]. Одними из возможных путей снижения летальности при панкреонекрозе являются его ранняя диагностика и прогноз тяжести течения, поскольку только своевременное и адекватное лечение способно привести к ограничению патологического процесса в поджелудочной железе и благоприятному исходу заболевания [4, 6]. Но на сегодняшний день ранняя диагностика и прогноз деструктивных форм острого панкреатита остаются актуальной и нерешенной проблемой экстренной хирургии [1, 5, 6, 10, 11]. Диагноз ставился на основании клинической картины и обязательно подтверждался результатами лабораторной диагностики (амилаза крови, мочи, перитонеальной жидкости) и данными инструментальных методов исследования (УЗИ, видеолапароскопия). Рентгенологическое исследование, КТ, эндоскопическая гастродуоденоскопия (ЭГДС) применялись как методы уточняющей диагностики. Многообразие используемых лабораторных и инструментальных методов свидетельствует о том, что ни один из них в полной мере не удовлетворяет запросам клиницистов и не является идеальным маркером ранней диагностики панкреонекроза и прогноза течения заболевания [2, 8]. Как правило, диагностика и прогнозирование строятся на комбинации или интеграции целого ряда клинико-лабораторных, биохимических, иммунологических параметров и данных инструментальных методов исследования. Но трудоемкость, длительность сбора и систематизации определяемых показателей обусловливают одно из основных направлений рассматриваемой проблемы – совершенствование существующих и поиск новых методов ранней диагностики и прогноза течения заболевания, доступных в работе большинству дежурных хирургических стационаров. Остаются спорными и вопросы хирургической тактики при остром деструктивном панкреатите в ферментативной фазе заболевания [2, 7, 10]. В связи с внедрением в практику малоинвазивных вмешательств хирурги постоянно решают вопрос, какому из методов отдать предпочтение (открытой операции или лапароскопическому дренированию), а также кого и когда надо оперировать.

Вопросы выбора рациональной лечебной тактики при панкреонекрозе остаются дискутабельными. Существует два основных тактических подхода. Первый заключается в активном хирургическом лечении, второй – в проведении активной комплексной консервативной терапии с широким использованием малоинвазивных лечебных видеоэндоскопических пособий.

Материал и методы

Работа основана на результатах обследования и лечения 107 больных острым панкреатитом, из них 27 (25,2%) больных с острым деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в ГКБ №7 г. Алматы с января по июнь 2013 г. Мужчин было 51 (47,7%), женщин – 56 (52,3%). Возраст с 22 лет по 77 лет.

Анализ показал, что одним из наиболее важных факторов, определяющих лечебную тактику, течение и прогноз заболевания, является характер панкреатогенного перитонита, который был диагностирован у 12 (44,4%) больных (у 10 (83,3%) – ферментативный, у 2 (16,7%) – фибринозно-гнойный). Перитонит был диффузным и распространенным. Он отсутствовал только у 15 больных с жировым панкреонекрозом. Для верификации формы поражения поджелудочной железы использовали биохимическое исследование (амилаза, трансамидиназа), ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование. При эхографическом подтверждении панкреонекроза считали абсолютно показанной экстренную лапароскопию, которая позволяет верифицировать форму деструктивного панкреатита с точностью от 87 до 95%, судить о наличии, характере панкреатогенного перитонита и патологических изменениях желчного пузыря, принципиально определяющих тактику лечения.

Результаты и обсуждение

При панкреатобилиарной гипертензии, причиной которой служил стеноз БСДК (изолированный или в сочетании с холедохолитиазом) и ущемленный камень БСДК, выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которую при сопутствующем холангите завершали введением антибиотиков.

Для борьбы с эндогенной интоксикацией мы применяли гемосорбцию (2), плазмаферез (1). Консервативная терапия, как самостоятельный метод лечения, была проведена у 94 больных, и всего в 13 наблюдениях потребовалось выполнение операции.

Лечение легкого ОП включало применение базового комплекса консервативных мероприятий: исключение питания через рот, эвакуацию желудочного содержимого через зонд, местную гипотермию, инфузионную терапию в объеме 2500-3000 мл, введение анальгетиков, спазмолитиков, десенсибилизирующих и антацидных средств. При отсутствии эффекта в течение первых суток ОП считался тяжелым, пациент подлежал переводу в отделение интенсивной терапии. Протокол лечения тяжелого ОП предусматривал: увеличение объема инфузионной терапии до 5000 мл и более в сочетании с форсированным диурезом при сохранной функции почек; подавление внешней секреции ПЖ с помощью контрикала, соматулина, сандостатина и октреотида в дозе 300-1200 мкг/сут; применение антиферментных препаратов преимущественно с целью разрешения перфузионного блока в бассейне ПЖ; подавление выброса медиаторов воспаления с использованием 5-фторурацила в дозе 750-1000 мг в течение первых 3 сут заболевания; направленную иммунокоррекцию нарушений иммунного статуса пациента; антибиотикопрофилактику и лечение гнойных осложнений (препараты выбора – цефалоспорины третьего – четвертого поколения в сочетании с метронидазолом, препараты резерва – карбопенемы и имепенемы). По показаниям применялись: при респираторном дистресс-синдроме взрослых и острой дыхательной недостаточности – респираторная поддержка в виде продленной искусственной вентиляции легких; при острой сердечно-сосудистой недостаточности – медикаментозная поддержка гемодинамики; при острой почечной недостаточности, гипергидратации, интоксикации – гемодиафильтрация (ГДФ), плазмаферез; при кишечной недостаточности – перидуральная анестезия и кишечный зондовый лаваж с целью устранения пареза и удаления токсичного кишечного содержимого с патогенной микрофлорой, которая служит основным источником инфицирования зон панкреатогенной деструкции. С целью хирургического лечения использовались как миниинвазивные эндоскопические (видеолапароскопия), так и традиционные хирургические операции. Показаниями к миниинвазивным вмешательствам служили ферментативный перитонит, острые жидкостные внутрибрюшные и забрюшинные скопления, несформированные ранние псевдокисты, абсцессы. Показаниями к традиционным хирургическим вмешательствам были неотграниченный инфицированный панкреонекроз, обширные зоны асептической деструкции, абсцессы с крупными секвестрами, забрюшинная флегмона. Традиционная операция предусматривала лапаротомию в зависимости от локализации деструкции; санацию путем дигитоклазии, вакуумного удаления отделившихся секвестров. При полной секвестрэктомии операция завершалась закрытым дренированием. При невозможности удалить фиксированные секвестры формировалась оментобурсостома с тампони-

рованием основного объема полости, дренированием по Шалимову и последующими этапными санациями.

Все оперативные вмешательства были условно подразделены на ранние, направленные на купирование некротического процесса в поджелудочной железе, воспаления брюшной полости и панкреатобилиарной гипертензии, и поздние, выполняемые по поводу развившихся гнойных осложнений. Показанием к ранним операциям при всех формах деструктивного панкреатита считаем верифицированные при поступлении фибринозно-гнойный или желчный перитонит, гангренозный холецистит, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, прогрессирование панкреонекроза и отсутствие технических возможностей ликвидировать острую блокаду терминального отдела общего желчного протока с помощью эндоскопических манипуляций.

Благодаря дальнейшему усовершенствованию малоинвазивных методов лечения летальности при панкреонекрозе с января по июнь 2013 года не было.

Выводы

Таким образом, острый панкреатит представляет собой развивающийся во времени процесс, в ходе эволюции которого наблюдается смена фаз и периодов, имеющих важные патогенетические различия и характерные осложнения, определяющие диагностическую и лечебную тактику. При легком ОП методом выбора служит консервативное лечение, другие методы требуются по показаниям. При исследовании тактических подходов и методов лечения при тяжелом ОП установлено, что лечение этих больных должно быть комплексным и может быть эффективно проведено в отделении реанимации, поскольку оно включает методы интенсивной консервативной терапии, методы активной экстракорпоральной детоксикации, малоинвазивные и традиционные хирургические вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. – Санкт-Петербург, 2000. – 309 с.

2 Данилов М.В., Глабай В.П. Хирургическое лечение гнойного панкреатита. 9-й Всероссийский съезд хирургов. – Волгоград, 2000. – 28 с.

3 Ермолов А.С., Боровкова Н.В., Иванов П.А. и др. Иммунологическая оценка тяжести и прогноза острого панкреатита // Вестник хирургии. – 2005. – №164: 6. – С. 22-28

4 Ермолов А.С., Иванов П.А., Хватов В.Б. и др. Эффективность иммунокоррекции у больных тяжелым острым панкреатитом. В кн.: Актуальные вопросы диагностики и лечения панкреатогенного инфильтрата забрюшинной клетчатки: Материалы городского семинара. – М: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифисовского, 2005. – 181: 42-48

5 Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. – Санкт-Петербург: Деан, 2000. – 475 с.

6 Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – М.: Бином-пресс, 2004. – 304 с.

7 Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Панкреонекроз и панкреатогенный сепсис. Состояние проблемы // Анналы хир. – 2003. – №1. – С. 12-20

8 Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – Мединформагентство, 2008. – 264 с.

9 Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Острый панкреатит: пособие для врачей. Под ред. В.С. Савельева. – М., 2000. – 59 с.

10 Isenmann R., Rau B., Beger H.G. Failure of the Athanta Classification to identify Patients with Poor Prognosis in Necrotizing Pancreatitis // Pancreatology 2001; 1: 129-199

11 Xu G.Q. The clinical value of miniature ultrasonic probes on diagnosis and treatment of digestive tract diseases / Xu G.Q., Jin E.Y., Li Y.M. et. al. // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2004. – Vol. 84. – №2. – P. 119-124

12 Otsuki M. Hereditary pancreatitis: clinical characteristics and diagnostic criteria in Japan. / Otsuki M., Nishimori I., Hayakawa T. et.al. // Pancreas. 2004. – Vol. 28. – № 2. – P. 200 – 206

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н ҚЫЖЫРОВ.,
М.М. САХИПОВ, А.Т. ШОРМАНОВ,
Г.Т. БЕРІСТЕМОВ, Н.С. ДОСЖАНОВ,
Ч.Т. САДЫҚОВ, Н.Б. МАУЛЕНОВ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЖІТІ ҚАБЫНУЫН АНЫҚТАУ МЕН ЕМДЕУ

Кіріспе: Қазіргі уақытта жедел панкреатит, жедел хирургиялық аурулар ішінде жедел аппендицит пен холециститтен кейін үшінші орынға шықты. Мәселенің медициналық және әлеументтік-экономикалық маңызы, аурудың жұмысқа қабілетті жастағы тұлғалар арасында белең алуы болып отыр.

Жұмыс мақсаты: Жедел деструктивті панкреатиті бар науқастарды емдеуде оң нәтижелер, диагностиканы дамыту арқылы іске асырылады.

Әдістері мен нысандары: Жұмыс №7 ҚҚА емделуші жедел панкреатиті бар 107науқастарды зерттеу мен емдеуге соның ішінде 27 (25,2%) жедел деструктивті панкреатиті бар науқастарды анықтауға негізделген. Алматыда 2013жылдың қаңтар-маусым айлар аралығында ер адам 51 (47,7%), әйел – 56 (52,3%). Жас аралығы 22 – 77.

Нәтиже және талқылау: Оталық емдеу мақсатында аз енбелі эндоскопиялық (видеолапароскопия) және дәстүрлі оталар қолданылған. Аз енбелі араласуларға көрсеткіштерге ферментативті перитонит, жедел іш астарлық және іш астар артылық сұйықтықтар, түзілмеген ерте жалған жылауықтар, абсцесстер. Дәстірлі хирургиялық араласуларға көрсеткіштерге шектелмеген инфицирленген панкреонекроз, асептикалық деструкцияның кең аймақтары, ірі секвестрлермен абсцесс, іш астар артылық флегмона.

Қорытынды: Жедел ауыр панкреатиті бар науқастардың емі кешенді болуы және жансақтау бөлімшесінде нәтижелі өткізілуі тиіс, өйткені ол дәрі-дәрмекті емнің қарқынды, сонымен қатар, экстракорпоральды уытсыздандырудың белсенді әдістері қолданылады. Шағын ену және дәстүрлі хирургиялық араласулар қолданылған.

Негізгі сөздер: *ұйқы безінің жіті қабынуы, ұйқы безінің өліеттенуі, уытсыздандыру, фермент, өт.*

S U M M A R Y

B.B. BAIMAKHANOV, Zh.N. KYZHYROV,
M.M. SAKHIPOV, A.T. CHORMANOV,
G.T. BERISTEMOV, N.S. DOSZHANOV,
Ch.T. SADYKOV, N.B. MAULENOV
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital №7, Almaty c.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE SHARP PANCREATITIS

Introduction: Currently, acute pancreatitis came in third place among the acute surgical diseases of the abdominal cavity after acute appendicitis and cholecystitis. Medical and socio-economic significance of the problem lies in the fact that the growth of disease primarily among people of working age.

Objective: To improve the results of treatment of patients with acute pancreatitis heavy flow by improving its diagnosis.

Material and methods: The work is based on the results of examination and treatment of 107 patients with acute pancreatitis 27 of them (25.2%) patients with acute pancreatitis who were treated at the 7- GKB Almaty from January to June 2013 there were 51 men (47.7%), women – 56 (52.3%). Age from 22 years to 77 years.

Results and Discussion: With the aim of surgical treatment were used as minimally invasive endoscopic (videolaparoscopy) and traditional surgery. Indications for minimally invasive interventions were enzymatic peritonitis, acute intra-abdominal and retroperitoneal fluid accumulation, early immature pseudocysts, abscesses. Testimony to the traditional surgical procedures were neotgranichenny infected pancreatic necrosis, extensive areas of destruction aseptic abscesses with large sequestration retroperitoneal abscess.

Conclusion: Treatment of patients with severe acute pancreatitis should be comprehensive and can be effectively carried out in the ICU because it involves intensive methods of conservative treatment, methods of active extracorporeal detoxification. Used minimally invasive and traditional surgical intervention.

Key words: *sharp pancreatitis, a detoxication, enzyme, bile, hemorrhagic, pancreatonecrosis.*

УДК 616.12-008.331.1:615.811.2

А.М. ИМАНГАЛИЕВА
Медицинский центр «АПИ+», г. Алматы

МЕХАНИЗМ ВЛИЯНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (обзор литературы)

Лечение артериальной гипертензии в настоящее время является актуальным. Медикаментозная терапия очень хорошо поддерживает состояние больного, но не останавливает развитие заболевания. Поэтому с каждым годом возрастает интерес к гирудотерапии. Лечебное действие слюны пиявки на организм ведет к улучшению состояния больных с артериальной гипертензией. Сочетания гирудотерапии с иАПФ фозиноприлом даёт продолжительный эффект лечения, при этом отмечается отсутствие обострений сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, гирудотерапия, фозиноприл, рефлексотерапия, гирудин.*

Лечение артериальной гипертензии в настоящее время остается актуальным, так как осложнения, связанные с основным заболеванием, с каждым годом приобретают более серьезный характер [1]. Медикаментозная терапия очень хорошо поддерживает состояние больного, но не останавливает развитие заболевания. Поэтому с каждым годом возрастает интерес к гирудотерапии [2]. Доказано, что слюна пиявки содержит не только гирудин, который специфичен в отношении ингибирования фермента тромбина, но и ингибиторы альфа-хемотрипсина, химазина, субтилизина и нейтральных протеаз гранулоцитов – эластазы и катепсина С, ингибитора фактора Ха свертывания крови и калликреина плазмы крови, высокоспецифические ферменты: гиалуронидазу, дестабилазу, апиразу, коллагеназу, триглицеридазу, холестерин-эстеразу, а также ряд соединений пока не изученной природы, таких как пиявочные простаноиды, гистаминоподобные вещества и ряд других [3].

Достаточно подробно изучено влияние пиявочного секрета на тромбоцитарно-сосудистое звено гемостаза. По исследованиям [3], секрет пиявок, независимо от содержания в нем гирудина, ингибирует адгезию тромбоцитов на поверхности мономерных коллагенов человека различных генетических типов на 85-87%. Секрет блокирует начальное прикрепление и распластывание тромбоцитов на поверхностях, покрытых коллагенами сосудистой стенки, на 100%, что исключает возможность образования тромбоподобных агрегатов [4].

Фермент дестабилаза, обладающий фибринолитическим действием, который превращает нерастворимый стабилизированный фибрин в растворимое состояние путем гидролиза поперечных сшивок между мономерами фибрина. Защитное противотромботическое действие было подтверждено [5] выделившими ингибитор фактора Ха из разбавленной слюны медицинской пиявки.

Немаловажное значение при развитии артериальной гипертензии играет атеросклероз сосудов. Описан фермент аспираза, который определяет противоатеросклеротическое действие секрета, он повышает активность липопротеидлипазы, в результате чего в плазме крови снижается концентрация общего холестерина и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), отчасти повышается толерантность к глюкозе [3]. В настоящее время доказана способность секрета слюнных желез медицинской пиявки снижать повышенный уровень общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности плазмы крови, а также оказывать защитное влияние на эндотелиальный покров и нормализовать пролиферативную активность интимы сосудистой стенки. Также секрет слюнных желез медицинской пиявки обладает нормотензивным действием, который обусловлен, в первую очередь, низкомолекулярными веществами простагландиновой природы (кстати, впервые обнаруженными именно в медицинских пиявках) [3].

Более подробнее рассмотрим в отдельности биологически активные вещества пиявки:

1. Гирудин – ингибитор (блокатор) тромбина, влияет на свертываемость белка фибриногена, что препятствует склеиванию тромбоцитов и образованию тромбов. Гирудин – фермент, разжижающий кровь и обладающий противосвертывающим действием. Попадая в кровеносное русло вместе со слюной пиявки, он тут же взаимодействует с ферментом тромбином, образуя с ним неактивный комплекс [3].

2. Дестабилаза – содержит антистазин, декорзин, калин, эглин. В совокупности все эти компоненты обладают противотромбическими (противосвертывающими) и тромболизисными (растворяющими тромбы) свойствами. То есть, дестабилаза относится к разряду ферментов основное свойство которых растворять уже образовавшиеся тромбы. Кроме того, липосомальная природа дестабилазного комплекса обеспечивает активный транспорт биологически активных веществ непосредственно через мембрану клетки [3].

3. Бделлины – представляют собой высокомолекулярные белки, важнейшим свойством которых является способность ингибировать (подавлять) ферменты трипсин и плазмин (плазмин и тромбин – наиболее важные ферменты свертывания крови) [3].

4. Эглины – это группа полипептидов, способствующих ослаблению воспалительных реакций в тканях. Эглины – белковые соединения, по своему биохимическому действию представляющие собой ингибиторы химотрипсина, эластазы и некоторых других ферментов человека. Наличие этих высокомолекулярных белковых соединений в пиявочном секрете определяет выраженную противовоспалительную активность пиявок [3].

5. Кининаза – разрушает кинины (химическую «основу» боли) [3].

6. Апираза – чрезвычайно важный фермент секрета слюны пиявок. Он определяет его противосклеротическое действие. Апираза повышает активность фермента липопротеидлипазы, в результате чего в крови человека понижается уровень общего холестерина и беталипопротеидов низкой плотности. Современные исследования подтвердили, что именно эти вещества способствуют образованию атеросклеротических блямшек в кровеносных сосудах [3].

7. Гиалуронидаза – фермент, расщепляющий гиалуроновую кислоту, входящую в состав соединительной ткани. Он разрыхляет межклеточное вещество в тканях человека, что способствует проникновению остальных компонентов слюны пиявки внутрь его организма [3].

При лечении медицинской пиявкой воздействие слюны идет через биологически активные точки рефлексотерапии, которые усиливают влияние слюны на организм, такие как гипотензивное, тромболитическое, анальгезирующее, противовоспалительное, антикоагулянтное, иммуностимулирующее и другие свойства секрета. Все это способствует положительным сдвигам в анализах крови: нормализуется СОЭ, увеличивается количество лейкоцитов и Т-лимфоцитов, повышается текучесть крови [4].

Когда поражаются почки, при артериальной гипертензии наиболее эффективна постановка пиявки в точки меридиана мочевого пузыря V10 тянь-чжу, V23 шэнь-шу, V60 кунь-лун [6].

Артериальная гипертензия, сопровождающаяся поражением печени, постановка пиявок наиболее эффективна в точках F14 ци-мэнь, VB20 фэнь-чи [6].

То есть схема составляется от ведущего симптома пораженного органа при артериальной гипертензии. Отмечается положительное сочетание с гипотензивными препаратами. Мы рассмотрели группу ингибиторов АПФ – фозиноприл – один из представителей последнего (третьего) поколения иАПФ. Основным преимуществом фозиноприла является его сбалансированный двойной путь выведения из организма: почечная экскреция с мочой и печеночная деградация активных метаболитов с последующим удалением их с желчью через желудочно–кишечный тракт [7]. Фозиноприлат обладает высокой липофильностью, что облегчает проникновение препарата через клеточные мембраны во многие органы (сердце, почки, сосуды, легкие, надпочечники) и позволяет эффективно подавлять активность не только циркулирующей, но и тканевой ренин–ангиотензин–альдостероновой системы [8]. Уникальным качеством фозиноприла, выгодно отличающим его от других ингибиторов АПФ, является хорошая переносимость [7]. Кроме того, при применении фозиноприла отмечена крайне низкая частота возникновения сухого кашля. Фозиноприл удобен в применении, хорошо сочетается с диуретиками (потенцирует эффект). Однократный прием препарата обеспечивает 24-часовой контроль за уровнем артериального давления. Фозиноприл – препарат, дозу которого не нужно менять у пожилых больных [7]. У пожилых пациентов (65-75 лет) с клинически неизмененной функцией печени и почек не отмечено разницы в фармакокинетике фозиноприлата по сравнению с молодыми пациентами (20-35 лет), поэтому начальная доза фозиноприла у всех пациентов составляет 10 мг/сут. [8].

В сочетании с гирудотерапией применение иАПФ фозиноприла у пациентов отмечалась не только хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов, но и стойкий продолжительный эффект лечения, отсутствие обострений сопутствующих заболеваний, таких как хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка, хронический холецистит и т.д. Учитывая механизм влияния слюны пиявки и фозиноприла на организм человека, можно сделать вывод, что такое сочетание успешно лечит пациентов с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью (пожилых, с сахарным диабетом, нарушенной функцией почек), но и предупреждает развитие сердечно-сосудистых осложнений, в том числе хронической сердечной недостаточности, у пациентов с множественными факторами риска.

Выводы

Сочетание гирудотерапии и иАПФ-фозиноприла не только успешно лечит пациентов с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью, но и предупреждает развитие грозных осложнений (инфаркт, инсульт и т.д.), а также такое сочетание позволяет устранить нежелательные побочные эффекты от лекарственной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Подзолков В.И., Осадчий К.К. Актуальные вопросы клинической фармакологии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – №1. – С. 57-62

2 Ена Я.М. Гирудотерапия в комплексном лечении больных гипертонической болезнью. В кн.: Лечение медицинскими пиявками и препаратами из них. Сб. ст. по матер. науч. конф. ассоц. гирудологов 1992-1997 гг. Кн. I. Под ред. И.П. Басковой. – М., 1998. – С. 24-25

3 Савинов В.А. Гирудотерпия. – М.: Медицина, 2004. – 432 с.

4 Каменев О.Ю., Барановский А.Ю. Лечение пиявками: Теория и практика гирудотерапии. – СПБ: ИГ «Весть», 2008. – 304 с.

5 Никанов Г.И. Гирудотерапия и гирудофармакология. – СПБ: ИГ «Весть», 2000

6 Чжу Лянь. Руководство по современной чжень-цзютерапии. Иглоукалывание и прижигание. Пер. с китайск. – М., 1959. – С. 60-63

7 Теплов Н.В., Теплова Н.Н. Возможность применение ингибитора АПФ фозиноприла в кардиологии – www. rmj. ru – Независимое издание для практикующих врачей

8 Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т. Применение моно- и комбинированной терапии в кардиологической практике // Трудный пациент. – 2007. – №1

ТҰЖЫРЫМ

А.М. ИМАНҒАЛИЕВА

«АПИ+» медициналық орталығы, Алматы қ.

АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕГІ СҮЛІКПЕН ЕМДЕУДІҢ ӘСЕР ЕТУ МЕХАНИЗМІ (әдебиеттер шолуы)

Қазіргі кезде артериалдық гипертензияны емеу өзекті болып табылады. Дәрі-дәрмекпен емдеу науқастың күйін өте жақсы қолдайды, бірақ аурудың дамуын тоқтата алмайды. Сондықтан жыл өткен сайын сүлікпен емдеуге ықылас артып келеді. Сүліктің сілекейінің ағзаға емдік әсері артериалдық гипертензияға шалдыққан науқастардың күйінің жақсаруына бастайды. Артериалдық гипертензияны сүлікпен иАПФ фозиноприлмен кешенді емдеу кезінде емдеудің тұрақты әсері байқалады, сондай-ақ қатерлі асқынулардың (инфаркт, инсульт және т.т.) дамуының алдын алады, дәрі-дәрмекпен емдеудің қалаусыз жанама әсерлерін жояды.

Негізгі сөздер: *артериалдық гипертензия, сүлікпен емдеу (гирудотерапия), фозиноприл, рефлексотерапия, гирудин.*

SUMMARY

A.M. IMANGALIYEVA

API + Medical Center, Almaty c.

THE MECHANISM OF HIRUDOTHERAPY INFLUENCE IN THE COMPLEX TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION (literature review)

The treatment of arterial hypertension is of current interest nowadays. Drug therapy is a very good support for the patient's condition, but it does not stop the progression of the disease. Therefore, the interest in hirudotherapy is increasing every year. The therapeutic effect of leech saliva on the body leads to the improvement of patients' condition with arterial hypertension. In the complex therapy of arterial hypertension using hirudotherapy with the ACE inhibitor- fosinopril there is a stable effect of the treatment, as well it prevents the development of severe complications (heart attack, stroke, etc.) and removes side effects of the drug therapy.

Key words: *arterial hypertension, hirudotherapy, fosinopril, reflexotherapy, hirudin.*

УДК 616.12-008.331.1-085

Г.М. СЕЙТЖАНОВА

Областной кардиологический центр, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область

НИТРЕНДИПИН – УЛУЧШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Артериальная гипертензия, лечение и профилактика осложнений АГ антигипертензивными препаратами должны сопровождаться органопротективным действием. Особое значение в связи с проблемой старения населения приобретают нарушения когнитивных функций у пожилых пациентов, имеющих длительный анамнез АГ, соответственно с этим актуальны препараты, оказывающие помимо антигипертензивного эффекта положительное действие на когнитивные функции.

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, блокатор кальциевых каналов, нитрендипин, когнитивные функции, деменция, инсульт.*

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в Казахстане и за рубежом, является важнейшим фактором, ухудшающим прогноз жизни. По данным эпидемиологических исследований, среди жителей планеты почти 900 млн. страдают АГ и более 3 млн. ежегодно умирают от ее осложнений.

К антигипертензивным препаратам, применяемым для лечения АГ, предъявляются особые требования: они должны обладать не только пролонгированным эффектом в течение суток, способствуя улучшению суточного профиля АГ и регрессу поражений органов-мишеней, но и оказывать метаболически положительный или нейтральный эффект.

В настоящее время для длительного лечения АГ используются следующие классы антигипертензивных препаратов:

1. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики.
2. β- адреноблокаторы.
3. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ).
4. Антагонисты кальция.
5. Блокаторы АТ1-рецепторов.

Все эти классы антигипертензивных препаратов обладают примерно одинаковой антигипертензивной эффективностью и в одинаковой мере вызывают обратное развитие гипертрофии ЛЖ у больных с артериальной гипертензией. Однако не все классы антигипертензивных препаратов способны одинаково предотвращать развитие сердечно-сосудистых осложнений в общей популяции больных с АГ.

В многочисленных исследованиях доказана эффективность антагонистов кальция в улучшении прогноза больных с АГ:

1. Антигипертензивное и церебропротективное действие антагонистов кальция не зависит от плазменной активности ренина. По этой причине дигидропиридиновые антагонисты кальция в равной степени могут использоваться независимо от возраста и пола больных с АГ. Антигипертензивный эффект не снижается у курильщиков и людей с избыточной массой тела.

2. Антагонисты кальция метаболически нейтральны, т.е. не вызывают неблагоприятные метаболические эффекты.

3. У антагонистов кальция, в отличие от других антигипертензивных препаратов, не происходит снижения антигипертензивного эффекта при совместном применении с нестероидными противовоспалительными препаратами (аспирин и другие). НПВС часто применяются пациентами, страдающими АГ, особенно пожилого возраста.

4. Антагонисты кальция оказывают благоприятное влияние на атеросклеротическое поражение интракраниальных мозговых артерий, стеноз которых является одним из факторов риска развития ишемического инсульта.

5. Антагонисты кальция, проникая через гемоэнцефалический барьер, уменьшают метаболизм моноаминовых

медиаторов, дефицит которых имеет место при дегенеративных деменциях. Это качество используется для профилактики когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста.

6. Антагонисты кальция способны ослаблять рефлекторный спазм внутримозговых артерий при субарахноидальном кровоизлиянии, уменьшая степень повреждения головного мозга.

7. Антагонисты кальция обладают антиангинальным или антиишемическим действием и потому могут использоваться при лечении АГ в сочетании с ИБС.

АК дигидропиридинового ряда широко применяются при лечении АГ благодаря наиболее выраженному вазодилатирующему эффекту и минимальному влиянию на проводящую систему сердца и функцию синусового узла. Отсутствие отрицательного влияния на углеводный, липидный и пуриновый обмены послужило причиной его выбора для лечения АГ при МС.

Успех достижения целевого АД во многом зависит от приверженности пациента к лечению. В этой ситуации правильный выбор препарата или комбинации препаратов, а также безопасность и переносимость лечения способствуют формированию стойкой приверженности к лечению.

Одним из новых представителей класса БКК является препарат нитрендипин, относящийся к группе дигидропиридиновых производных АК и имеющий серьезную доказательную базу. В рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом, многоцентровом исследовании Systolic Hypertension – Europe, Staessen JA, Fagard R, Thijs L et al. (Lancet, 1997; 350: 757-764) изучалось влияние антигипертензивной терапии нитрендипином на предупреждение сердечно-сосудистых осложнений у пациентов >60 лет с ИСАГ, также изменение качества жизни и частоты развития постинсультной деменции. Наблюдалось влияние на конечные точки: снижение сердечно-сосудистой смертности на 27%, развития инфаркта миокарда на 56%, инсультов на 42%, совокупный показатель всех смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых конечных точек снизился на 31%. Нитрендипин оказал выраженный церебропротективный эффект, снижая риск развития деменции на 55%.

Метаболическая нейтральность нитрендипина была подтверждена в исследовании SYST-EUR (Substudy), Tuomilehto J, Rastenyte D, Birkenhager WH et al. (N Engl J Med, 1999, 340: 677-684), где оценивалось влияние лечения нитрендипином на конечные точки у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа. Помимо выраженного антигипертензивного действия отмечалось снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 76%, инсультов на 73%, других сердечно-сосудистых событий на 63%.

Данные международных исследований подтверждают результаты исследования препарата нитрендипин на базе НИИ кардиологии и внутренних болезней г. Алматы. Проводилась оценка клинической эффективности и безопасности нитрендипина в лечении больных АГ высокого/очень высокого риска. Достижение целевых цифр АД (САД ≤140 мм рт.ст., ДАД ≤90 мм рт.ст.) было достигнуто у 98,2% пациентов, отмечалось снижение вариабельности среднесуточного САД по данным СМАД. При применении нитрендипин отмечался выраженный нефропротективный эффект: улучшение показателей клубочковой фильтрации на 13%, а улучшение церебральной гемодинамики и показателей когнитивной функции на 8% демонстрирует его нейропротективный эффект. Регресс гипертрофии ЛЖ на 8% отмечался по данным ЭхоКС, что говорит о выраженном органопротективном эффекте препарата.

Цель исследования – оценка клинической эффективности препарата нитрендипин у больных с артериальной гипертонией в старших возрастных группах.

Материал и методы

В исследование включено 30 пациентов с АГ, которые находились на стационарном и далее на амбулаторном лечении. Включались мужчины и женщины старше 60 лет с исходным уровнем систолического АД (САД) 145-179 мм рт.ст. и диастолического АД (ДАД) – 99-100 мм рт.ст. на фоне антигипертензивной терапии и без нее. В соответствии с критериями ESH/ESC все больные имели высокий или очень высокий риск ССО. Критерии исключения: симптоматическая АГ, инфаркт миокарда или инсульт, ХСН, некомпенсированный сахарный диабет, выраженные нарушения функции печени и почек, аортальный стеноз.

Всем включенным в исследование пациентам, кроме общего клинического исследования, измеряли АД, контроль липидов и углеводов до, во время и по окончание исследования, у пациентов с сопутствующим заболеванием ИБС – количество приступов стенокардии. Проводилась оценка анамнеза, факторов риска, сопутствующей терапии. Качество жизни определялось по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Пациенты принимали препарат нитрендипин в суточной дозе 5 или 10 мг однократно. Коррекция дозы нитрендипина проводилась при необходимости каждые 10 дней исследования. Терапию считали эффективной при достижении к концу наблюдения целевого давления (САД ≤140 мм рт.ст., ДАД ≤90 мм рт.ст.), при отсутствии побочных эффектов.

Результаты и обсуждение

Представленная группа пациентов не различались по возрасту, длительности артериальной гипертензии, наследственности, ИМТ и степени физической активности. Нужно отметить факт высокой степени риска сердечно-сосудистых осложнений в обеих группах. На фоне лечения через 8 недель наблюдались достоверное снижение уровня как САД, так и ДАД, уменьшение приступов стенокардии.

60% пациентов, достигших целевого уровня АД, принимали нитрендипин в средней суточной дозировке

Таблица 1 – **Динамика показателей у больных АГ на фоне антигипертензивной терапии**

Показатель	Величина показателя у больных с АГ	
	до лечения (n=30)	после лечения (n=28)
Число пациентов	30	28
Мужчины	18	17
Женщины	12	11
Возраст (средний)	66,2±6,2	65,7
Длительность АГ	10,2	10,2
САД ср., мм рт.ст.	170,2±4,2	128,1
ДАД ср., мм рт.ст.	115,1±2,3	88
ИМТ	28,2±0,6	25,5
Количество приступов стенокардии в день (среднее количество)	5-6	1-2
Общий холестерин, ммоль/л	5,2	4,9
Триглицериды, ммоль/л	2,3	1,75
Глюкоза плазмы, ммоль/л	5,6	5,2

5 мг/сут., 40% пациентов принимали препарат в суточной дозировке 10 мг в сутки. Помимо выраженного антигипертензивного эффекта он является метаболически нейтральным препаратом.

Оценка качества жизни – очень важный момент в лечении: повышение качества жизни мотивирует больных к приему препаратов, назначенных врачом, что в свою очередь является одним из факторов повышения приверженности к лечению.

Анализ данных ВАШ в начале исследования выявил достоверно более низкое качество жизни пациентов. Через 8 недель наблюдения качество жизни достоверно улучшилось. Улучшение самочувствия отметили 93% пациентов. Изъявили желание продолжить прием нитрендипина 100% больных.

Развитие побочных эффектов, таких как отечность голеней, головная боль и гиперемия лица, при приеме нитрендипина отмечалось у 2 пациентов, имело дозозависимый характер и не требовало отмены препарата. По итогам клинического анализа терапия препаратом нитрендипин показал хороший антигипертензивный эффект при применении в минимальных дозировках. Переносимость терапии оценивалась пациентами как отличная и хорошая в 93% случаев.

Выводы

1. Препарат из группы БКК дигидропиридинового ряда нитрендипин в суточной дозе 5-10 мг оказывает выраженное антигипертензивное действие, применение его эффективно и безопасно при терапии АГ согласно данным международной доказательной базы и собственного опыта применения.

2. Использование препарата нитрендипин помимо достижения стойкого целевого уровня АД оказывает выраженный церебропротективный эффект, обеспечивая снижение риска развития деменции на 55% (согласно данным исследования Systolic Hypertension – Europe).

3. Совокупность положительной динамики симптомов АГ при включении в терапию нитрендипина позволяет рекомендовать его как препарат выбора у пациентов с АГ и нарушением когнитивной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чазов Е.И., Чазова И.Е. Руководство по артериальной гипертонии. – М: Медиа Медика, 2005. – 734 с.

2 Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике. Под.ред. В.С. Моисеева, Р.С. Карпова – М., 2004. – С. 107-148, 196-215

3 Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) Москва, 2007 г.

4 Белоусов Ю.Б.: Лечение артериальной гипертонии: антагонисты кальция // Кардиология. – 2000. – №1

ТҰЖЫРЫМ

Г.М. СЕЙІТЖАНОВА

Облыстық кардиологиялық орталық,

Шымкент қ., ОҚО

НИТРЕНДИПИН – АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТОНИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ КОГНИТИВТІК БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЖАҚСАРТУ

Көкейтесті проблема – артериалдық гипертензия, АГ емделуі мен антигипертензиялық препараттармен асқынуларының алдын алу органопротективтік әсермен қатар жүруі тиіс. Халықтың қартаюы мәселесіне байланысты АГ ұзақ анамнезі бар қарт науқастардағы когнитивтік функциялардың бұзылуы айрықша маңызға ие болуда. Кальций арналарын нитрендипинмен бұғаттауышты қолдану айқын антигипертензивтік әсерінен бөлек когнитивтік функцияларды жақсартатындығымен, нефро- және кардиопротективтік әсері метаболалық бейтараптылығымен ұштасатындығымен де өзекті, бұл оны 2 типті ҚД-мен, ЖИА-мен, постинсульттік деменцияның алдын алумен ұштасқан АГ кезінде қолдануға мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты – егде жас топтарындағы АГ-мен науқастарда нитрендипин препаратының клиникалық тиімділігін бағалау.

Материал мен әдістер: Зерттеуге стационарлық және одан әрі қарай амбулаториялық емдеуде жүрген АГ-мен 30 науқас енгізілген. Антигипертензивтік емдеу аясында және онсыз систолалық АҚ (САҚ) бастапқы деңгейі сынап бағ. 145-179 мм және диастолалық АҚ (ДАҚ) бастапқы деңгейі сынап бағ. 99-100 мм 60 жастан асқан ерлер мен әйелдер енгізілген. Науқастар нитрендипин препаратын тәуліктік дозасы 5 немесе 10 гр бір мәртеден қабылдаған. Емдеу бақылаудың соңына қарай АҚ нысаналы деңгейіне (САҚ ≤ сынап бағ.140 мм, ДАҚ ≤сынап бағ. 90 мм) қол жеткізгенде тиімді болып есептелген. Науқастардың 60% нитрендипинді орташа тәуліктік дозасы тәулігіне 5 мг, 40% – тәулігіне 10 мг қабылдаған, 8 аптадан кейін АҚ нысаналы мақсатына жеткені, стенокардия ұстамаларының азайғаны байқалады.

Негізгі сөздер: *артериалдық гипертензия, кальций арналарын бұғаттауыш, нитрендипин, когнитивтік функциялар, деменция, инсульт.*

SUMMARY

G.M. SEYTZHANOVA

Regional Heart Center, Shymkent c.,

South Kazakhstan Region

NITRENDIPINE – THE IMPROVEMENT OF COGNITIVE DISORDERS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

The topical issue – arterial hypertension, the treatment and prevention of complications of arterial hypertension with antihypertensive drugs should be accompanied by the organoprotective action. The impaired cognitive functions of elderly patients with a long history of arterial hypertension are of particular importance in relation to the problem of population aging. It remains pertinent to use nitrendipine – a calcium channel blocker, which in addition to the pronounced antihypertensive effect improves the cognitive functions, its nephro- and cardioprotective effects are combined with the metabolic neutrality, allowing its use in arterial hypertension with concomitant type 2 diabetes and coronary heart disease and in the prevention of post-stroke dementia.

The aim of the study was to assess the clinical efficacy of nitrendipine in patients with arterial hypertension in older age groups.

Material and methods: The study included 30 patients with arterial hypertension who were in hospital and then received outpatient treatment. Men and women over 60 years with a baseline systolic blood pressure (SBP) – 145-179 mmHg and diastolic blood pressure (DBP) – 99-100 mm Hg under an antihypertensive therapy and without it were included. The patients took nitrendipine at a daily dose of 5 or 10 mg, once. The therapy was considered effective if the target blood pressure was reached at the end of the observation (SBP ≤ 140 mm Hg, DBP ≤ 90 mm Hg). 60% of patients were taking nitrendipine at an average daily dose of 5 mg / day, 40% – 10 mg /day; after 8 weeks, the achievement of the target level of arterial hypertension and the reduction of angina attacks were observed.

Key words: *arterial hypertension, a calcium channel blocker, nitrendipine, cognitive functions, dementia, stroke.*

УДК 61+57:001-179

А. ЕШМАНОВА, А. БЕЛТЕНОВА, А. МАНШАРИПОВА, Г. САТЫБАЛДИНА, А. МУСАЕВ
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Медицинский центр «Темкен», г. Алматы, Республика Казахстан

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ МЕТРОПОЛИТЕНА Г. АЛМАТЫ

Статья посвящена результатам скрининговых обследований работников метрополитена г. Алматы для раннего выявления риска сердечно-сосудистых нарушений с применением новых подходов и технологий.

Ключевые слова: *метрополитен, кардиологический скрининг, ДКЭКГ, индекс «Миокард».*

Существующая в нашей стране система медицинского контроля в автопредприятиях имеет много проблем (предрейсовые медицинские осмотры водителей зачастую ограничиваются выявлением признаков употребления алкоголя, наркотиков, признаков острых заболеваний, и в случае необходимости – измерением только артериального давления). Ежегодный профилактический осмотр в условиях поликлиники не всегда является практическим решением задач медицинского обеспечения «профессионального долголетия» водителей и профилактики заболеваний. Необходимы научно обоснованные мероприятия по оптимизации медицинской службы, основанные на принципах доказательной медицины и внедрения новых научных достижений и инновационных технологий.

Предлагаемые современные технологии отличаются методической простотой и высокой информативностью. Главное их преимущество заключается в том, что они позволяют за короткое время автоматически обработать информацию для оперативного (перед сменой) контроля состояния здоровья, а при динамическом обследовании позволяют прогнозировать вероятное ухудшение состояния здоровья водителя, опасное как для него самого, так и для тех, кого он обслуживает. Исследование в данном направлении и в условиях производственной среды автопредприятия в Казахстане будет проводиться впервые.

Несомненно, внедрение мировых научных достижений, инновационных технологий в практическую медицину позволит существенно улучшить качество оказываемых услуг. Следует отметить, что в своем Послании народу Казахстана «Построим будущее вместе» Президент Н.А. Назарбаев подчеркнул, что «…при грамотно организованной профилактической работе болезни можно предотвращать на ранней стадии, поэтому в Казахстане необходимо внедрить комплекс национальных программ наблюдения за состоянием здоровья…», а также «…одним из направлений государственной политики на новом этапе развития страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения».

Цель работы – изучить информативность и эффективность применения новой скрининговой методики в при проведении массового скринингового донозологического медицинского осмотра работников метрополитена г. Алматы разных возрастных групп для раннего выявления риска сердечно-сосудистых нарушений.

Материал и методы

Скрининговые исследования проводились среди работников разных профессиональных групп метрополитена. Обследовано 492 взрослых работника, из них 333 женщины и 159 мужчин. Средний возраст обследованных составил 35,82±0,57 года (от 20 до 66 лет), из них средний возраст женщин 41,35±0,88 года, мужчин – 35,82±0,57 года.

Исследования проводились утром с регистрацией комплекса кардиореспираторных параметров в покое и с выполнением функциональных проб с физической нагрузкой (20 приседаний). Проведены стандартные поликлинические медицинские осмотры каждого участника для оценки информативности новых технологий в сравнительном аспекте.

Для проведения скрининговых исследований использовали прибор «KARDi-2» и пакет прикладных программ «КардиоВизор-06сИ» (фирма «МКС», г. Зеленоград), «Кардивар» (фирма «Рамена», г. Москва).

Состояние сердечно-сосудистой системы оценивали при помощи новой шестиканальной электрокардиографии (ЭКГ) с регистрацией в 12-ти общепринятых отведениях и данных прибора «Система скрининга сердца «Кардиовизор 12С» с пакетом прикладных программ «KARDi-2», в основу работы которого положен метод дисперсионного картирования ЭКГ (ДК ЭКГ). Метод ДК ЭКГ – это один из новых методов, который используется для скрининга в кардиологии для раннего выявления нарушений электрофизиологических свойств миокарда по данным микроальтернации кардиоцикла, которые не выявляются на обычной ЭКГ. Метод основан на формировании информационно-топологической модели малых колебаний ЭКГ – электрических микроальтернаций ЭКГ-сигнала. Основу микроальтернации ЭКГ-сигнала составляют нарушения ионно-транспортной функции, структуры клеточных мембран и митохондриального энергообразования, нарушения микроциркуляции и ряд других факторов. Отклонения самых различных электрофизиологических характеристик при разнообразных патологических процессах ведет к изменению амплитуды микроальтернации. Характер и степень изменения микроальтернации являются новой диагностической областью признаков, отражающих «запас» электрофизиологических компенсаторных ресурсов миокарда [1, 2, 3, 4]. Этот новый метод используется в клинической кардиологии для выявления адаптационных реакций и ранних нарушений электрофизиологических свойств миокарда, т.е. в качестве эффективных диагностических маркеров приближающейся структурной перестройки. Численное выражение дисперсионного анализа низкоамплитудных колебаний временных интервалов комплекса PQRST отражается в интегральном показателе «Миокард», который при значении менее 15% говорит о норме, при разбросе значений 15-27% – о вероятностной патологии сердца и необходимости комплексного дифференциально-диагностического обследования, при значении более 27% – о патологических нарушениях в сердце и необходимости специального углубленного обследования. Для усиления диагностических возможностей методики применялся тест с физнагрузкой (20 приседаний) с оценкой восстановления через 5 минут.

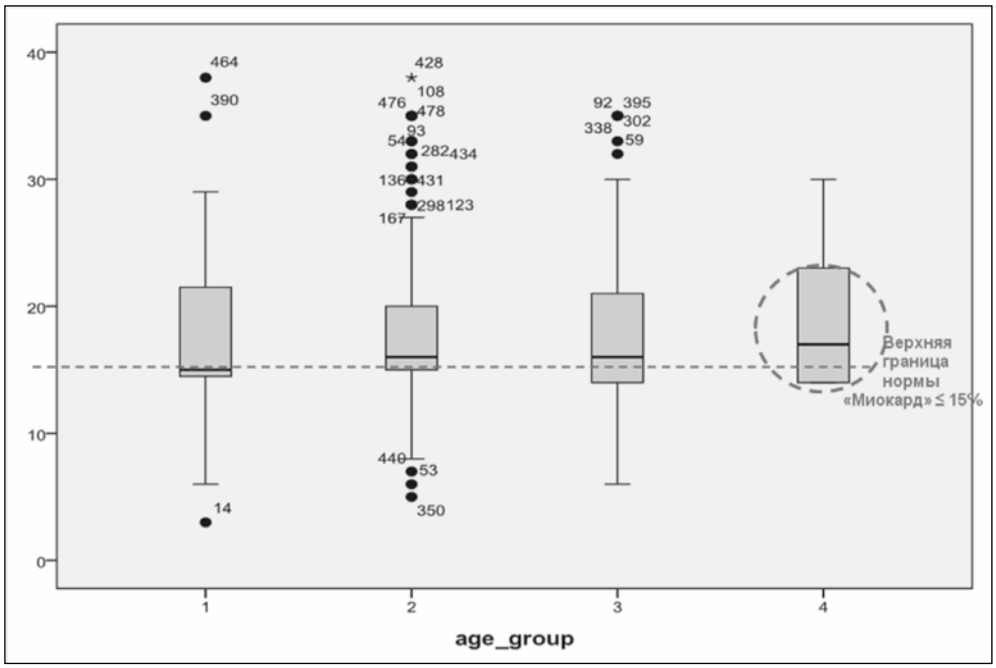


Рисунок 1 – Показатели «миокард» после проведения теста с физнагрузкой в разных возрастных группах

В качестве дополнительной компоненты скрининга осуществлялась оценка состояния вегетативной нервной системы по общепринятой методике анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) в соответствии с «Международными стандартами» (Heart rate variability. Standards of Measurement. Physiological interpretation and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology) и рекомендациями группы российских экспертов. Были использованы распространенные показатели ВСР, характеризующие вегетативный баланс по обеспечению деятельности сердечно-сосудистой системы и функциональное состояние вегетативных центров. По этим показателям определялись параметры, характеризующие функциональное состояние организма и риск развития патологии. Они основаны на математической модели функциональных состояний, с помощью которой строится фазовое пространство функциональных состояний с координатами степени напряжения регуляторных систем и функциональные резервы. По их значениям с учетом типа вегетативной регуляции вычисляется вероятность следующих функциональных состояний: физиологическая норма, донозологическое, преморбидное и патологическое состояние. Научно доказано, что нарушения в состоянии регуляторных систем организма предшествуют появлению метаболических, энергетических и гемодинамических нарушений, т.е. являются наиболее ранними прогностическими признаками срыва процессов адаптации (Р. Баевский, А. Malliani, 2002) [1, 4].

Для оценки резервных возможностей организма дополнительно проводились следующие функциональные тесты:

Тест с физической нагрузкой (20 приседаний за 30 секунд) использовали для оценки способности к восстановлению после физической нагрузки. Предварительно регистрировали исходные ЧСС и АД по методу Короткова на правой руке. После окончания приседаний обследуемый переходил в положение «сидя» (период восстановления), и одновременно продолжалась регистрация ЭКГ с помощью прибора «KARDi-2» в течение 7 минут для оценки «цены адаптации» по данным анализа ВСР в периоде восстановления и измерялись ЧСС и АД (на 1-й, 3-й, 5-й минутах). Эти данные сравнивались с исходными значениями, измеренными в начале исследования, и оценивались по величине разности. Возбудимость центров симпатической иннервации определяли по степени учащения пульса, а полноценность вегетативной регуляции по времени стабилизации пульса в ответ на смену положения тела. Критерием ортостатической гипотензии считали снижение систолического АД менее чем на 20 мм рт.ст. и учащения сердечных сокращении не менее чем на 20 уд/мин., согласно рекомендациям Объединенного комитета Американского Автономного Общества и Американской Академии Неврологии.

Статистическую обработку данных осуществляли в программе «SPSS».

Результаты и обсуждение

Обследованные были сгруппированы по следующим возрастным группам в соответствии с возрастной классификацией ВОЗ: 1-я группа – возраст меньше 24 лет (9,8±1,34%), 2-я группа – 25-44 лет (60±2,21%), 3-я группа – 45-59 лет (28,4±2,03%), 4-я группа – 60 лет и старше (1,8±0,6%).

Результаты исследований показали, что изменения средних значений ЧСС, систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД) в группах обследованных были в пределах нормальных значений, однако следует отметить наличие индивидуальных колебаний в 3-й и 4-й возрастных группах.

Анализ основных показателей ВСР в целом отражает тенденции смещения вегетативного баланса в сторону активности симпатического звена регуляции в 3-й и 4-й возрастных группах (рост SI и снижение pNN50, RMSSD $p<0,05$) по сравнению с 1-й возрастной группой. Изменение TP, отражающее суммарный эффект воздействия на сердечный ритм всех уровней регуляции, а также изменение SI не сопровождается изменениями отдельных спектральных компонентов, что интерпретируется как несущественные изменения вегетативного баланса.

При анализе данных в зависимости от пола получены статистически значимые ($p<0,05$) корреляции показателя «Миокард» с «ВРС» у женщин – 0,22, в то время как у мужчин таких изменений не отмечено.

Выявлено, что с возрастом наблюдается увеличение значения «Миокард». Выявлено, что при после проведения теста с физической нагрузкой в старшей возрастной группе практически здоровых работников наблюдается замедленное возвращение к исходной позиции значения «Миокард» по сравнению с другими возрастными группами (рис. 1).

Это в свою очередь подтверждает, что в старшей возрастной группе требуется активная мобилизация

регуляторных систем для обеспечения адаптации к изменениям нагрузки на кровообращение и поддержки сердечно-сосудистого гомеостаза. Это в свою очередь, указывает на то, что работники старших возрастных групп требуют частых динамических медицинских осмотров для контроля состояния сердечно-сосудистой системы и раннего выявления сердечно-сосудистых нарушений, которые зачастую не отражаются на обычной ЭКГ.

Выводы

Результаты проведенных исследований следует рассмотреть с научной и практической точек зрения. Научный аспект тесно связан с практическим, поскольку новые научные данные дают возможность по-новому увидеть проблему и предложить новые пути для ее решения. Результаты, полученные в данном исследовании, могут быть кратко сформулированы следующим образом:

1. Вышеприведенные изменения отражают снижение с возрастом компенсаторных реакций и ранних нарушений электрофизиологических свойств миокарда, т.е. приближающуюся структурную перестройку в 4-й возрастной группе, которые не проявляются на обычной электрокардиограмме, но несут в себе риск развития заболеваний сердца.

2. Практический аспект проведенных исследований заключается в том, что получены новые данные об успешном применении для скрининговых исследований при массовых обследованиях – ДК ЭКГ и Вариабельности сердечного ритма. Технология отличается методической простотой выполнения, высокой информативностью и пропускной способностью при массовых обследованиях, а также проведением динамических обследований для мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Использование прибора «КардиоВизор-06С» для скрининговых обследований. Руководство для врачей. – М., 2004. – 238 с.

2 Иванов Г.Г., Сула А.С. Метод дисперсионного картирования ЭКГ в клинической практике. – Москва, 2008

3 Баевский Р.М., Берсенева А.П. Взаимосвязь показателей вариабельности сердечного ритма с показателями дисперсионного картирования ЭКГ при различных функциональных состояниях организма //Материалы IX Конгресса Российского общества Холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии. – Суздаль, 2008. – С. 31

4 Сула А.С., Рябыкина Г.В., Гришин В.Г. ЭКГ – анализатор КардиоВизор-06С: новые возможности выявления ишемии миокарда при скрининговых обследованиях и перспективы использования в функциональной диагностике // Функциональная диагностика. – 2003. – №2. – С. 93-100

5 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

ТҰЖЫРЫМ

А. ЕШМАНОВА, А. БЕЛТЕНОВА,
А. МАНШАРИПОВА, Г. САТЫБАЛДИНА,
А. МУСАЕВ
С.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Медициналық орталық «Темкен», Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАЛЫҚ МЕТРОПОЛИТЕННІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІНЕ ЖАҢА КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ СКРИНИНГТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ

Жұмыстың мақсаты: Алматы қаласының әр түрлі жастағы метрополитен жұмысшыларының жалпы скринингтық пренозологиялық медициналық зерттеу кезіндегі жаңа скринингтық әдістемелерді қолдану тиімділігін және ақпараттылығын зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Алматы қаласының 492 метрополитен жұмысшыларының жалпы денсаулық жағдайы мен миокардтың электрофизиологиялық жағдайын тыныштықты және функционалдық тестілерді жасау кезінде жүрек ырғағының өзгергіштігін зерттеу арқылы және ЭКГ дисперсиялық картирлеу нәтижелерін саралауға бағытталған

Зерттеу нәтижелері: «Миокард» мәнінің жас ұлғайған сайын жоғарылайтынын көрсетті, және физикалық күштеме сынамасынан кейін басқа топтарға қарағанда жасы жоғары топтарда «Миокард» мәнінің бастапқы деңгейге қайтып оралуы баяулағанын көрсетті.

Бұл өзгерістер жасы жоғары жұмысшылар жиі медициналық бақылауда болуын талап ететінін көрсетеді, бұл жүрек-тамыр жүйесі жағдайын бақылау үшін және аурулардың ерте алдын алу үшін бағытталған.

Қорытынды: Жаңа әдістерді қолдану нәтижесінде жасы жоғары жұмысшыларда миокардтың электрофизиологиялық касиеттерінің бұзылу белгілері және компенсаторлық реакциялардың төмендеуін, яғни құрылымдық өзгерістер жайында мәлімет алуға болады. Бұл өзгерістер әдетте қолданылатын электрокардиограммада байқалмайды, бірақ жүрек ауруларының дамуына қауіптың болуын көрсетеді.

Негізгі сөздер: *метрополитен, кардиологиялық скрининг, ДКЭКГ, «Миокард» индексі.*

SUMMARY

A. YESHMANOVA, A. BELTENOVA,
A. MANSHARIPOVA, G. SATYBALDINA,
A. MUSAEV
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov
Medical Centre “Temken”, Almaty c.

INTRODUCTION OF NEW TECHNOLOGIES IN CARDIOLOGY SCREENING HEALTH INSPECTION ALMATY SUBWAY

The aim is to study the informativeness and efficiency of the new screening techniques during mass screening medical examination prenosological Almaty metro workers of different age groups for early detection of the risk of cardiovascular disorders.

Materials and Methods. Evaluation of regulatory systems of the cardiovascular system and electrophysiological properties of the myocardium was performed according to the heart rate variability and dispersion mapping ECG at rest and when performing functional tests in apparently healthy 492 underground workers Almaty.

The results showed that with age there is an increase in value “Myocardium”, and after the exercise test in the older age group of healthy workers observed a delayed return to the starting position value “Myocardium” compared with other age groups.

This indicates that workers in older age groups require frequent medical examinations for dynamic control of the cardiovascular system and the early detection of cardiovascular disorders, which often can not be detected by conventional ECG.

Conclusions. Using new techniques revealed that a group of elderly persons decrease compensatory reactions and symptoms of early disorders electrophysiological properties of the myocardium , ie approaching restructuring that do not appear on a normal electrocardiogram , but carry the risk of heart disease.

Key words: *underground, cardiological screening, DKEKG, index “Myocardium”.*

УДК 616.13-004.6:615.22

Г.М. ИМАНТАЕВА
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «ОДИССЕЯ»: ФОКУС НА ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

В статье обсуждаются результаты клинико-эпидемиологического исследования «ОДИССЕЯ» у пациентов высокого риска, направленное на определение и коррекцию причин низкой приверженности пациентов к гиполипидемической терапии.

Ключевые слова: *атеросклероз, гиполипидемическая терапия, статины: Аторвастерол и Симвастерол.*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) среди всех основных классов болезней в большинстве стран мира стоят на 1-м месте. При этом ведущее место среди ССЗ по заболеваемости и смертности занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая зачастую протекает на фоне артериальной гипертонии (АГ) и сахарного диабета (СД) [1, 2, 3].

Известно, что морфологической основой ИБС является атеросклероз и при проведении ряда крупных многоцентровых исследований убедительно доказана эффективность гиполипидемической терапии в первичной и вторичной профилактике этого заболевания. Появление в клинической практике препаратов – ингибиторов 3-гидрокси-3-метил-глутарил коэнзим А-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы), наиболее часто употребляемое название «статины», стало выдающимся событием в кардиологии конца XX столетия, оно позволило совершить прорыв в эффективном воздействии на уровень липопротеидов плазмы крови – главный модифицируемый фактор риска развития атеросклероза. Было доказано, что статины эффективно снижают содержание атерогенных фракций (холестерин липопротеидов низкой плотности – ХСЛПНП) и повышают содержание антиатерогенных фракций (холестерин липопротеидов высокой плотности – ХСЛПВП).

При применении статинов их нелипидные (плейотропные) эффекты имеют чрезвычайно важное значение. Согласно современным представлениям, стабилизация процессов, происходящих в легкоранимых атеросклеротических бляшках, эндотелии коронарных сосудов, может предупредить и устранить развитие острых коронарных событий при ИБС. Поэтому, в настоящее время большинство исследователей рекомендуют (при отсутствии противопоказаний) применение статинов у всех пациентов с атеросклерозом. Лечение таких больных следует начинать как можно раньше, например, сразу после верификации диагноза ИБС.

Среди статинов следует отметить оригинальные препараты ловастатина, правастатина, флувастатина, симвастатина, аторвастатина, розувастатина. Однако, в настоящее время на фармацевтическом рынке активно внедряются статины-генерики, которые, будучи эквивалентными оригинальным препаратам, имеют гораздо более низкую стоимость, что открывает возможность их широкого применения у больных, которым оригинальные препараты недоступны [1, 2, 3, 4].

В многоцентровых международных исследованиях доказано, что прогноз пациентов с дислипидемиями улучшается только при достижении и удержании целевых уровней показателей холестерина (ХС). Однако, не всегда пациенты, получающие гиполипидемическое лечение, достигают этих целевых значений (у лиц высокого риска целевыми считают уровень общего ХС (ОХС) меньше 4,5 ммоль/л; ХСЛПНП меньше 2,5 ммоль/л) [5, 6, 7, 8].

Это может быть вызвано целым рядом причин, в т.ч. неудовлетворительной приверженностью пациентов к проводимой терапии, неадекватным титрованием доз, высокой стоимостью лечения и отсутствием достаточных знаний по контролю за лечением как у пациентов, так и врачей. В связи с чем было интересным изучить ситуацию по гиполипидемической терапии пациентов высокого риска у нас в Казахстане, дать характеристику лиц, страдающих дислипидемиями, выяснить степень приверженности пациентов к лечению.

При спонсорской поддержке фармацевтической фирмы “Santo Polpharma of Member Group» было проведено открытое проспективное наблюдательное клинико-эпидемиологическое исследование «ОДИССЕЯ».

Цель исследования – оценка соблюдения существующих рекомендаций по дислипидемической терапии больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы

В исследование было включено 396 пациентов с ИБС, артериальной гипертонией (АГ) из 9 областей Казахстана (Алматинская, Акмолинская, Южно-Казахстанская, Актюбинская, Костанайская, Северо-Казахстанская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Павлодарская). Лица, включенные в исследование, были представлены мужчинами (234 чел.) и женщинами (162 чел.) в возрасте от 40 до 80 лет.

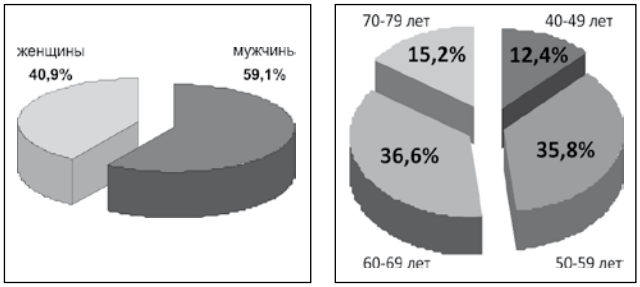


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу и возрасту

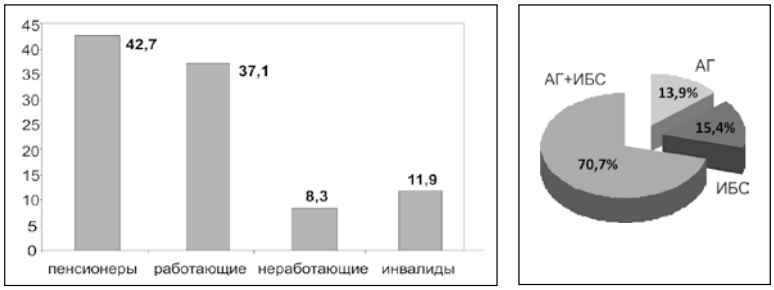


Рисунок 2 – Распределение пациентов по социальному статусу и имеющимся диагнозам

По социальному статусу пациенты были распределены следующим образом: работающие – 37,1%; неработающие – 8,3%; пенсионеры – 42,7%; инвалиды – 11,9%. Исследуемые пациенты в 15,4% наблюдались по поводу ИБС; в 13,9% – артериальной гипертонии (АГ); у 70,7% наблюдалось сочетание – ИБС + АГ.

Результаты и обсуждение

Обследованные пациенты имели следующие факторы риска (ФР): дислипидемии – 100,0%, сахарный диабет – 16,7%; избыточная масса тела – 80,9% (индекс Кетле 25,0 – 29,9 – 46,1%; индекс Кетле 30,0 и выше – 34,8%); наследственная отягощенность (по ИБС, АГ) – 53,8%. При этом 76,3% респондентов имели от 3 до 5 факторов риска.

Наблюдаемые лица в 33,6% случаев отмечали, что перенесли инфаркт миокарда; 16,9% – интервенционные и хирургические вмешательства (коронароангиография, стентирование, аорто-коронарное шунтирование); 1,0% – острое нарушение мозгового кровообращения.

При первичном осмотре был сделан опрос пациентов: знают ли они свой уровень холестерина, принимают ли регулярное лечение, если нет – то почему.

Было выявлено, что 65,2% респондентов ранее по назначению врача принимали статины. Из них только 41,2% – регулярно; 51,0% – нерегулярно; 7,8% – затруднились ответить.

Причиной прекращения лечения в 25,3% явилась высокая стоимость; 20,8% – не ощущали клинического эффекта; 22,3% – не связывали с объективными причинами, 17,7% – затруднились ответить.

У пациентов, взятых в исследование, исходно уровень ОХС крови составил 6,24±0,07 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,17±0,1 ммоль/л; триглицеридов (ТГ) – 2,02±0,05ммоль/л; ХСЛПВП – 1,16±0,03 ммоль/л.

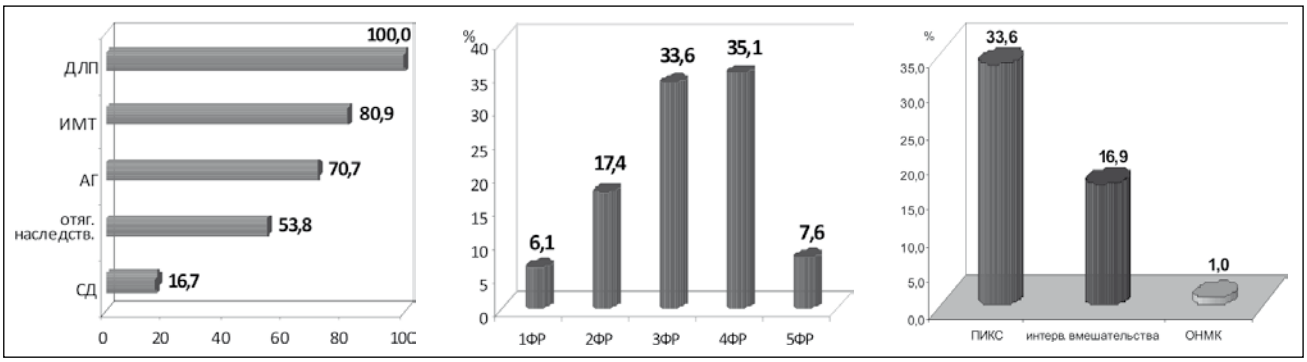


Рисунок 3 – Наличие у пациентов факторов риска и перенесенных состояний

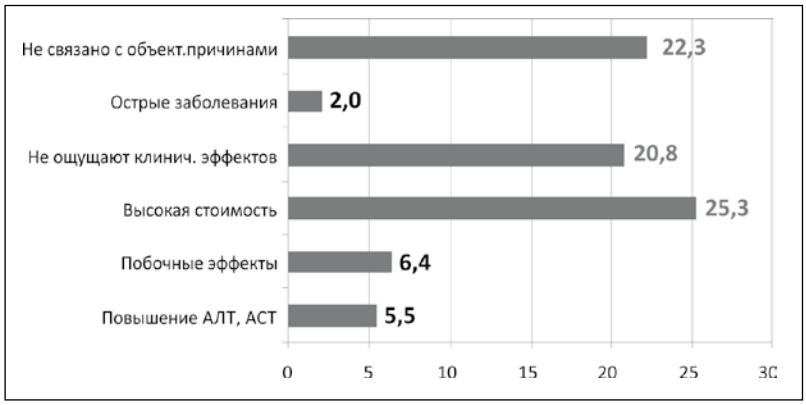


Рисунок 4 – Причины прекращения пациентами приема статинов

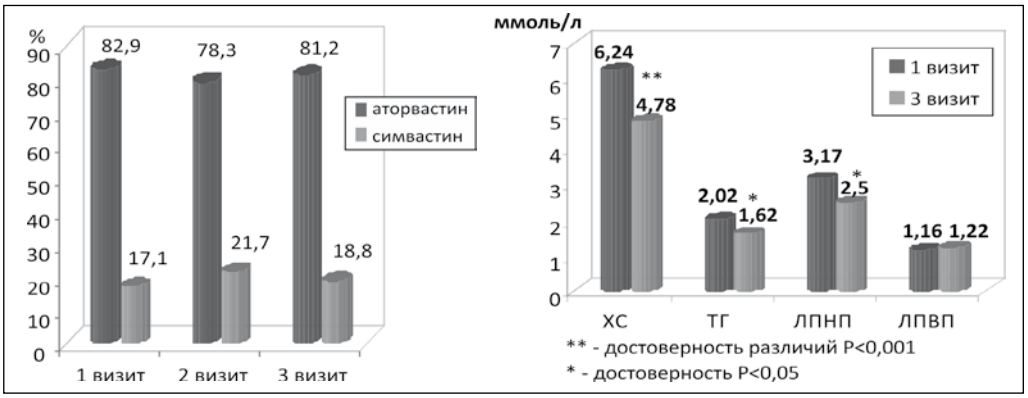


Рисунок 5 – Наименования назначенных пациентам статинов и динамика показателей липидного спектра в процессе лечения

В динамике, на фоне проводимой гиполипидемической терапии аторвастатином (Аторвастерол) и симвастатином (Симвастерол), через 6 месяцев (3-й визит) произошло снижение уровня липидов по сравнению с исходными данными: уровень ОХС достиг 4,78±0,05 ммоль/л, p≤0,001; ХСЛПНП – 2,50±0,07 ммоль/л, p≤0,05; ТГ-1,62±0,04 ммоль/л, p≤ 0,05; ХСЛПВП – 1,22±0,03 ммоль/л.

Следует обратить внимание на дозировки статинов, которые назначали врачи своим пациентам. Так, на 1 визите аторвастерол был назначен 82,9% пациентов (в дозе 40 мг – 15,8%; 20 мг – 62,3%; 10 мг – 21,9%). На 3-м визите аторвастерол получали 81,2% больных (в дозе 40 мг – 12,4%; 20 мг – 49,4%; 10 мг – 38,2%).

Симвастерол на 1-м визите был назначен у 17,1% больных: в дозе 40 мг – у 8,6%; 20 мг – у 73,7%; 10 мг – у 17,7%. На 3-м визите число лиц, получающих симвастерол, увеличилось до 18,8%. Дозировки препаратов были следующие: 40 мг – 0%; 20 мг – 61,6%; 10 мг – 38,4%.

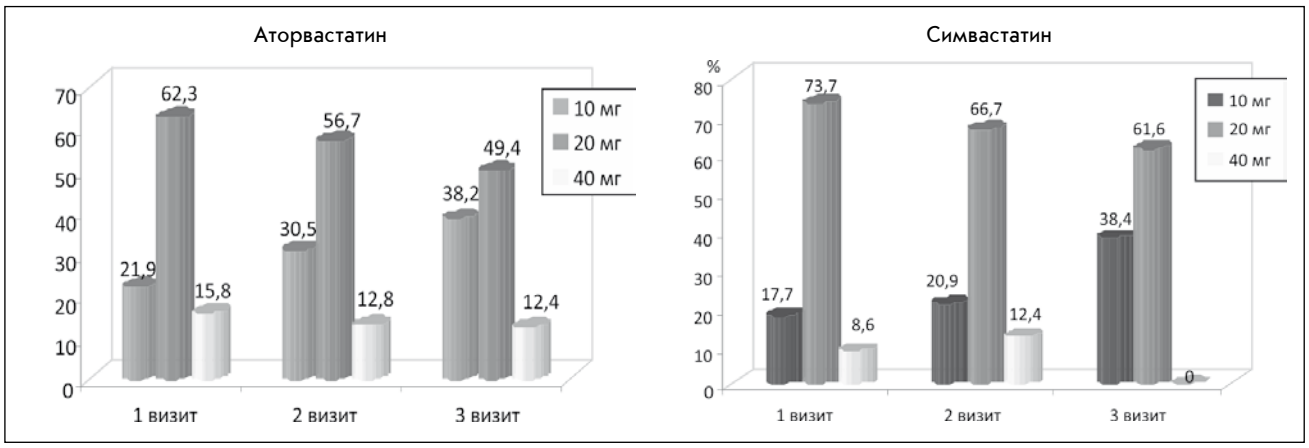


Рисунок 6 – Наименования и дозировки статинов, назначенных пациентам в разные сроки лечения

Выводы

В ходе анализа данных исследования были сделаны выводы по имеющейся клинической практике липидснижающей терапии:

1. Исследуемые пациенты (396 человек) представлены лицами высокого риска: имеющие ИБС в сочетании с АГ (70,7%), сахарный диабет (16,7%), ИМТ (80,9%), отягощенную наследственность (53,8%), перенесшие ИМ (33,6%), интервенционные и хирургические вмешательства (16,9%), от 3 до 5 факторов риска (76,3%).

2. До включения в исследование 65,2% респондентов по назначению врача принимали статины, из них только 41,2 % – регулярно, что является крайне недостаточным для кардиологических больных высокого риска.

3. Основными причинами низкой приверженности пациентов к гиполипидемической терапии явились высокая стоимость препаратов (25,3%) и отсутствие ощущений клинического эффекта (20,8%), а 22,3% прекратили лечение, не имея на это объективных причин.

4. Назначение гиполипидемической терапии (Аторвастерол, Симвастерол) и динамическое наблюдение за кардиологическими пациентами высокого риска в течение 6-ти месяцев привело к повышению приверженности пациентов к лечению, улучшению показателей липидного спектра (достигнуты целевые уровни ТГ, ХС ЛПНП, высокодостоверно снизился уровень ОХС).

5. К 3-му визиту отмечается тенденция к снижению приема более высоких дозировок статинов (20, 40 мг) и увеличение низких дозировок (10 мг), что в определенной степени может объяснить, почему уровень ОХС не достиг целевого уровня, хотя и высокодостоверно снизился к этому сроку.

6. Необходимо учитывать, что эффект статинов дозозависимый и обратимый. В связи с чем должны применяться оптимальные дозировки препаратов с целью достижения и длительного удержания целевых уровней липидов, проводиться тщательный мониторинг общего состояния пациентов, терапия продолжаться неопределенно долго. Все это позволит положительно влиять на прогноз пациентов высокого риска, эффективно снижать смертность и инвалидизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1 Ишемическая болезнь сердца/К.Л. Козлов, В.Ю. Шанин. – Санкт-Петербург, 2002. – 351 с.

2 Практическая кардиология/ Ю.М. Поздняков, В.Б. Красницкий. – Москва. – 2007. – 775 с.

3 Стенокардия/ Ю.М.Поздняков, В.С. Волков. – Москва, 2008. – 336 с.

4 Клинические рекомендации. Кардиология / Под редакцией Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – 2007. – 640 с.

5 Secondary Prevention: AHA/ ACC Guidelines for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update (J.Am.Coll.Cardiol.2006; 47:2130-2139)

6 Heart Protection Study Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. Lancet 2002; 360:7-32RT.

7 Dzau VJ, Antman EM, Black HR, Hayes DL, Manson JE, Plutzky J, Popma JJ, StevensonW. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidens of improved patient outcomes: Part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease). Circulation 2006; 114:2850-2870. RV.

8 ESN-ESC Guidelines Committee 2007. Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension 2007; 25: 1105-1187

ТҰЖЫРЫМ

Г.М. ИМАНТАЕВА

Алматы мемлекеттік білім жетілдіру институты, Алматы қ.

«ОДИССЕЯ» КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ: ЖОҒАРЫ ТӘУЕКЕЛДЕГІ НАУҚАСТАРҒА АРНАЛҒАН ФОКУС

«Одиссея» клинико-эпидемиологиялық зерттеу» мақаласында жоғары қауіп тобы науқастары назарға алынған: ЖИА, АГ, дислипидемиясы бар жоғарғы қауіптағы науқастар 6 ай ішінде зерттелген және динамикалық бақыланған. Зерттеуге дейін науқастарда ем нәтижесі төмендігі анықталды, көп жағдайда препараттардың бағасының қымбаттылығымен түсіндіріледі және клиникалық әсерді сезінбеген. Науқастарға бағасы қолайлы және европалық сападағы статиндер: аторвастатин (аторвастерол), және симвастатин (симвастерол) таңдап алынды. Бұл жоғары қауіп тобындағы науқастарда холестерин төмендететін ем нәтижесін көрсетті, атерогенді липидтердің (тығыздығы төмен липопротеидтер, триглицеридтер) мақсатты мөлшеріне түсірді, қандағы жалпы холестерин мөлшерін төмендетті.

Негізгі сөздер: *атеросклероз, гиполипидемиялық емдеу, статиналар: Аторвастерол мен Симвастерол.*

SUMMARY

G.M. IMANTAEVA

Almaty State Institute of Advanced Medical Studies, Almaty c.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH «ODYSSEIA»: FOCUS ON PATIENTS OF HIGH RISK

In article «Clinico-epidemiological research «ODYSSEIA»: «focus on patients of high risk» are cited data on inspection and dynamic observation during 6 months for patients of high risk, who had Ischemic Heart Disease, Arterial Hypertension, dislipidemia. It is revealed, what to capture in research patients had low adherence to treatment, which in majority of cases explained high cost of preparations and that, what did not feel of clinical effect from their reception. To patients have been picked up statins, which on the price policy were accessible under rewiews and had the European quality: atorvastatin (Atorvasterol) and simvastatin (Simvasterol). It has allowed to raise adherence of patients of high risk to treatment, to reach target levels atherogenic fractions lipides (lipoproteins low density, triglicerids), highly authentically to lower level of general cholesterin of blood.

Key words: *atherosclerosis, lipid-lowering therapy, statins – Atorvasterol and Simvasterol.*

Список врачей, участвующих в проведении исследования «ОДИССЕЯ»

1. **Куршин Борис Ефимович** – кардиолог высшей категории, МЦ «Медикус», г. Кокшетау
2. **Токсанбаева Гульжамал Абдимоминовна** – кардиолог (2 категория), Городская поликлиника №5, г. Шымкент
3. **Нысанбаева Нурсауле Комекбаевна** – кардиолог (1 категория), Областной кардиологический центр, г. Шымкент
4. **Восканян С.В.** – кардиолог, Поликлиника №2, г. Усть-Каменогорск
5. **Копотилова Б.Д.** – кардиолог, Евромед п-ка, г. Усть-Каменогорск
6. **Маркабаева А.А.** – кардиолог, ПСТ №1, г. Семей
7. **Емекеева З.С.** – кардиолог, ПСТ №1, г. Семей
8. **Бадина Л.К.** – кардиолог, ч.каб. Бадиной Л.К., г. Караганда
9. **Полякова Е.О.** – кардиолог-терапевт, ч.кл. "Кристина", г. Караганда
10. **Салехова М.П.** – кардиолог, ч.кл. "Аланда", г. Караганда
11. **Ким И.В.** – кардиолог, ПМСП, г. Караганда
12. **Дмитрук Л.С.** – кардиолог, ПМСП, г. Караганда
13. **Горбунова Н. С.** – терапевт, Костанайская районная больница, г. Костанай
14. **Майер О. П. –** кардиолог/зав. терапевтическим отделением, Железнодорожная больница, г. Костанай
15. **Абикеева А. К.** – кардиолог, ТОО "Марьям", г. Костанай
16. **Сапрыкина Л. Н.** – кардиолог, Костанайская районная больница, г. Костанай
17. **Муфтулина С. В.** – внештатный кардиолог/зав. кардиологическим отделением, Городская больница, г. Костанай.

УДК 615.24:616.366-003.7-08

Л.К. ТАШЕНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Ю.П. ШУМКОВ, И.О. ГРИДИН, С.А. МУХАМБЕТЬЯРОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Учебно-клинический центр, г. Алматы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Представлены результаты клинического исследования эффективности урсодезоксихолевой кислоты («Урсодекс») у 70 больных желчнокаменной болезнью. Было установлено, что эффективность литической терапии зависела от количества камней и их размеров. Максимум эффективности литолитической терапии при холестериновых камнях отмечен в сроки свыше 9 мес.

Ключевые слова: *желчнокаменная болезнь, урсодезоксихолевая кислота, лечение.*

В развитых странах желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу распространенных заболеваний. Желчные камни (ЖК) выявляют у 10–15% населения. Из европейских стран наибольшая распространенность ЖКБ отмечена в Швейцарии: 18% – среди мужчин и 39,5% – среди женщин, а наименьшая – в Португалии: 3,1% и 7,8%, соответственно. Исключительно редко ЖКБ встречается у коренных жителей Таиланда и Сингапура. Наиболее высокая частота ЖК установлена у американских индейцев – более чем у 90% женского населения племени пима старше 60 лет имеются ЖК [1].

В США распространенность ЖКБ составляет 7,9% среди мужчин и 16,6% – среди женщин. Отмечено, что у жителей Европы и Северной Америки преобладают холестериновые камни, в то время как у жителей Азии и Африки – пигментные [2].

Растворить холестериновые камни можно с помощью перорального приема препаратов желчных кислот, представителем которой является урсодезоксихолевая кислота (УХДК). Было установлено, что УХДК оказывает литолитическое действие и лишена токсических эффектов, также уменьшает секрецию холестерина с желчью, в основном, вследствие подавления всасывания его в кишечнике [3]. Хотя УХДК обладает слабой поверхностной активностью, необходимой для растворения холестерина, последний, тем не менее, хорошо диспергируется в желчи в виде везикул, что предотвращает его кристаллизацию и способствует растворению образовавшихся кристаллов.

В доступной литературе найдено лишь несколько работ, посвященных применению УДХК при ЖКБ. Так, А.Ю. Иоффе и соавт. [4] после назначения УХДК в дозе 15 мг/кг массы тела в сутки в 2–3 приема в течение месяца наблюдали полное растворение конкрементов у пациентов. Во всех наблюдениях конкременты были мелкими – от мелкодисперсной взвеси до 7–8 мм в диаметре и мно-

жественными – от 2 до 5. Аналогичный эффект отмечали и другие авторы [5].

Пероральная литолитическая терапия представляет на сегодняшний день единственный действительно неинвазивный метод лечения больных ЖКБ. К преимуществам такой терапии относятся: отсутствие выраженных побочных эффектов, отсутствие летальности, возможность амбулаторного лечения [6].

Цель исследования – изучение эффективного применения УХДК при ЖКБ.

Материал и методы

В обследование были включены пациенты 70 больных ЖКБ, в том числе 18 мужчин и 52 женщины, у которых в условиях гастроэнтерологического отделения АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф – Учебно-клинический центр» г. Алматы были выявлены камни в желчном пузыре. Холелитиаз у обследованных больных был случайной находкой, больные не знали о его существовании. Отдельной жалобой у них была тяжесть в правом подреберье.

Средний возраст мужчин составлял 56,4±2,9 года, женщин – 48,7±3,4 года. У 20 человек масса тела составляла 60-70 кг, у 30 – 71-80 кг и у 20 – 81-90 кг. Избыточная масса тела зарегистрирована у половины больных (35 человек), среди них преобладали женщины. Большинство обследованных (65 чел.) употребляли рафинированную пищу.

Всем больным проводили оценку функционального состояния печени на основании изучения следующих биохимических показателей: уровня билирубина, общего белка и белковых фракций, активности АЛТ и АСТ, ГГТП, ЩФ. Биохимические исследования крови и УЗИ проводили через 1, 3, 6, 9, 12 мес.

При биохимическом исследовании отмечено некоторое повышение содержания общего билирубина (у 8 больных), остальные показатели были в пределах нормы.

У всех больных были холестериновые камни, которые имели, как правило, округлую или овальную форму и были идентифицированы на основании соответствующих критериев [7]. Количество конкрементов в желчном пузыре составляло от 2 до 5. У 30 больных микролиты имели размер до 5 мм, у 30 – до 6–8 мм и у 10 – 10 мм.

В исследовании применяли УХДК – Урсодекс («SANTO Member of Polpharma Group»), назначали из расчета 10 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения составлял от 1 мес до 1 года. Урсодекс в капсулах принимали, не разжевывая, перед сном, с достаточным количеством жидкости. Такая форма назначения препарата обеспечивала его равномерное высвобождение в течение суток. Больные были проинформированы о фармакологических свойствах Урсодекса, длительности лечения и ожидаемых результатах. Все обследованные находились на диете №5 по Певзнеру и регулярно принимали лечение.

Критерии включения больных: размер камней не должен превышать 15 мм; камни должны быть чисто холестериновыми, то есть не дающими тень на рентгенограмме (рентгенонегативными), а на УЗИ не дающими «акустическую дорожку»; желчный пузырь должен полностью сохранять свою функцию, а пузырный проток должен быть проходимым; желчный пузырь должен быть наполнен камнями меньше чем наполовину; желчный проток должен быть свободен от камней.

Больных предупреждали, что в период проведения литолитической терапии они не имели права принимать Клофибрат, эстрогены, холестерамин, антацидные средства, так как они содержат соединения, связывающие кислоты желчи. Важнейшим условием для успешного растворения камней мы считали регулярность приема Урсодекса.

При отборе больных также исходили из того, что наиболее благоприятные условия для пероральной литотрепсии складываются на ранних стадиях заболевания, при неосложненном течении ЖКБ, редких эпизодах желчной колики, умеренном болевом синдроме.

Математическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью статистического пакета программ «EXCEL» и «STATISTICA» 7.0 с последующим анализом полученных материалов, включающим параметрические и непараметрические методы одномерной и многомерной статистики.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения имелась четкая положительная динамика клинической картины заболевания, выражающаяся уменьшением интенсивности болевого синдрома с 88 до 29% пациентов и диспепсического синдрома с 39 до 16% уже на фоне 3-месячной терапии. Следует отметить, что интенсивность синдромов снизилась у пациентов, еще отмечавших наличие этих жалоб. Все пациенты хорошо переносили терапию. Побочных эффектов отмечено не было, но у 36% пациентов в первые 2 недели отмечался 5 тип стула по Бристольской шкале и его учащение до 2 раз в сутки. Консистенция и частота стула нормализовались самостоятельно к концу месяца терапии.

Содержание АЛТ и АСТ до начала лечения находилось в пределах нормальных значений, к концу 3 и 6 месяца отмечалась тенденция к уменьшению. Отмечено нарастание к 3 месяцу терапии содержания гамма-глутаминтранспептидазы, показатель которой нормализовался к концу 6 месяца терапии. В липидном спектре крови после 3-месячной терапии отмечалось к концу 3 месяца незначительное повышение ЛПНП и коэффициента атерогенности. К концу 6 месяца лечения эти показатели практически достигли первоначальных значений. Такая тенденция, по-видимому, может быть связана с ухудшением секреторной функции печени после 3-месячной терапии УХДК и улучшением к 6 месяцам приема.

Через 1 мес после лечения полное растворение камней отмечено у 10 больных с мелкими и единичными камнями, через 3 мес – у 26, через 6 мес – у 21, через 9 мес – у 4, через 12 мес – у 3. У 6 человек, которые имели камни размером до 10 мм, отмечено их уменьшение до 2–5 мм. У одной больной развился кальциноз конкрементов с акустической дорожкой по данным УЗИ. Лечение Урсодексом у нее было прекращено. У лиц с нерастворившимися камнями проведен дополнительный 2-месячный курс лечения, после которого конкременты полностью растворились.

В ходе проведенного лечения выявляли положительную динамику отдельных параметров при УЗИ: уменьшение толщины и плотности стенки, нормализация объема желчного пузыря.

В результате проведенных исследований установлено, что эффективность литической терапии зависит от количества камней и их размеров: одиночные и маленькие камни растворяются чаще и быстрее, чем множественные и большие. Максимум эффективности литолитической терапии при холестериновых камнях отмечен в сроки свыше 9 мес. Препарат желчных кислот Урсодекс положительно влияет на клиническую картину желчнокаменной болезни, уменьшая выраженность болевого и диспепсического синдромов; обладает выраженным гепатопротективным эффектом, улучшает состояние моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря.

Больным после растворения камней по проведению терапии даны рекомендации:

1. Ежедневный прием пшеничных отрубей, которые

обеспечивают ненасыщение желчи холестерином и, таким образом, препятствуют образованию желчных камней.

2. У лиц с избыточной массой необходимо стремиться снизить его.

3. Постоянная терапия препаратом Урсодекс – 1 капсула (250 мг) на ночь.

4. Проведение ежегодно УЗИ желчного пузыря. В случае образования новых холестериновых камней – повторный курс терапии Урсодексом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Григорьева И.Н. Желчнокаменная болезнь: еще один компонент метаболического синдрома? // Медицинский совет. – 2012. – № 9. – С. 92-93

2 Брыкалина Ю.В., Куркин А.В. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы (обзор литературы) // Вестник клуба панкреатологов. – 2012. – №16. – С. 19-22

3 Скворцова Т., Селиверстов П., Ситкин С. Комплексный подход к лечению больных желчнокаменной болезнью // Врач. – 2011. – № 4. – С. 2-6

4 Иоффе А.Ю., Ткач О.С., Стельмах А.И. Частота образования желчных конкрементов и возможности их медикаментозного литолиза после резекций желудка // Сучасна гастроентерол.– 2005.– № 1.– С. 80-82

5 Зарецкий М.М., Черникова Н.М., Лобачевская Т.В. Возможности применения урсодезоксихолевой кислоты в лечении желчнокаменной болезни // Сучасна гастроентерологія. 2011. – № 2 (58). – с. 136-140

6 Bacq Y, Sentilhes L, Reyes HB, Glantz A, Kondrackiene J, Binder T, Nicastri PL, Locatelli A, Floreani A, Hernandez I, Di Martino V. Efficacy of ursodeoxycholic acid in treating intrahepatic cholestasis of pregnancy: a meta-analysis // Gastroenterology. 2012 Dec;143(6):1492-501

7 Roma MG, Toledo FD, Boaglio AC, Basiglio CL, Crocenzi FA, Sánchez Pozzi EJ. Ursodeoxycholic acid in cholestasis: linking action mechanisms to therapeutic applications // Clin Sci (Lond). 2011 Dec;121(12):523-44. doi: 10.1042/CS20110184

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Л.К. ТАШЕНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Ю.П. ШУМКОВ, И.О. ГРИДИН, С.А. МУХАМБЕТЬЯРОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,

Оқу-клиникалық орталық, Алматы қ.

УРСОДЕЗОКСИХОЛ ҚЫШҚЫЛЫН ТИІМДІЛІК ӨТКЕ ТАС БАЙЛАНУ ЕМДЕУДЕ

Зерттеудің мақсаты: өтке тас байланудың жанында урсодезоксихол қышқылын тиімді қолдануды зерттеуі.

Зерттеудің материал және әдістері: Өтке тас байланудың 70 науқастары тексерткен: қанның биохимиялық зерттеуі және дейін өткізетін және 1, 3, 6, 9, 12 айлардан кейін емдеуден кейін құрсақ қуысының органдарының ультра-дыбыс зерттеулері. Емдеуде қолданыл Урсодекс және 1 жылға 1 Месадан 1ге дейін /тәулік 10 соқыр тұман/кг есептеуінен тағайындады.

Зерттеулерді нәтижелер және олардыңның талқылауы. Емдеудің нәтижесінде 39%тен 16%ке дейін 88%тен 29% емделушілерге дейін және диспепсия синдромына қатерлі синдромның кішірейту көрсететін қарқындылығын аурудың клиникалық суретінің айқын оң серпіні ие болды. Бәрі емделушілер терапия жақсы тасыды. Қосымша эффект белгі соқпаған. Алтаның мазмұны және емдеудің басына дейін АСТы норма шектеріндегі 3 және 6 айдың аяғына кішірейтуге үрдіс белгі соқтырды болды. Тастарды толық еру 1 ай арқылы емдеуден кейін майда және дара тастармен 10 науқастарында белгі соққан, 3 айдан кейін – қасында 26, 6 айлардан кейін – қасында 21, 9 айлардан кейін – қасында 4, 12 айлардан кейін – қасында 3. 10 мге дейін мөлшерінің тастары ие болған 6 адамда, 2–5 мге дейін олардыңның кішірейтуі белгі соққан. Өткізілген емдеу жүрісте жеке параметрлерді оң серпін ультра-дыбыс зерттеуде анықтады: жуандық және қабырғаның тығыздығының кішірейтуі, өттің көлемінің нормаландыруы.

Қорытынды: өтке тас байланудың емдеуін процесте (Урсодекс) урсодезоксихол қышқылын қолдану аурудың клиникалық симптомдарының жоюының мүмкіндік туғызады, өттің функционалдық ахуалын асылдандырады, өттің тас байланіға бейімді қасиеттерін арзандатылады және бейнеленген гепатоқорғаушы әсерімен ие болады.

***Негізгі сөздер**: өтке тас байлану, урсодезоксихол қышқылы, ем.*

S U M M A R Y

L.K. TASHENOVA, G.G. BEDELBAYEVA, Zh.M. NURMAKHANOV, Yu.P. SHUMKOV, I.O. GRIDIN, S.A. MUKHAMBETYAROVA

Kazakh national medical university n. a. S. Asfendiyarov, Educational and clinical center of Almaty c.

EFFICIENCY OF URSODEOXYCHOLIC ACID IN TREATMENT OF A CHOLELITHIASIS

Research objective: studying of effective use of ursodeoxycholic acid at a cholelithiasis.

Materials and research methods: 70 patients of a cholelithiasis are surveyed: biochemical blood tests and ultrasonic researches of abdominal organs which carried out to and in 1, 3, 6, 9, 12 months after treatment. In treatment applied Ursodex and appointed at the rate of 10 mg/kg/days from 1 month to 1 year.

Results of researches and discussion. As a result of treatment there was accurate positive dynamics of a clinical picture of the disease, being expressed reduction of intensity of a pain syndrome from 88% to 29% of patients and a dispeptic syndrome from 39% to 16%. All patients well transferred therapy. Side effects it is noted. Alanine aminotransferase's maintenance and aspartate aminotransferase prior to treatment were in norm limits, by the end 3 and the 6th month the tendency to reduction was noted. In 1 month after treatment full dissolution of stones is noted at 10 patients with small and single stones, in 3 months – at 26, in 6 months – at 21, in 9 months – at 4, in 12 months – at 3. At 6 people who had stones up to 10 mm in size, reduction to 2 – 5 mm is noted them. During the carried-out treatment revealed positive dynamics of separate parameters at ultrasonic research: reduction of thickness and wall density, normalization of volume of a gall bladder.

Conclusion: use of ursodeoxycholic acid (Ursodex) in the course of treatment of a cholelithiasis promotes elimination of clinical symptoms of a disease, improves a functional condition of a gall bladder, reduces lithogenic properties of bile and possesses the expressed hepatoprotective effect.

***Key words:** cholelithiasis, ursodeoxycholic acid, treatment.*

УДК 616.83-006.04 (574)

Е.В. КИСАЕВ

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан,
ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана, Казахстан

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В АРАЛО-СЫРДАРЬИНСКОЙ ЭКОЗОНЕ КАЗАХСТАНА: КОМПОНЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Проведен анализ показателей заболеваемости злокачественными опухолями (ЗО) ЦНС на основе первично зарегистрированных больных в динамике за 2003-2012 гг. в Арало-Сырдарьинской экозоне Казахстана с помощью компонентного анализа. Затронуты вопросы учета больных с ЗО ЦНС в изучаемой зоне и значение ожидаемого числа больных, а также причины снижения абсолютного числа больных в Казахстане. Установлено, что рост числа больных ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экозоне Казахстана обусловлен в основном с увеличением численности населения (63,7%), с изменениями риска заболеть (25,2%) и возрастной структурой (12,5%).

Ключевые слова: *компонентный анализ, злокачественные опухоли ЦНС, заболеваемость, ожидаемое число больных.*

При проведении эпидемиологических исследований рака, в частности и ЗО ЦНС необходимо учитывать всю совокупность конкретных условий жизни и деятельности населения, формируемых производственными, социально-бытовыми и природными факторами. Но пока таких комплексных исследований в республике касательно ЗО ЦНС не проводилось, поэтому трудно с уверенностью сказать о причинах роста или снижения заболеваемости. Эпидемиологические и клинические исследования позволили накопить немало данных о связи развития ЗО ЦНС с самыми различными эндогенными и экзогенными факторами [1, 2, 3, 4]. Изучение изменения заболеваемости злокачественными опухолями ЦНС в динамике представляет научный и практический интерес, особенно с помощью компонентного анализа. Компонентный анализ в Казахстане был проведен в целом при злокачественных новообразованиях, при раке легком и раке пищевода, а также при изучении заболеваемости врожденными пороками сердечно-сосудистой системы [5, 6, 7, 8]. Внедрение подобного анализа для изучения отдельных компонентов изменения заболеваемости ЗО ЦНС, влияющих на ее уровень, позволят организаторам онкологической службы определить факторы, способствующие возникновению ЗО ЦНС и провести целенаправленную противораковую борьбу на территориях республики. В настоящей статье проведен компонентный анализ заболеваемости в Арало-Сырдарьинской экологической зоне Казахстана.

Материал и методы

Основным источником информации для изучения динамики заболеваемости ЗО ЦНС за 2003-2012 гг. в Арало-Сырдарьинской экологической зоне республики послужили сведения о новых случаях заболеваний, на которые заполнялись извещения (форма №090/У) в онкологических учреждениях Кызылординской и Южно-Казахстанской областей. Сведения о численности населения в изучаемых областях за изучаемые годы были получены на официальном сайте Агентства Республики Казахстан по статистике (www.stat.kz).

Динамика заболеваемости ЗО ЦНС населения Казахстана исследована с помощью компонентного анализа по методическим рекомендациям В.В. Двойрина и Е.М. Аксель [9]. Данный метод анализа динамики заболеваемости ЗО ЦНС позволит разложить на составные части прирост числа заболевших, относящихся к одному и тому же населению, но в разные периоды времени. При этом выделяют 7 компонентов прироста числа заболевших ЗО ЦНС. Причем первые 3 компонента связаны с изменением численности населения, его возрастной структуры и совместным влиянием этих факторов, а 4-й компонент обусловлен изменением только показателя риска заболеваемости ЗО ЦНС и остальные 3 компонента связаны с риском заболеть ЗО ЦНС, с ростом численности населения, изменением его возрастной структуры и влиянием всех трех факторов. Под «риском заболеть» многие исследователи понимают весь комплекс причин, которые могут привести к повышению, понижению или стабилизации показателей заболеваемости. Следовательно, с ростом риска развития заболевания связаны последние 4 компонента.

Математические расчеты компонентного анализа динамики заболеваемости ЗО ЦНС населения Арало-Сырдарьинской экозоны Казахстана представлены в таблицах 1 и 2.

Результаты и обсуждение

Анализ данных статистических исследований (табл. 1) выявил, что прирост показателей заболеваемости ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экологической зоне Казахстана зависел от возрастной структуры населения ($\sum=\Delta_в=+0,18^0/_{0000}$) и риска заболеть ($\sum=\Delta_р=+0,36^0/_{0000}$).

Изменения численности населения в Арало-Сырдарьинской экологической зоне республики повлияли на показатели заболеваемости ЗО ЦНС. При этом среди демографических факторов, кроме общей численности населения, которая выросла в данном регионе (+22,8%), повлияло и изменение возрастной структуры населения за изучаемый период 2003 и 2012 годы. Так, при сравнительном изучении удельного веса возрастного состава населения данной экозоны за изучаемый период установлено, что в возрастных группах 40-49 лет (+0,3%), 50-59 лет (+2,4%) и 70 лет старше (+0,1%), где в 2012 году отмечен рост при сравнении с 2003 годом (табл. 1).

Анализ возрастных показателей заболеваемости ЗО ЦНС в изучаемой экологической зоне показал, что пик заболеваемости в 2003 году приходился на 50-59 лет ($10,8^0/_{0000}$), а в 2012 году пик заболеваемости приходился на 60-69 лет ($16,1^0/_{0000}$) (табл. 1). При этом рост возрастных показателей заболеваемости за изучаемые годы установлены в возрастных группах до 30 лет, 60-69 лет и 70 лет и старше. Демографические изменения численности населения по возрастным группам являются основными демографическими факторами, влияющими на рост числа больных ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экозоне, так в 2012 году количество больных ЗО ЦНС выросли во всех возрастных группах по сравнению с 2003 годом.

Абсолютное число зарегистрированных больных ЗО ЦНС на территории изучаемой зоне и его значение представлено в таблице 3, где видно, что абсолютное число

Таблица 1 – **Компонентный анализ прироста заболеваемости ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экозоне с 2003 по 2012 гг.**

Возраст, лет (i)	Возрастная структура населения ($Sij = \frac{N_{ij}}{N_j}$)		Прирост структурных показателей (S_{i2}-S_{i1}) (3)-(2)	Заболеваемость		Прирост заболеваемости			
						общий (P_{i2}-P_{i1}) (6)-(5)	в том числе в связи с изменением		
	2004 (S_{i1})	2011 (S_{i2})		2003 (P_{i1})	2011 (P_{i2})		возрастной структуры населения (4)×(5)	риска заболеть (2)×(7)	возрастной структуры населения и риска заболеть (4)×(7)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
00-29	0,6203	0,6037	−0,0166	2,14	2,48	+0,35	−0,035	+0,215	−0,006
30-39	0,1386	0,1343	−0,0043	4,78	4,47	−0,32	−0,021	−0,044	+0,001
40-49	0,1120	0,1149	+0,0029	8,55	7,31	−1,2	+0,025	−0,139	−0,004
50-59	0,0578	0,0815	+0,0237	10,84	8,46	−2,4	+0,257	−0,137	−0,056
60-69	0,0437	0,0373	−0,0064	7,59	16,10	+8,5	−0,049	+0,372	−0,054
70+	0,0276	0,0283	+0,0007	4,00	7,41	+3,4	+0,003	+0,094	+0,002
Всего	**$\sum S_{i1}$=1,0**	**$\sum S_{i2}$=1,0**		**P_1=4,01**	**P_2=4,44**	**+0,42**	**$\sum=\Delta_в$=+0,18**	**$\sum=\Delta_р$=+0,36**	**$\sum=\Delta_{вр}$=−0,12**

больных растет. Анализ динамики числа зарегистрированных больных ЗО ЦНС показывает, что абсолютное число в 2012 году составило 148 человек, что на 15 больных больше, чем 2011 году, и на 39 человек больше по сравнению с 2003 годом. Следовательно, на основе анализа динамики абсолютного числа больных в среднем ежегодно данная форма рака увеличивалась на 4 больных (см. табл. 3, строка 2 ([4+11–34+47–37+27–20+26+15]/9=4) на изучаемой территории Казахстана. Эта цифра в среднем увеличивается (строка 3 табл. 3 [4+15–19+28–9+18–2+24+39]/9=11) на 11 больных при перерасчете их на теоретическое или ожидаемое число ЗО ЦНС, которое в 2,5 раза выше, чем предполагаемое число больных. Подобные различия абсолютного числа зарегистрированных больных по сравнению с ожидаемыми больными, в основном, связаны с такими критериями онкологической службы, как оперативный недоучет.

Во всем мире признаются эпидемиологические закономерности, согласно которым с ростом численности населения и изменением его возрастного состава, параллельно должно расти число злокачественных опухолей. Эти закономерности наблюдаются и в Арало-Сырдарьинской экологической зоне, проведенные исследования позволяет констатировать, что изменения динамики числа больных ЗО ЦНС в данной экозоне в основном, могут быть связаны со следующими факторами (табл. 2):

1. Ростом численности населения ΔH=+63,7%.
2. Изменениями возрастной структуры населения ΔB=+12,5%.
3. Совместного влияния изменения численности населения и его возрастной структуры ΔHB=+2,9%.
4. Изменением риска заболеть ΔP=+25,2%.
5. Совместного влияния изменения риска заболеть и численности населения ΔHP=+5,7%.
6. Совместного влияния изменения риска заболеть и возрастной структуры населения ΔAD=–8,1%.
7. Совместного влияния изменений риска заболеть, численности населения и ее возрастной структуры ΔHBP=–1,8%.

Таким образом, число больных ЗО ЦНС, растет во всем мире, в том числе и в изучаемой экологической зоне Казахстана, при этом необходимо учесть, что причина общего роста ЗО ЦНС до настоящего времени полностью не изучена, а по мнению большинство исследователей связывают с ухудшением экологической ситуации отдельных регионов, влиянием урбанизации населения и др. Рост больных ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экологической зоне республики в основном обусловлен за счет роста численности населения, изменением возрастной структуры населения, совместного влияния изменения численности населения и его возрастной структуры, изменениями риска заболеть, совместного влияния изменения риска заболеть и численности населения. Результаты компонентного анализа динамики заболеваемости ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экологической зоне Казахстана рекомендуются использовать при планировании противораковой борьбы при данной патологии.

Благодарности

Хочу выразить словами благодарности за консультативную помощь в написании данной статьи своего научного руководителя, доктора медицинских наук, ассоциированного профессора Игисинова Нурбека Сагинбековича.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2005. – С. 3-77

2 Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L. Cancer incidence in five continents // Lyon: IARC Scientific Publications. – 2008

3 Заридзе Д.Г. Профилактика рака: руководство для врачей / Заридзе Д.Г. – М.: ИМА-ПРЕСС. – 2009. – 224 с.

4 IARC (2010). GLOBOCAN 2008: Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008: IARC Cancer Base No. 10 // Available from: http://globocan.iarc.fr

5 Игисинов С.И., Игисинов Н.С., Сейтказина Г.Д. Компонентный анализ динамики показателей заболеваемости злокачественными опухолями населения Казахстана с 1999 по 2010 гг. // Онкология и радиология в Казахстане. – 2012. – № 1 (23). – С. 3-8

6 Игисинов С.И., Кайдаров Б.К., Игисинов Н.С. Компонентный анализ динамики показателей заболеваемости рака легкого в Казахстане // Вестник КазНМУ. – 2012 – №4. – С. 185-194

7 Igissinov S., Igissinov N., Moore M.A. et al. Component Analysis of Esophageal Cancer Incidence in Kazakhstan // Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. – 2013. – Vol. 14. – P. 1945-1949

Таблица 2 – **Компонентный анализ динамики заболеваемости ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экозоне с 2003 по 2012 гг.**

Возраст, лет (*i*)	Число заболевших (*nij*)		Численность населения (*Nij*)		Показатели заболеваемости				Ожидаемое число заболевших в 2011 г. ($P_{ij}N_{i2}10^{-5}$) (6)×(5)×10^{-5}	$\frac{N_1}{N_2}$ (4)÷(5)	% прироста	
					грубые (*Pij*)		стандартизованные (P_{ij}^c)				к (n_2-n_1)	к n_1
	2003 (*j*=1)	2011 (*j*=2)	2003 (*j*=1)	2011 (*j*=2)	2003 (*j*=1)	2011 (*j*=2)	2003 (*j*=1)	2011 (*j*=2)			$\frac{100\,\Delta}{n_2 - n_1}$	$\frac{100\,\Delta}{n_1}$
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
00-29	36	50	1684685	2013176	2,14	2,48		1,541	43,02			
30-39	18	20	376317	447649	4,78	4,47		0,619	21,4			
40-49	26	28	304228	383202	8,55	7,31		0,819	32,7			
50-59	17	23	156884	271772	10,84	8,46		0,489	29,4			
60-69	9	20	118633	124209	7,59	16,10		0,703	9,4			
70+	3	7	74950	94507	4,00	7,41		0,204	3,8			
Всего	n_1=109	n_2=148	N_1=2715697	N_2=3334515	P_1=4,01	P_2=4,44	P_1^c=4,01	P_2^c=4,38	$E(n_2)$=140	0,814		
	$\frac{n_1 - n_2}{n_1}100 = +35{,}8$		$\frac{N_1 - N_2}{N_1}100 = +22{,}8$		$\frac{P_1 - P_2}{P_1}100 = +10{,}6$		$\frac{P_1^c - P_2^c}{P_1}100 = +9{,}0$					

Компоненты прироста числа заболевших за счет:					
1. Роста численности населения	$\Delta_н = \frac{N_1 - N_2}{N_1} n_1 = +25$	+63,7	+79,1	+22,8	+28,3
2. Изменения возрастной структуры населения	$\Delta_в = \frac{N_1}{N_2}(E(n_2) - n_1 - \Delta_н) = +5$	+12,5		+4,5	
3. Совместного влияния изменения численности населения и его возрастной структуры	$\Delta_{нв} = \frac{N_2 - N_1}{N_1}\Delta_в = +1$	+2,9		+1,0	
4. Изменения риска заболеть	$\Delta_р = N_1(P_2^c - P_1^c) \times 10^{-5} = +10$	+25,2	+20,9	+9,0	+7,5
5. Совместного влияния изменений риска заболеть и численности населения	$\Delta_{нв} = \frac{N_2 - N_1}{N_1}\Delta_р = +2$	+5,7		+2,1	
6. Совместного влияния изменений риска заболеть и возрастных структур населения	$\Delta_{вр} = \frac{N_1}{N_2}\left(n_2 - n_1 - \sum_{x=1}^{5}\Delta\right) = -3$	−8,1		−2,9	
7. Совместного влияния изменений риска заболеть, численности населения и его возрастной структуры	$\Delta_{нвр} = \frac{N_2 - N_1}{N_1}\Delta_{вр} = -1$	−1,8		−0,7	
Всего	$n_2 - n_1 = +39$	100,0		35,8	

Таблица 3 – **Абсолютное число больных с ЗО ЦНС в Арало-Сырдарьинской экозоне и его значения**

ЗО ЦНС	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Зарегистрированных больных (X_p)	109	113	124	90	137	100	127	107	133	148
Рост/снижение абс. числа по сравнению с предыдущим годом	–	+4	+11	–34	+47	–37	+27	–20	+26	+15
Рост/снижение абс. числа по сравнению с 2003 г.	–	+4	+15	–19	+28	–9	+18	–2	+24	+39
Темп роста/снижения по сравнению с предыдущим годом (%)	–	+3,7	+9,7	–27,4	+52,2	–27,0	+27,0	–15,7	+24,3	+11,3
Темп роста/снижения по сравнению с 2003 г. (%)	–	+3,7	+13,8	–17,4	+25,7	–8,3	+16,5	–1,8	+22,0	+35,8
Численность населения (тысяч)	2715,7	2757,7	2805,6	2851,8	2907,5	2963,7	3023,1	3200,7	3268,3	3334,5
Ожидаемое число больных (X_o) по сравнению с 2003 годом	109	111	113	114	117	119	121	128	131	134
Разница ожидаемого и зарегистрированного числа больных (X_o—X_p)	–	+2	+11	–24	+20	–19	+6	–21	+2	+14
Регистрируемая заболеваемость	4,0	4,1	4,4	3,2	4,7	4,0	4,2	3,3	4,1	4,4

8 Игисинов Н.С., Дуйсенбаева Б.С. Компонентный анализ динамики заболеваемости врожденными аномалиями системы кровообращения в Казахстане // Медицина. – 2013. – № 10/136. – С. 6-9

9 Двойрин В.В., Аксель Е.М. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями // Метод. рекомендации. – М., 1987. – 11 с.

ТҰЖЫРЫМ

Е.В. КИСАЕВ
«Республикалық нейрохирургия ғылыми орталығы» АҚ, Астана қ., Қазақстан,
«Central Asian Cancer Institute» ҚБ, Астана қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАННЫҢ АРАЛ-СЫРДАРИЯ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ АЙМАҒЫНДА ОРТАЛЫҚ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ: АУРУШАҢДЫҚ ДИНАМИКАСЫНЫҢ ҚҰРАМДАСТЫҚ ТАЛДАМАСЫ

ОЖЖ қатерлі ісіктерімен аурушаңдық динамикасын зерттеу әсіресе, құрамдастық талдамамен бірге пайдаланғанда ғылыми тұрғыда және нақты қызығушылық туғызады. Аталған зерттеудің мақсаты құрамдастық әдісті пайдаланып, Арал-Сырдария экологиялық аймағындағы ОЖЖ қатерлі ісіктерімен аурушаңдықтың динамикасын бағалауда.

Материалдар мен әдістер. Ақпарат көзі Қызылорда және Оңтүстік Қазақстан облыстарындағы ОЖЖ-дегі қатерлі ісіктердің жаңа оқиғалары туралы мәліметтер болып отыр. 2003-2012 жылдар аралығындағы аурушаңдық динамикасының құрамдастық талдамасы пайдаланылды.

Нәтижелері мен талқылау. Республиканың Арал-Сырдария экологиялық аймағында ОЖЖ қатерлі ісіктерімен науқастардың артуы негізінен халық санының өсуі (63,7%) есебінен, халықтың жас құрылымының өзгеруімен (12,5%), халық санының және оның жас құрылымының өзгеруінің бірлескен әсерімен (2,9%), ауру тәуекелінің өзгеруімен (25,2%), ауру тәуекелі мен халық санының бірлескен әсерімен (5,7%) байланысты болып отырғаны анықталды.

Қорытындылар. Алынған нәтижелер республиканың зерттеліп отырған экологиялық аймағындағы ОЖЖ қатерлі ісігімен аурушаңдықтың динамикалық өзгерістерінің шынайы бағасын береді және обырға қарсы шараларды өткізу кезінде пайдалануға ұсынылады.

Негізгі сөздер: *құрамдастық талдама, ОЖЖ қатерлі ісіктері, аурушаңдық, аурулардың күтілетін саны.*

SUMMARY

YE.V. KISAYEV
National Scientific Center of Neurosurgery JSC, Astana c., Kazakhstan,
NGO "Central Asian Cancer Institute", Astana c., Kazakhstan

CENTRAL NERVOUS SYSTEM MALIGNANCIES IN THE ARAL-SYRDARYA ECOZONE OF KAZAKHSTAN: THE COMPONENT ANALYSIS OF THE INCIDENCE DYNAMICS

Studying the incidence dynamics of central nervous system malignancies is of great scientific and practical interest, especially with the use of component analysis. The aim of this study was to assess the dynamics of the incidence of CNS malignancies in the Aral-Syrdarya ecological zone using the component analysis.

Material and methods. The reports about new cases of CNS malignancies in the Kyzylorda and South Kazakhstan regions served as the source of information. The component method for the analysis of the incidence dynamics for 2003-2012 was used.

Results and discussion. It is found that the increase in the number of patients with CNS malignancies in the Aral-Syrdarya ecological zone of the republic is mainly caused by the population growth (63.7%), the changes in the age structure of the population (12.5%), the joint influence of the changes in the population size and its age structure (2.9%), the changes in the risk of getting ill (25.2%), the joint influence of the changes in the risk of getting ill and the population size (5.7%).

Conclusions. The obtained results provide an objective assessment of the dynamic changes in the incidence of CNS malignancies in the investigated ecological zone of the republic and it is recommended to use them during anticancer activities.

Key words: *component analysis, CNS malignancies, incidence, expected number of patients.*

УДК 616-002.77

И.А. БАРАНОВА[1], Н.В. ТОРОПЦОВА[2]
[1]ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
[2]ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой», РАМН, г. Москва

НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА

В 2013 году под эгидой Российской ассоциации по остеопорозу (РАОП), Российского респираторного общества и Ассоциации ревматологов России была издана новая версия национальных клинических рекомендаций «Диагностика, профилактика и лечение глюкокортикоидного остеопороза у мужчин и женщин 18 лет и старше» [1]. В основу данных рекомендаций легли ключевые положения, сформулированные рабочей группой Международного Фонда остеопороза (IOF) и Европейского общества кальцифицированной ткани (ECTS) [2]. Клинические рекомендации имеют определенные ограничения: возраст пациентов 18 лет и старше, прием пероральных ГК, использование разрешенных в РФ препаратов по показанию «глюкокортикоидный (стероидный) остеопороз».

В этой публикации приведены основные положения клинических рекомендаций по диагностике, профилактике и лечения глюкокортикоидного остеопороза (ГК-ОП) у больных, принимающих пероральные глюкокортикоиды.

Ключевые слова: *остеопороз, глюкокортикоидный остеопороз, диагностика глюкортикоидного остеопороза, лечение глюкортикоидного остеопороза, абсолютный риск развития остеопоротических переломов.*

Глюкокортикоидный остеопороз (ГК-ОП) является наиболее частой и тяжелой формой вторичного остеопороза и характеризуется быстрой потерей костной массы и увеличением риска переломов уже в ранние сроки (несколько месяцев) после начала терапии пероральными глюкокортикоидами (ГК). Повышение риска переломов наблюдается уже при применении низких доз (<2,5 мг/сут в преднизолоновом эквиваленте), и с увеличением суточной дозы риск возрастает [3]. Переломы костей скелета имеют различную локализацию (позвонки, проксимальный отдел бедра, кости таза, предплечья, ребра, диафизы трубчатых костей). Наиболее высокий риск отмечается для переломов позвонков [4], которые, как правило, протекают бессимптомно.

Учитывая отсутствие безопасных доз и длительности лечения пероральными глюкокортикоидами, в новых клинических рекомендациях подчеркивается необходимость консультации с последующим проведением диагностических, профилактических и лечебных мероприятий не только у больных, длительно (3 мес. и более) получающих терапию пероральными ГК, но и у пациентов, которым только планируется ее проведение.

Диагностика

Все больные должны быть проконсультированы врачом с целью информирования пациента о риске развития ГК-ОП, возможности его диагностики, профилактики и лечении.

При сборе анамнеза у больного, принимающего пероральные ГК, проводится оценка: факторов риска остеопороза и переломов; перенесенных переломов, их локализации и уровня травмы; особенностей и характера течения основного заболевания, по поводу которого назначены ГК; прогноза в отношении длительности приема препарата и предполагаемой дозы.

При осмотре пациента следует обратить внимание на следующие признаки, которые могут быть связаны с компрессионными переломами позвонков: снижение роста на 2 см и более за предшествующие 1-3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет; появление грудного кифоза, уменьшение расстояния между нижними ребрами и крылом подвздошной кости (2 пальца и менее). Эта симптоматика является показанием для *проведения рентгенографии грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции для исключения деформации позвонков.*

Клинический осмотр больного включает оценку риска падений. Это актуально для пациентов, принимающих пероральные ГК, в связи с частым развитием глюкокортикоидной миопатии, которая может привести к падениям и развитию переломов.

Двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра является основным методом измерения минеральной плотности кости (МПК) у больных, принимающих ГК. Она необходимо для оценки риска развития переломов. При возможности это исследование должно назначаться всем пациентам, которым проводится или планируется длительная (3 мес. и более) терапия пероральными ГК.

В интерпретации МПК у женщин в постменопаузе и мужчин 50 лет и старше используется Т-критерий. В отличие от постменопаузального остеопороза или остеопороза у мужчин другой этиологии, при которых диагноз выставляется при Т-критерии ≤–2,5 стандартных отклонений (SD), у пациентов, принимающих длительно пероральные глюкокортикоиды, показанием для назначения противоостеопоротических препаратов являются более высокие показатели МПК – Т-критерий ≤–1,5 SD. Это обусловлено тем, что ГК-индуцированные переломы возникают при более высоких значениях МПК, чем переломы у пациентов с постменопаузальным остеопорозом [5, 6, 7, 8].

У женщин до наступления менопаузы и мужчин моложе 50 лет МПК оценивается по Z-критерию, при этом заключение о снижении костной массы по сравнению с возрастной нормой может быть сделано на основании Z-критерия при значении –2,0 SD и ниже. При выявлении у этой категории больных низкой МПК, не сопровождающейся низкоэнергетическими переломами, решение о назначении лечения остеопороза принимается только при учете всех факторов риска и на основе тщательного рассмотрения всей клинической ситуации.

Лабораторная диагностика должна включать клинический анализ крови, определение кальция, фосфора, общей щелочной фосфатазы и креатинина в сыворотке крови. На основании креатинина сыворотки крови определяют клиренс креатинина по формуле Кокрофта–Голта для оценки безопасности назначения лекарственных препаратов.

Дополнительные лабораторные тесты применяются в случаях необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и состояниями, которые также могут привести к развитию вторичного остеопороза. Исследование костных биохимических

маркеров пока не рекомендовано в повседневной практике, поскольку взаимосвязь между изменениями биохимических маркеров и риском переломов при ГК-ОП не оценивалась.

Оценка 10-летнего абсолютного риска (вероятности) переломов

FRAX® – компьютеризированный алгоритм, позволяющий прогнозировать абсолютный риск основных остеопоротических переломов (клинически значимого перелома позвоночника, перелома дистального отдела предплечья, перелома проксимального отдела бедра или перелома плеча) и отдельно перелома проксимального отдела бедренной кости. Применяется только у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе, начиная с 40 лет. FRAX® – компьютерная программа, находящаяся в открытом бесплатном доступе в интернете (http://www.shef.ac.uk/FRAX/). В Российской Федерации используется российская модель FRAX® (http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=13).

Терапия пероральными ГК является фактором риска переломов, независимым от показателей МПК [9], в этой связи вопрос об их приеме включен в алгоритм FRAX® отдельным пунктом. В графе «Глюкокортикоиды» надо выбирать «да», если пациент длительно (3 мес и более) принимает или принимал пероральные ГК в любой дозе.

Одно из ограничений FRAX® заключается в том, что использование пероральных ГК вводится как дихотомический фактор риска (да/нет) и при этом не учитывается ни суточная доза ГК, ни длительность приема (за исключением того, что прием ГК менее 3 мес. вообще не учитывается) [10]. Для длительного (более 3 мес.) применения ГК в модели FRAX® подсчитывается риск для средней дозы (от 2,5 мг до 7,5 мг в сутки) и средней продолжительности терапии ГК [11].

Следует учитывать, что дозы выше средней (≥7,5 мг/сут) ассоциированы с более высоким риском переломов, и, наоборот, суточные дозы ниже средней (< 2,5 мг) – с меньшим риском [3, 4, 12]. В связи с этим по данным популяционных исследований, проведенных в Великобритании, были определены поправочные коэффициенты на суточную дозу пероральных ГК. Их надо учитывать при расчете 10-летней вероятности остеопоротических переломов (табл. 1) [13].

Например, величина риска основного остеопоротического перелома по FRAX = 17%.

Для пациента, принимающего пероральные ГК в дозе:

• 2,5-7,5 мг/сут – риск соответствует рассчитанному по FRAX = 17%

• <2,5 мг/сут – риск снижается и с учетом поправки равен 17 х 0,8=13,6%

• ≥7,5 мг/сут – риск повышается и с учетом поправки равен 17 х 1,15=20%.

Дальнейшая тактика врача определяется на основании рекомендованного порога вмешательства. В Российской Федерации он зависит от возраста пациента и 10-летнего абсолютного риска основных остеопоротических переломов. График опубликован на сайте Российской ассоциации по остеопорозу (http://www.osteoporoz.ru/content/view/891/113/) (рис.1). Если пересечение этих двух параметров пришлось на красную зону графика, пациенту показано лечение противоостеопоротическими препаратами, если в зеленую зону – лечение можно не проводить и оценку риска перелома повторить через 1 год.

Общие рекомендации по ведению больных, принимающих пероральные глюкокортикоиды

Суточная доза пероральных ГК должна регулярно пересматриваться с учетом динамики и тяжести основного заболевания. Следует назначать минимальные эффективные дозы этих препаратов и при возможности снижать их вплоть до полной отмены. Необходимо рассмотреть другие способы введения ГК (например, для наружного применения, ингаляционные и т.д.) или другие формулы ГК (например, будесонид). В некоторых случаях для снижения суточной дозы ГК целесообразно назначение других классов препаратов (например, иммуносупрессоров).

Таблица 1 — **Поправочные коэффициенты при расчете 10-летней вероятности перелома проксимального отдела бедра и основных остеопоротических переломов у женщин в постменопаузе и мужчин ≥50 лет в зависимости от дозы глюкокортикоидов. Адаптировано из [13].**

Суточная доза пероральных глюкокортикоидов	В эквиваленте к преднизолону (мг/сут)	Усредненная поправка для всех возрастов
Перелом проксимального отдела бедра		
Низкая	<2,5	0,65
Средняя	≥2,5 – <7,5	Без поправки
Высокая	≥7,5	1,2
Основные остеопоротические переломы		
Низкая	<2,5	0,8
Средняя	≤2,5 – <7,5	Без поправки
Высокая	≥7,5	1,15

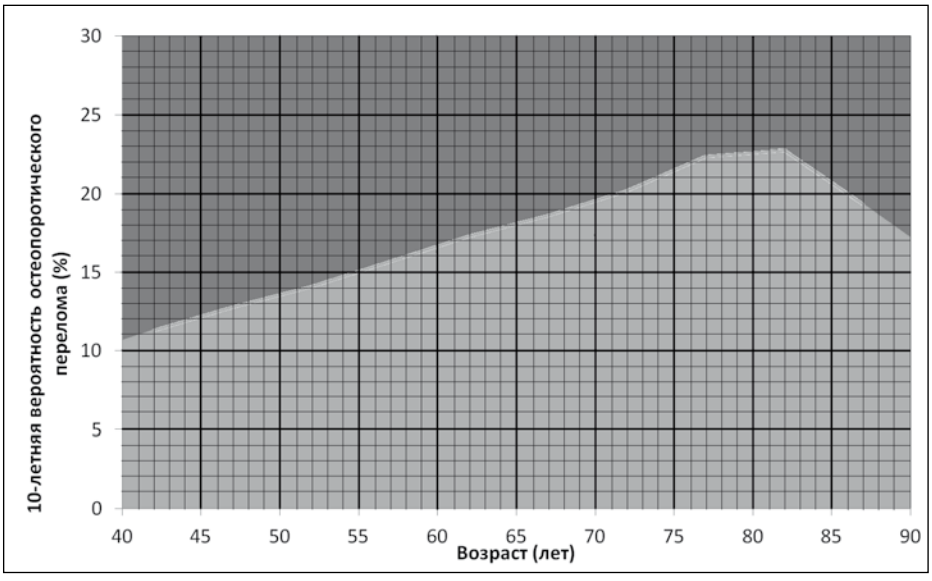


Рисунок 1 – Порог вмешательства на основании определения 10-летнего абсолютного риска основных остеопоротических переломов (http://www.osteoporoz.ru/content/view/891/113/)

Другие рекомендации не отличаются от тех, которые обычно дают пациентам с остеопорозом иной этиологии:

• Рациональное питание с употреблением продуктов, содержащих белок, кальций и витамин D.

• Поддержание адекватной физической активности и по возможности выполнение физических упражнений с нагрузкой, соответствующей состоянию здоровья.

• Прекращение табакокурения и ограничение алкоголя.

• Принятие мер по уменьшению риска падений.

Ежедневный прием кальция в комбинации с витамином D рекомендован всем пациентам, начавшим и продолжающим терапию ГК. Адекватное количество кальция (1200-1500 мг/сут) по возможности надо получать из продуктов питания, при необходимости дополняя недостающее его количество приемом лекарственных препаратов. Необходимо поддерживать уровень $25(OH)D_3$ в сыворотке крови не ниже 20 нг/мл (50 нмоль/л), а у больных с переломами не менее 30 нг/мл (75 нмоль/л) [14]. Верхняя граница $25(OH)D_3$ в сыворотке крови не должна превышать 125 нмоль/л. У большинства пациентов доза витамина D составляет 800-1000 МЕ/сут. Препараты витамина D и кальция должны быть обязательным компонентом любой схемы лечения остеопороза, однако не могут быть использованы в качестве монотерапии.

Показания для назначения антиостеопоротического лечения у пациентов, принимающих пероральные глюкокортикоиды

Женщины в постменопаузе и мужчины 50 лет и старше, которым проводится или планируется длительная (3 мес и более) терапия ГК

Во время консультации по ГК-ОП следует обратить внимание на пациентов с высоким риском развития остеопоротических переломов, которые нуждаются в назначении лечения вне зависимости от показателей МПК при ДРА. К ним относятся больные:

– с низкоэнергетическими переломами в анамнезе;

– 70 лет и старше, поскольку большинство больных в этой возрастной категории при приеме пероральных ГК имеют порог вмешательства по FRAX® в «красной зоне»;

– принимающие высокие дозы ГК (≥7,5 мг/сут. в преднизолоновом эквиваленте).

В остальных случаях следует провести ДРА. При показателях МПК по Т-критерию -1,5SD и ниже верифицируют диагноз ГК-ОП. Рекомендации касаются как женщин, так и мужчин.

При отсутствии вышеперечисленных критериев назначения терапии, а также при недоступности остеоденситометрии проводится расчет 10-летней вероятности переломов по FRAX® с учетом поправочного коэффициента, описанного выше, и сопоставление его с порогом вмешательства. Если определена «красная зона», диагностируется вероятный остеопороз с высоким риском переломов (код по МКБ 10: М 81.8 – другие остеопорозы) и назначается лечение. При доступности рентгеновской остеоденситометрии в модели FRAX® надо учитывать показатели МПК шейки бедра. Пациенты, имеющие низкий риск переломов по FRAX®, нуждаются в динамическом наблюдении.

Показанием для назначения лечения *у женщин в пременопаузе и мужчин моложе 50 лет*, *которым проводится или планируется длительная (3 мес. и более) терапия ГК*, является наличие низкоэнергетических переломов в анамнезе. У остальных пациентов решение о назначении лечения должно приниматься индивидуально, доказательной базы о необходимости назначения терапии в этих случаях в настоящее время нет. Тем не менее, противоостеопоротическая терапия может быть назначена больных с низкой МПК (по Z-критерию ≤ -2 SD) при приеме высоких доз ГК.

Препараты для лечения ГК-ОП

Эффективность многих лекарственных препаратов была оценена при лечении больных ГК-ОП. В рандомизированных клинических исследованиях (плацебо-контролируемых или сравнительных) получены доказательства высокого уровня по увеличению МПК поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра на терапии бисфосфонатами (алендронат [16-20], ризедронат [21-25] и золедроновая кислота [26]). По данным прямых сравнительных исследований было показано преимущество по влиянию на МПК золедроновой кислоты над ризедронатом [26], а алендроната над активными метаболитами витамина D (альфакальцидолом и кальцитриолом) [27, 28]. Доказательства снижения риска переломов позвонков были получены в плацебо-контролируемых или сравнительных исследованиях при изучении алендроната [16] и ризедроната [25], хотя переломы не были первичной конечной точкой оценки в данных работах.

Активные метаболиты витамина D более эффективны в предотвращении потери МПК и уменьшении риска переломов позвонков по сравнению с нативным витамином D, монотерапией кальцием, плацебо или при отсутствии лечения. Анализ в отдельных подгруппах активных метаболитов витамина D показал, что применение альфакальцидола предотвращало переломы позвонков, а кальцитриола – имело только тенденцию к протективному действию [28].

В настоящее время отсутствуют данные о влиянии вышеперечисленных препаратов на периферические переломы, в том числе и переломы бедра.

В соответствии с решением Комитета по лекарственным препаратам (CHMP) Европейского Медицинского Агентства (EMA) относительно проведенного Органами здравоохранения ЕС анализа соотношения пользы и риска, связанных с применением кальцитонина лосося, данный препарат больше не рекомендуется к применению по показанию остеопороз [29].

Все вышеизложенное позволило выделить бисфосфонаты (алендронат, ризедронат, золедроновую кислоту) в группу препаратов первой линии лечения ГК-ОП. Препаратом второго выбора является альфакальцидол. В клинической практике на выбор лечения у конкретного больного влияют еще и переносимость препарата, а также его стоимость.

Бисфосфонаты должны применяться с осторожностью у женщин детородного возраста, что связано с длительным периодом их полувыведения из кости, проникновением препаратов через плаценту и возможным эффектом на скелет развивающегося эмбриона. При необходимости назначения лечения бисфосфонатами пациентка должна быть предупреждена о возможном нежелательном эффекте на плод и информирована о необходимости длительного приема контрацептивных препаратов.

При отмене ГК-терапии возможно прекращение лечения противоостеопоротическими препаратами. Если длительная терапия ГК продолжается, лечение остеопороза тоже должно быть продолжено.

Наблюдение за пациентами, принимающими пероральные глюкокортикоиды

Минимум врачебного наблюдения включает контроль приема пациентом рекомендованной терапии антиостеопоротическими препаратами, ее дозы, достаточности получения кальция и витамина D. Необходимо выявлять новые переломы, при этом надо учитывать, что переломы

ребер и позвонков особенно часты при ГК-ОП. Ежегодно следует измерять рост пациента, и при его значительном снижении (более 2 см) или появлении других признаков, позволяющих заподозрить переломы позвонков, необходимо провести рентгенографию позвоночника или, при доступности, морфометрию позвонков в боковой проекции с помощью ДРА. При возможности необходимо ежегодное измерение МПК методом ДРА.

Таким образом, длительный прием пероральных глюкокортикоидов является одним из основных факторов риска развития остеопороза. В новых клинических рекомендациях подчеркивается необходимость проведения диагностических и профилактических мероприятий у всех больных, которым проводится и планируется такая терапия. Пациенты из группы высокого риска развития переломов нуждаются в раннем назначении лечения противоостеопоротическими препаратами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лесняк О.М., Баранова И.А., Торопцова Н.В. Клинические рекомендации «Диагностика, профилактика и лечение глюкокортикоидного остеопороза у мужчин и женщин 18 лет и старше». – Ярославль, ИПК «Литера». – 2013. – 48 с.

2 Lekamwasam S, Adachi JD,. Agnusdei D et al. A framework for the development of guidelines for the management of glucocorticoid-induced osteoporosis. 2012;23(9):2257-76

3 van Staa TP, Leufkens HG, Abenhaim L, et al. Oral corticosteroids and fracture risk: relationship to daily and cumulative doses // Rheumatol Phys Med 2000, 39:1383–1389

4 Van Staa TP, Leufkens HG, Abenhaim L, Zhang B, Cooper C. Use of oral corticosteroids and risk of fractures // J Bone Miner Res 2000,15:933–1000

5 Harris ST, Watts NB, Genant HK, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. A randomized controlled trial // JAMA 1999;282:1344-52

6 Reginster J-Y, Minne HW, Sorensen OH, et al. Randomized trial of the effects of risedronate on vertebral fractures in women with established postmenopausal osteoporosis // Osteoporos Int 2000;11:83-91

7 Wallach S, Cohen S, Reid DM, Hughes RA et al. Effects of risedronate treatment on bone density and vertebral fracture in patients on corticosteroid therapy // Calcif Tissue Int 2000;67:277-85

8 McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zippel H et al. Effects of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women // N Engl J Med 2001;344:333-40

9 Johnell O, de Laet C, Johansson H, Melton LJ et al. Oral corticosteroids increase fracture risk independently of BMD // Osteoporos Int 2002;13 (suppl 1):S14

10 Leib ES, Saag KG, Adachi JD, Geusens PP, Binkley N, McCloskey EV, Hans DB, FRAX(®) Position Development Conference Members The impact of the use of glucocorticoids on the estimate by FRAX of the 10 year risk of fracture // J Clin Densitom 2011; 14:212–219

11 Kanis JA, Johansson H, Oden A, et al. A meta-analysis of prior corticosteroid use and fracture risk // J Bone Miner Res 2004; 19:893–899

12 van Staa TP, Abenhaim L, Cooper C, et al. Public health impact of adverse bone effects of oral corticosteroids // Br J Clin Pharmacol 2001; 51:601–607

13 Kanis JA, Johansson H, Oden A, McCloskey E. Guidance for the adjustment of FRAX according to the dose of glucocorticoids // Osteoporos Int 2011; 22:809–816

14 Rizzoli R., Boonen S., Brandi M.-L. et al. Vitamin D supplementation in elderly or postmenopausal women: a 2013 update of the 2008 recommendations from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) Current Medical Research & Opinion, 2013, Vol. 29, No. 4, 2013, 1–9

15 Compston J, Reid DM, Boisdron J, et al., Group for the Respect of Ethics and Excellence in Science Recommendations for the registration of agents for prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: an update from the Group for the Respect of Ethics and Excellence in Science // Osteoporos Int 2008; 19:1247–1250

16 Adachi JD, Saag KG, Delmas PD, et al. Two-year effects of alendronate on bone mineral density and vertebral fracture in patients receiving glucocorticoids: a randomized, double-blind, placebo-controlled extension trial // Arthritis Rheum 2001; 44:202–211

17 de Nijs RN, Jacobs JW, Lems WF, et al, Investigators STOP Alendronate or alfacalcidol in glucocorticoid-induced osteoporosis // N Engl J Med 2006; 355:675–684

18 Saag KG, Emkey R, Schnitzer TJ, et al. Alendronate for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. Glucocorticoid-Induced Osteoporosis Intervention Study Group // N Engl J Med 1998; 339:292–299

19 Stoch SA, Saag KG, Greenwald M, Sebba AI, et al Once-weekly oral alendronate 70mg in patients with glucocorticoid-induced bone loss: a 12-month randomized, placebo-controlled clinical trial // J Rheumatol 2009;36:1705–1714

20 Yilmaz L, Ozpran K, Gündüz OH, et al. Alendronate in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate and glucocorticoids // Rheumatol Int 2001; 20:65–69

21 Cohen S, Levy RM, Keller M, et al. Risedronate therapy prevents corticosteroidinduced bone loss: a twelve month, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study // Arthritis Rheum 1999; 42:2309–2318

22 Eastell R, Devogelaer J-P, Peel NFA et al. Prevention of bone loss with risedronate in glucocorticoid-treated rheumatoid arthritis patients // Osteoporos Int 2000; 11:331–337

23 Reid DM, Adami S, Devogelaer JP, Chines AA Risedronate increases bone density and reduces vertebral fracture riskwithin one year in men on corticosteroid therapy // Calcif Tissue Int 2001; 69:242–247

24 Reid DM, Hughes RA, Laan RF, et al Efficacy and safety of daily risedronate in the treatment of corticosteroidinduced osteoporosis in men and women: a randomized trial. European Corticosteroid-Induced Osteoporosis Treatment Study // J Bone Miner Res 2000; 15:1006–1013

25 Wallach S, Cohen S, Reid DM, et al. Effects of risedronate treatment on bone density and vertebral fracture in patients on corticosteroid therapy // Calcif Tissue Int 2000; 67:277–285

26 Reid DM, Devogelaer JP, Saag K, et al, HORIZON investigators Zoledronic acid and risedronate in the prevention and treatment of glucocorticoidinduced osteoporosis (HORIZON): a multicentre, double-blind, double-dummy, randomised controlled trial // Lancet 2009; 373:1253–1263

27 de Nijs RN, Jacobs JW, Lems WF, et al, Investigators STOP Alendronate or alfacalcidol in glucocorticoid-induced osteoporosis // N Engl J Med 2006; 355:675–684

28 de Nijs RN, Jacobs JW, Algra A, Lems WF, Bijlsma JW.Prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis with active vitamin D3 analogues: a review with meta-analysis of randomized controlled trials including organ transplantation studies // Osteoporos Int. 2004 Aug;15(8):589-602

29 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Calcitonin_31/WC500130149.pdf

ТҰЖЫРЫМ

И.А. БАРАНОВА[1], Н.В. ТОРОПЦОВА[2]

[1]Ресей Денсаулық сақтаумині. Н.И.Пирогов атындағы ГБОУ ВПО РНИМУ

[2]«В.А. Насонова атындағы НИИР» ФГБУ, РМҒА, Мәскеу қ.

ГЛЮКОКОРТИКОИДТЫҚ ОСТЕОПОРОЗДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДЕГІ ЖАҢА ҰСЫНЫМДАР

2013 жылы остеопороз жөніндегі Ресей қауымдастығының (ОРҚ), Ресей респираторлық қоғамының және Ресей ревматологтары қауымдастығының қолдауымен «18 жастағы және одан ересек ерлер мен әйелдердегі глюкокортикоидтық остеопорозды диагностикалау, алдын алу және емдеу» [1] ұлттық клиникалық ұсынымдарының жаңа версиясы басып шығарылған болатын. Аталған ұсынымдардың негізінде Халықаралық Остеопороз Қорының (IOF) және Еуропалық кальцийлендірілген тіндер қоғамының (ECTS) [2] жұмыс тобы тұжырымдаған түйінді ережелер алынды. Клиникалық ұсынымдардың белгілі бір шектеулері бар: емделушілердің жас 18 жаста және одан ересек болуы, пероралдық ГК қабылдау, РФ-нда «глюкокортикоидтық (стероидтық) остеопороз» көрсетілімі бойынша рұқсат етілген препараттарды пайдалану.

Бұл жарияланымда пероралдық глюкокортикоидтер қабылдайтын науқастардағы глюкокортикоидтық остеопорозды (ГК-ОП) диагностикалау, алдын алу және емдеу жөніндегі клиникалық ұсынымдардың негізгі ережелері келтірілген.

Негізгі сөздер: *остеопороз, глюкокортикоидтық остеопороз, глюкортикоидтық остеопороздың диагностикасы, глюкортикоидтық остеопорозды емдеу, остеопороздық сынықтардың дамуының абсолюттық тәуекелі.*

SUMMARY

I.A. BARANOVA[1], N.V. TOROPTSOVA[2]

[1]State budget educational institution, higher vocational education "Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov", the Ministry of Health of Russia

[2]Federal state budgetary institution "V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology", Russian Academy of Medical Sciences, Moscow c.

NEW GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GLUCOCORTICOID – INDUCED OSTEOPOROSIS

In 2013, under the auspices of the Russian Association on Osteoporosis (RAO), the Russian Respiratory Society and the Russian Association of Rheumatologists, a new version of national clinical guidelines "The diagnosis, prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis in men and women over 18 years and older" was published [1]. The key provisions drafted by the working group of the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Calcified Tissue Society (ECTS) provide the basis for these guidelines [2]. The clinical guidelines have certain limitations: the patient age is 18 years and older, the administration of oral GC, the use of drugs permitted in Russia, indicated for "glucocorticoid – induced (steroid-induced) osteoporosis."

This publication contains the general provisions of clinical guidelines for the diagnosis, prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis, (GC-OP) in patients taking oral glucocorticoids.

Key words: *osteoporosis, glucocorticoid – induced osteoporosis, the diagnosis of glucocorticoid – induced osteoporosis, the treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis, the absolute risk of osteoporotic fractures.*

УДК 618.11-006.2-008.6

Х.К. АЙТУБАЕВА

Городская поликлиника №16, г. Алматы

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (обзор литературы)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) относится к числу часто встречающихся в современных условиях клинических симптомокомплексов и неизменно привлекает внимание многочисленных исследователей. Актуальность этого вопроса заключается в том, что СПКЯ является распространенной формой эндокринопатий и ведущей причиной ановуляторного бесплодия, нарушений менструального цикла, а также фактором высокого риска развития метаболических, кардиоваскулярных осложнений, СД-2-го типа, гипер-, неопластических процессов в гормонозависимых органах и тканях. В данной статье рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, клиники и современные методы лечения СПКЯ по данным различных авторов.

Ключевые слова: *гиперандрогения, бесплодие, метаболические нарушения, инсулинорезистентность, хроническая ановуляция.*

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) относится к числу часто встречающихся в современных условиях клинических симптомокомплексов и неизменно привлекает внимание многочисленных исследователей. Под синдромом поликистозных яичников понимают клинический симптомокомплекс, характеризующийся патологией структуры и функции яичников, основными критериями которых являются хроническая ановуляция и овариальная гиперандрогения [1]. Несколько менее постоянными признаками являются гирсутизм, ожирение и увеличение яичников. Кроме этого, СПКЯ является фактором высокого риска развития метаболических, кардиоваскулярных осложнений, СД 2-го типа, гипер-, неопластических процессов в гормонозависимых органах и тканях [1].

Частота СПКЯ, по данным литературы, составляет от 4-8 до 15% среди женщин репродуктивного возраста. В структуре ановуляторного бесплодия СПКЯ составляет 50,2-70% и 15,5-30,1% – среди причин нарушений менструальной функции [2].

В последнее время значительно расширились представления о патогенезе синдрома поликистозных яичников и развитии его клинических проявлений. Установлено, что характерные для этого синдрома изменения в яичниках можно обнаружить при различных патологических состояниях: адреногенитальном синдроме, синдроме Иценко – Кушинга, гиперпролактинемии, генитальном туберкулезе, а также на фоне хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний гениталий, хронической тонзиллогенной инфекции, перенесенной в пубертатном периоде или в ранней репродуктивной фазе и т. п. Кроме того, ряд стрессорных ситуаций (психические травмы, резкая смена климатогеографической зоны проживания) способны спровоцировать появление симптомов заболевания [3].

В современной гинекологической эндокринологии существует четкое представление о наиболее распространенных формах данного заболевания. К ним следует отнести типичную форму синдрома поликистозных яичников с овариальной гиперандрогенией; сочетанную форму заболевания, развивающегося на фоне яичниковой и надпочечниковой гиперандрогении, а также центральную форму с выраженными нарушениями со стороны гипоталамо-гипофизарной системы [4].

Уточнение клинико-патогенетического варианта заболевания должно основываться на выявлении основного звена в его патогенезе. В ряде работ, опубликованных в последние годы, указывается, что увеличение яичников не является облигатным признаком синдрома поликистозных яичников, что подтверждается данными большинства наблюдений [5, 6, 7, 8, 9]. В ряде случаев отмечены типичные морфологические признаки заболевания и гиперандрогении при нормальных или даже уменьшенных размерах яичников. Мнения о патогенезе подобных состояний расходятся. По мнению одних исследователей, нормальные по величине яичники могут встречаться на начальных стадиях заболевания; другие считают, что отсутствие увеличения яичников сопутствует различным стадиям развития сочетанной надпочечниковой и яичниковой гиперандрогении, обусловленной гиперплазией коры надпочечников на фоне соответствующих ферментных дефектов.

В последние годы обсуждается ведущая роль инсулинорезистентности (ИР) и, соответственно, компенсаторной гиперинсулинемии (ГИ) в синтезе андрогенов яичниками, патогенезе СПКЯ и метаболического синдрома (МС) с развитием ожирения, гипергликемии, дислипидемии, коронарной болезни, гипертензии, нарушенной толерантности к глюкозе, патологии системы гемостаза и ранней смертности у женщин детородного возраста [10].

При СПКЯ в сочетании с метаболическими нарушениями коррекция патологии сопряжена с трудностью восстановления фертильности, не превышающей 17-40% и обусловленной резистентностью к стимулирующей терапии, а также высоким риском развития обменных, сердечно-сосудистых осложнений, гиперпластических процессов в гормонозависимых органах и тканях.

Патологическая инсулинорезистентность тканей, гиперинсулинемия и гиперсекреция инсулина при поликистозе яичников часто (но не всегда) бывают следствием ожирения или избыточной массы тела. Вместе с тем эти явления и сами могут приводить к ожирению, так как эффектами инсулина являются повышение аппетита, повышение отложения жира и уменьшение его мобилизации [11]. В патогенезе поликистоза яичников придают значение также нарушениям регулирующих гипоталамо-гипофизарных влияний: избыточной секреции ЛГ, аномально повышенному соотношению ЛГ/ФСГ, повышенному «опиоидергическому» и пониженному дофаминергическому тонусу в системе гипоталамус-гипофиз. Состояние может отягощаться и труднее поддаваться лечению при наличии сопутствующей гиперпролактинемии, субклинической или клинически выраженной недостаточности щитовидной железы. Такие сочетания встречаются у этих женщин значительно чаще, чем в общей популяции, что может говорить о полиэндокринной или полиэтиологической природе синдрома Штейна – Левенталя [9, 10].

Семейная предрасположенность к наследованию заболевания позволяет наиболее рано диагностировать СПКЯ с привлечением семейного врача, гинеколога, терапевта, эндокринолога, детского гинеколога. СПКЯ может проявляться различным сочетанием нарушений клинического, метаболического статуса, гормональных и эхографических признаков. Гетерогенность клинико-лабораторных признаков может создавать определенные трудности в выявлении диагностических критериев и дифференцированном подборе терапии. Дифференциальная диагностика СПКЯ проводится с гиперандрогенией, обусловленной АГС, с вирилизирующими опухолями яичников и/или надпочечников, синдроме Кушинга, дисфункции щитовидной железы, синдроме истощенных яичников, гиперпролактинемией.

Диагноз СПКЯ устанавливали на основании критериев Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ (2004), в соответствии с которым подтверждение этой патологии правомерно при выявлении типичной триады клинико-лабораторных признаков:

а) нарушение менструального цикла по типу олиго- или аменореи, ановуляция;

б) гиперандрогения клиническая и/или гормональная;

в) эхографические признаки поликистозных яичников (увеличение объема яичников за счет гиперэхогенной стромы, наличие атретичных фолликулов диаметром 2-8 мм по периферии яичника).

В современной клинике диагноз СПКЯ можно поставить без гормональных исследований, хотя они также имеют характерные особенности. Гормональными критериями диагностики СПКЯ являются: повышение уровня ЛГ, соотношения ЛГ/ФСГ более 2,5, увеличение уровня общего и свободного Т при нормальном содержании ДЭА-С и 17-ОНП. После пробы с дексаметазоном содержание андрогенов незначительно снижается, примерно на 25% (за счет надпочечниковой фракции). Проба с АКТГ отрицательная, что исключает надпочечниковую гиперандрогению, характерную для АГС. Отмечены также повышение уровня инсулина и снижение ПССГ в крови. Метаболические нарушения при СПКЯ характеризуются повышением уровня триглицеридов, ЛПНП, ЛПОНП и снижением ЛПВП. В клинической практике простым и доступным методом определения нарушения толерантности глюкозы к инсулину является сахарная кривая. Определение сахара крови натощак и затем в течение 2-х часов после приема 75 г глюкозы. На основании результатов строится гликемическая кривая. Если через 2 часа уровень сахара крови не приходит к исходным цифрам, это свидетельствует о нарушенной толерантности к глюкозе, т.е. ИР, и требует соответствующего лечения [12]. Биопсия эндометрия показана женщинам с ациклическими кровотечениями в связи с большой частотой гиперпластических процессов эндометрия. Вопрос об оптимальном лечении больных синдромом поликистозных яичников остается сложным. Традиционная методика клиновидной резекции яичников про-

водится крайне редко в связи с возможным снижением овариального резерва и развитием спаечного процесса [8]. Целью лечения СПКЯ является восстановление овуляции, менструальной и генеративной функций, а также нормализация массы тела и метаболических нарушений; лечение гиперпластических процессов эндометрия и клинических проявлений гиперандрогении – гирсутизма и акне.

При наличии ожирения первым этапом терапии является нормализация массы тела. Регулярная физическая активность в сочетании со сбалансированной диетой обеспечивает более долгосрочное снижение массы тела. Диетологи рекомендуют гипокалорийное питание (не более 1500 ккал в сутки) с преимуществом протеиновой диеты перед иными вариантами. Уменьшение веса на 5% и более от исходного приводит к восстановлению регулярных менструаций и овуляторных циклов.

Вторым этапом в лечении является медикаментозная терапия метаболических нарушений – инсулинорезистентности и гиперинсулинемии в случае отсутствия эффекта от сбалансированной диеты и физических нагрузок. В данном случае рекомендуется назначение инсулин-сенситайзеров в течение 6–12 месяцев. Инсулин-сенситайзеры патогенетически влияют на восстановление нормальных гормональных параметров (снижение уровня инсулина, ИФР-1, тестостерона, андростендиона, ЛГ, повышение уровня половых стероидов связывающего глобулина (ПССГ), ИФР-1 связывающего белка, улучшение показателей липидного обмена) и клинических проявлений синдрома (восстановление менструального цикла, улучшение результативности индукции овуляции, уменьшение степени гирсутизма), однако, не вызывает значительных изменений ИМТ или ОТ/ОБ [6].

Умеренная гиперпролактинемия у пациентов с синдромом поликистозных яичников – это уже показание для назначения агонистов допамина. Допамин и его агонисты способствуют снижению ЛГ секреции и уровня андрогенов у пациентов как с повышенным, так и с нормальным уровнем пролактина. Своевременное лечение при исходной гиперпролактинемии восстанавливает цикличность менструации и овуляторные циклы у 70% больных без применения других методов стимуляции. Тем самым предотвращается потеря времени в лечении бесплодия, а также увеличивается эффективность стимуляции овуляции, уменьшается риск развития синдрома гиперстимуляции яичников [7].

Регуляция менструального цикла у больных с синдром поликистозных яичников достигается путем назначения комбинированных оральных контрацептивов (ОК) с активным гестагенным компонентом для оказания антипролиферативного воздействия на эндометрий. Патогенетическим механизмом является подавление секреции ЛГ (за счет гестагенного компонента), что препятствует прогрессивному увеличению объема стромальной ткани и всего яичника. Предпочтение отдается ОК с выраженным антиандрогенным компонентом. Эстрогенный компонент поддерживает адекватную трофику яичников и матки, препятствуя развитию гипоплазии и атрофии. Кроме того, эстрогены повышают уровень ПССГ.

Частота гиперпластических процессов эндометрия и риск атипической гиперплазии и рака эндометрия у больных с СПКЯ, особенно «типичной» и «центральной» формы, определяют активную тактику ведения этих больных даже при отсутствии жалоб. Нарушения менструального цикла по типу менометроррагий являются показанием для раздельного диагностического выскабливания. Последующая терапия зависит от результатов морфологического состояния эндометрия.

При бесплодии у больных с СПКЯ основной задачей является индукция овуляции с помощью непрямых стимуляторов (кломифена цитрата), у кломифенрезистентных пациенток – с помощью препаратов ФСГ с добавлением препаратов ХЧГ (гонадотропин хорионический – HCG). При неэффективности гормональных методов лечения бесплодия применяются репродуктивные технологии (ЭКО). Стимуляция овуляции проводится только после нормализации метаболических нарушений, массы тела, исключения трубного и мужского факторов бесплодия [9].

Отказ от лечения в связи с отсутствием половой жизни или сохранением регулярных менструаций при наличии других критериев синдрома поликистозных яичников приводит к развитию более выраженных морфологических изменений яичников. У молодых женщин основная задача терапии – наиболее раннее воздействие на гормональные нарушения, приводящие к гиперандрогении и гирсутизму.

Таким образом, своевременное и адекватное лечение гиперандрогении и ановуляции у пациенток с СПКЯ в репродуктивном возрасте позволяет решать задачи, связанные с восстановлением менструальной и генеративной функции, а также служит профилактикой сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии, рака эндометрия, гиперпластических процессов в гормонозависимых органах и повышает качество жизни пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Алиева Э.А. Синдром поликистозных яичников у женщин репродуктивного возраста: автореф. дисс. … д-ра мед. наук. – М., 1991

2 Анциферов М.Б., Гринорян Щ.Р., Чернова Т.О. // Пробл. репрод. – 2001. – №2. – С. 49-55

3 Сафина М.Р., Лобачевская О.С., Елинская Н.А., Синдром поликистозных яичников: мультидисциплинарная проблема в руках семейного врача

4 Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Синдром поликистозных яичников: клиника, диагностика, лечение // Гинекология. – 2005. – №4. – С. 202-205

5 Крымская М.Л. Синдром склерокистозных яичников – диагностика и дифференциальная диагностика // Гинекология. – 2005. – Т. 7. – №5, 6

6 Серова О.Ф., Зароченцева Р.В. // Гинекол. эндокринол. –2005. – Т. 7. – №9

7 Шилин Д.Е. // Фарматека. – 2004. – №12. – С.12-19

8 Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников (современные подходы к диагностике и лечению бесплодия). – М., «Медпресс-информ», 2005. – С. 207

9 Чернуха Г.Е. Современные представления о синдроме поликистозных яичников. Consilium Medicum. 2002; 4 (10): 16–9.AGE Guidelines for glycemic control: AASE position statement on insulin resistance syndrome // Endocrine practice. – 2003. – Vol.9, suppl. 1. – P. 7-19

10 Ajossa S., Paoletti M. et al. // Fertil. Steril. – 1999. – Vol. 71, N 2. – P. 314-318

11 Alsamarai S., Adams J. et al. // J. Clin. Endocrin. Metab. – 2009. – N 94 (12). – P. 4961-4970

12 American association of clinical endocrinologist position statement on metabolic and cardio-vascular consequences of polycystic ovary syndrome // Endocrine Practice. – 2005. – Vol. 11. – N2

ТҰЖЫРЫМ

Х.К. АЙТУБАЕВА

№16 қалалық емхана, Алматы қ.

ПОЛИКИСТОЗДЫҚ АНАЛЫҚ БЕЗ СИНДРОМЫ: ПРОБЛЕМАҒА ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАС (әдебиеттер шолуы)

Аналық безінің прликистозды синдромы (АБПКС) эндокринопатияның кең таралған түрі және ановуляторлы бедеуліктің, менструалды кезең бұзылыстарының басты себебі, сонымен қоса гормонтәуелді ағзалар мен тіндердегі метаболикалық, кардиоваскулярлық асқынулардың, қант диабетінің 2-түрінің, гипер-, неопластикалық үрдістердің қауіпті ықпалы болып табылады. АБПКС – аналық безінің құрылымының және қызметінің бұзылуы, оның негізгі белгілеріне созылмалы ановуляция және овариалды гиперандрогения жатады.

Өсімпаздық жастағы АБПКС-ы бар науқастардың гиперандрогения және ановуляторлық бұзылыстары уақытылы және дұрыс емделсе, менструалдық кезең бұзылыстары және өсімпаздық қызметі қалпына келтіріледі, сонымен қоса ҚД-нің және жүрек-тамырлық ауытқулар, эндометрий қатерлі ісігі , гормонтәуелді ағзалардағы гиперпластикалық үрдістердің алдын алу мәселесін шешуге ықпал етеді және науқас өмірінің сапасын жақсартады.

Негізгі сөздер: *гиперандрогения, бедеулік, метаболалық бұзылыстар, инсулинге төзімділік, созылмалы ановуляция.*

S U M M A R Y

H.K. AYTUBAYEVA

City polyclinic №16, Almaty c.

POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME: A MODEN VIEW ON THE PROBLEM (literature review)

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common form of endocrinopathy and the leading cause of anovulatory infertility, menstrual disorders, as well as a high risk factor for metabolic, cardiovascular disease, diabetes type 2, hyper-, hormone-neoplastic processes in organs and tissues. PCOS is a pathology of the structure and function of the ovaries, which are the main criteria for chronic anovulation and ovarian hyperandrogenism.

Timely and adequate treatment of hyperandrogenism and anovulation in women with PCOS in the reproductive age can solve the problem connected with restoring menstrual and generative functions, and also serves as prevention of diabetes and cardiovascular disease, cancer, endometrial hyperplastic processes in hormone-dependent organs and improves the quality of patient`s life.

Key words: *hyperandrogenism, infertility, metabolic disorders, insulin resistance, chronic anovulation.*

УДК 616.44-006.55-07

А.Ш. ТЛЕГЕНОВ

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

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

В данной статье приведен клинический случай аденомы паращитовидных желез у женщины 57 лет, страдающей патологией щитовидной железы с клиникой гипертиреоза.

Ключевые слова: *аденома, гипертиреоз, женщина, оперативное удаление.*

Аденома паращитовидных желез – доброкачественная гормонально-активная опухоль околощитовидной железы, сопровождающаяся избыточной секрецией паратгормона и явлениями гиперпаратиреоза. При аденоме паращитовидной железы развивается гиперкальциемия, которая может проявляться костным (остеопороз, патологические переломы), почечным (нефролитиаз), желудочно-кишечным (язва желудка, панкреатит), сердечно-сосудистыми (артериальная гипертония) клиническими синдромами [1].

Гипертиреоз – состояние, при котором щитовидная железа работает слишком активно и вырабатывает слишком много тиреоидных гормонов (Т3, Т4). При гипертиреозе все процессы в организме ускоряются. Сердце бьется сильнее и быстрее, иногда развиваются нарушения ритма, сердцебиение, часто повышается артериальное давление. Появляется чувство постоянного жара. Кожа становится влажной из-за обильного потоотделения, наблюдается мелкий тремор рук. Часто нервозность, утомляемость и слабость, но при этом физическая активность повышена. Несмотря на повышенный аппетит, наблюдается похудение. Нарушается сон. Стул становится частым из-за повышенной перистальтики, бывают поносы [2].

Остеопороз – хронически прогрессирующее системное, обменное заболевание скелета или клинический синдром, проявляющийся при других заболеваниях, который характеризуется снижением плотности костей, усилением хрупкости, по причине нарушения метаболизма костной ткани с преобладанием катаболизма над процессами костеобразования, снижением прочности кости и повышением риска переломов. Остеопороз означает «пористые кости» [3].

Описание случая

Как пример необходимости тщательного дифференцированного подхода, мы приводим клиническое наблюдение позднего выявления аденомы паращитовидных желез у больной с гипертиреозом.

Больная Иткараева Н.Н., 57 лет, на момент обращения не работала, казашка, вес 37 кг, рост 151 см. Наследственность: связанные с данным случаем диагнозы не отмечались. Число беременностей всего 2, из них 2 роды. Акушерский анамнез не отягощен. Вредные привычки: нет. Со слов пациентки болеет с 2010 г., когда начала худеть, появились боли в позвоночнике и в ногах, учащенное сердцебиение и чувство дрожания по всему телу. Обратилась к эндокринологу по месту жительства. Амбулаторно по поводу выявленного гипертиреоза принимала тиреостатики. На момент первичного осмотра (в условиях отделения эндокринологии при КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова) мерказолил по 1 таб. 3 раза в день, на тирозол аллергическая реакция по типу крапивницы. После детализированного обследования была диагностирована аденома паращитовидных желез, произведено удаление аденомы в 2012 году. После оперативного удаления аденомы тиреостатики не принимала.

Проведенное обследование после оперативного удаления аденомы паращитовидных желез: ОАК от 09.09.2013: Л – 5,63х10^9/л, Э – 3,35х10^{12}/л, гемоглобин – 111 г/л, тромбоциты – 640х10^9/л, лимфоциты – 16%, эоз – 4%, моноциты – 9%, с/я – 70%, СОЭ – 37 мм/час. Б/х крови от 09.09.2013: креатинин – 51,39, общий белок – 80,4, холестерин – 3,18, глюкоза – 4,73, АЛТ – 17,2, АСТ

– 11,3, общ. билирубин – 8,9, мочевина – 2,7, АЛТ – 23, АСТ – 30, тимол – 7,9 ед, общ. кальций – 2,09, калий – 5,0, натрий – 137, общ амилаза – 559,0 (норма 28-100), липаза – 0,23, ионизированный кальций – 1,15 (норма 1,17-1,29). Гормоны от 09.09.2013: ТТГ – 1,78, свТ4 – 1,23, паратгормон – 33,31 – в пределах нормы. Бакпосев мазка из зева от 22.06.2013: Pseudomonas aeruginosa: *Чувст.* – карбенициллин, цефтриаксон, цефтазидим, азитромицин, цефлоксацин, ципрофлоксацин, гентамицин, сизомицин. *Устойчив* – Ампициллин-сульбактам, амоксиклав, цефазолин, цефалексин, цефомандол, цефуроксим, цефаклор.

УЗИ ЩЖ от 17.09.2013: Структурных изменений не выявлено. Общий объем – 5,06 мл.

Проведенное лечение после оперативного удаления аденомы паращитовидных желез: диета, ронколейкин, рекормон, актовегин, сумамед, FDP, де-нол, креон, кальций $Д_3$ Никомед, миокальцик, бромгексин.

Основной диагноз: Послеоперационный гипопаратиреоз. Состояние после операции по поводу аденомы паращитовидных желез.

Осложнения основного заболевания: Остеопороз. Анемический синдром легкой степени.

Сопутствующий диагноз: ХОБЛ, обострение. ДН 0. Язвенная болезнь вне обострения, ГЭРБ, хронический панкреатит вне обострения.

Итак, из данного клинического случая наглядно видно о существующей роли гипертиреоза в возникновении аденомы паращитовидных желез. Так как на фоне каждого случая с гипертиреозом, вследствие повышенных процессов катаболизма, происходит разрушение костной ткани с последующим возникновением остеопороза от умеренных до генерализованных болевых форм. Последующим изменением в организме будет повышенная секреция паратгормона с одной только целью – это восполнение уходящего кальция. Однако вследствие повышенной функциональной деятельности возникают последующая автономная функциональная активность и гиперплазия паращитовидных желез. Конечный этап данного замкнутого круга – возникновение аденомы паращитовидных желез. Важность для медицины в том, что при существующем гипертиреозе всегда должно иметь место динамический контроль не только функционального состояния щитовидной железы, но и состояния паращитовидных желез, что в дальнейшем поможет избежать у таких больных ряда дополнительных, серьезных клинических и функциональных изменений, характерных для гиперпаратиреоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Потемкин В.В., Эндокринология. Второе издание. – М., 1986

2 Полайн М. Комачо Доказательная эндокринология. Руководство для врачей, второе издание. – М., 2008

3 Фадеев В.В. Гиперпаратиреоз. Руководство для врачей. – М., 2004

4 Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М., 2008

5 Абылайулы Ж, Сейдалиева А.П. Остеопороз при патологиях щитовидной железы: автореф. дисс. ... – Алматы, 2008

ТҰЖЫРЫМ

А.Ш. ТІЛЕГЕНОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ПАРАҚАЛҚАНША БЕЗ АДЕНОМАСЫНЫҢ КЕШ АНЫҚТАЛУЫ

Аталған мақалада гипертиреоз клиникасы бар қалқанша без патологиясына шалдыққан 57 жасар әйелдегі парақалқанша без аденомасының клиникалық оқиғасы келтірілген.

Ол зерттеліп отырған ғылыми проблема, бұл гипертиреоз салдарынан парақалқанша без аденомасының пайда болуы.

Ол зерттеліп отырған себеп, бұл: бұрын беймәлім немесе әдеттен тыс байқалуы; бұрын беймәлім өзара байланыс немесе өту нұсқасы.

Бұл жағдайда егжей-тегжейлі тексеру жүргізілді, атап айтқанда әрі қарай парақалқанша бездің аденомасын диагностикалай отырып, түйінді ісік жұқа инемен аспирациялық биопсияланды.

Басты қол жеткізілген нәтиже парақалқанша бездің аденомасын шұғыл алып тастау аясында гипертиреоздың толық әрі тұрақты өтелуі.

Зерттеуден алынған нәтижелер гипертиреоздың парақалқанша бездің аденомасының пайда болуын айғақтайды.

Негізгі сөздер: *аденома, гипертиреоз, әйел, шұғыл алып тастау.*

SUMMARY

A.Sh. TLEGENOV

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

LATE DIAGNOSIS OF PARATHYROID ADENOMA

This article describes a clinical case of parathyroid adenoma in a 57 – year – old woman, suffering from thyroid pathology with the clinical picture of hyperthyroidism.

The scientific issue according to which she is examined is the emergence of parathyroid adenoma due to hyperthyroidism.

The reason according to which she is examined is a previously unknown or unusual manifestation; previously unknown relationship or course variant.

In this case, a more detailed examination, namely, the fine-needle aspiration biopsy of the nodular mass with the subsequent diagnosis of parathyroid adenoma was conducted.

The main achieved result is the complete and stable compensation of hyperthyroidism on the background of the surgical removal of the parathyroid adenoma.

The obtained results suggest the relationship of hyperthyroidism with the emergence of parathyroid adenoma.

Key words: *adenoma, hyperthyroidism, woman, surgical removal.*

УДК 61+57:001-379

А. ЕШМАНОВА[1], Г. САТЫБАЛДИНА[2], А. МАНШАРИПОВА[1], А. МУСАЕВ[1], А. АБИКУЛОВА[1], Д. ТОЛЕУОВА[1], А. БЕЛТЕНОВА[1], Б. ИСАМАТОВ[1], Е. ЛИ[1], А. СУЛТАНОВА[1], Ш. ХАЛИТОВ[1],

[1]Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

[2]Медицинский центр «Темкен», г. Алматы

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНА Г. АЛМАТЫ

Исследование направлено на оценку общего состояния здоровья и электрофизиологических свойств миокарда по данным вариабельности сердечного ритма и дисперсионного картирования ЭКГ в покое и при выполнении функциональных тестов у практически здоровых работников метрополитена г. Алматы.

Ключевые слова: *метрополитен, кардиологический скрининг, ДКЭКГ, индекс «Миокард».*

В настоящее время актуальна проблема выявления раннего риска развития социально значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Одним из наиболее эффективных мер для решения этой проблемы являются скрининговые обследования населения, поэтому возникает необходимость во внедрении в медицинскую практику современных скрининговых технологий, которые позволяют своевременно определить лиц, имеющих высокий риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Цель работы – оценка электрофизиологических свойств миокарда у практически здоровых работников метрополитена г. Алматы разных возрастных групп для раннего выявления риска сердечно-сосудистых нарушений.

Материалы и методы

Скрининговые исследования проводились среди работников разных профессиональных групп метрополитена. Обследовано 492 взрослых работника, из них 333 женщин и 159 мужчин. Средний возраст обследованных составил 35,82±0,57 года (от 20 до 66 года), из них средний возраст женщин 41,35±0,88 года, мужчин – 35,82±0,57 года.

Состояние сердечно-сосудистой системы оценивали при помощи шестиканальной электрокардиографии (ЭКГ) с регистрацией в 12-ти общепринятых отведениях и данных прибора «Система скрининга сердца «Кардиовизор 12С» с пакетом прикладных программ «KARDi-2», в основу работы которого положен метод дисперсионного картирования ЭКГ (ДК ЭКГ). Метод ДК ЭКГ – это один из новых методов, который используется для скрининга в кардиологии для раннего выявления нарушений электрофизиологических свойств миокарда по данным микроальтернации кардиоцикла, которые не выявляются на обычной ЭКГ. Метод основан на формировании информационно-топологической модели малых колебаний ЭКГ – электрических микроальтернаций ЭКГ-сигнала. Основу микроальтернации ЭКГ-сигнала составляют нарушения ионно-транспортной функции, структуры клеточных мембран и митохондриального энергообразования, нарушения микроциркуляции и ряд других факторов. Отклонения самых различных электрофизиологических характеристик при разнообразных патологических процессах ведет к изменению амплитуды микроальтернации. Характер и степень изменения микроальтернации является новой диагностической областью признаков, отражающих «запас» электрофизиологических компенсаторных ресурсов миокарда [1, 2, 3, 4]. Таким образом, этот новый метод используется в клинической кардиологии для выявления адаптационных реакций и ранних нарушений электрофизиологических свойств миокарда, т.е. в качестве эффективных диагностических маркеров приближающейся структурной перестройки. Численное выражение дисперсионного анализа низкоамплитудных колебаний временных интервалов комплекса PQRST отражается в интегральном показателе «Миокард», который при значении менее 15% говорит о норме, при разбросе значений 15-27% – о вероятностной патологии сердца и необходимости комплексного дифференциально-диагностического обследования, при значении более 27% – о патологических нарушениях в сердце и необходимости специального углубленного обследования. Для усиления диагностических возможностей методики применялся тест с физической нагрузкой (20 приседаний) с оценкой восстановления через 5 минут.

Статистическую обработку данных осуществляли в программе «SPSS».

Результаты и обсуждение

Обследованные были сгруппированы по следующим возрастным группам в соответствии с возрастной классификации ВОЗ: 1-я группа – возраст меньше 24 лет (9,8±1,34%), 2-я группа – 25-44 лет (60±2,21%), 3-я группа – 45-59 лет (28,4±2,03%), 4-я группа – 60 лет и старше (1,8±0,6%). Выявлено, что с возрастом наблюдается увеличение значения «Миокард». Статистически значимо различаются уровни «Миокард» в 1-й и 4-й возрастной группе, $p \leq 0,05$ в покое и наблюдалось закономерное увеличение параметра «Миокард» во всех возрастных группах после выполнения физ.нагрузки (табл. 1).

Интересным является следующее – в группе практически здоровых лиц молодого возраста было выявлено замедленное возвращение показателя «Миокард» до исходных значений. Выявлена линейная зависимость между «Миокард» и индексами детализации G7 и G9 ($p<0.01$), отражающих симметрию деполяризации желудочков и компенсаторные реакции левого желудочка соответственно. Считается, что наиболее динамичный показатель, отражающий компенсаторные механизмы левого желудочка по ДКЭКГ – G9.

Таблица 1 – **Данные по показателю «Миокард» в возрастных группах**

Возрастные группы	«Миокард» в покое	«Миокард» после физнагрузки	«Миокард» через 5 мин восстановления
1 группа	15,35±0,63	19,40±1,46*	17,33±1,13#
2 группа	14,77±0,34	18,88±0,48*	15,96±0,40#
3 группа	15,40±0,49	18,91±0,69*	15,90±0,42#
4 группа	17,44±2,34	21,22±3,44*	16,44±1,32#
Примечание: * – достоверные отличия по сравнению с «в покое»; # – достоверные отличия по сравнению с «после физнагрузки»			

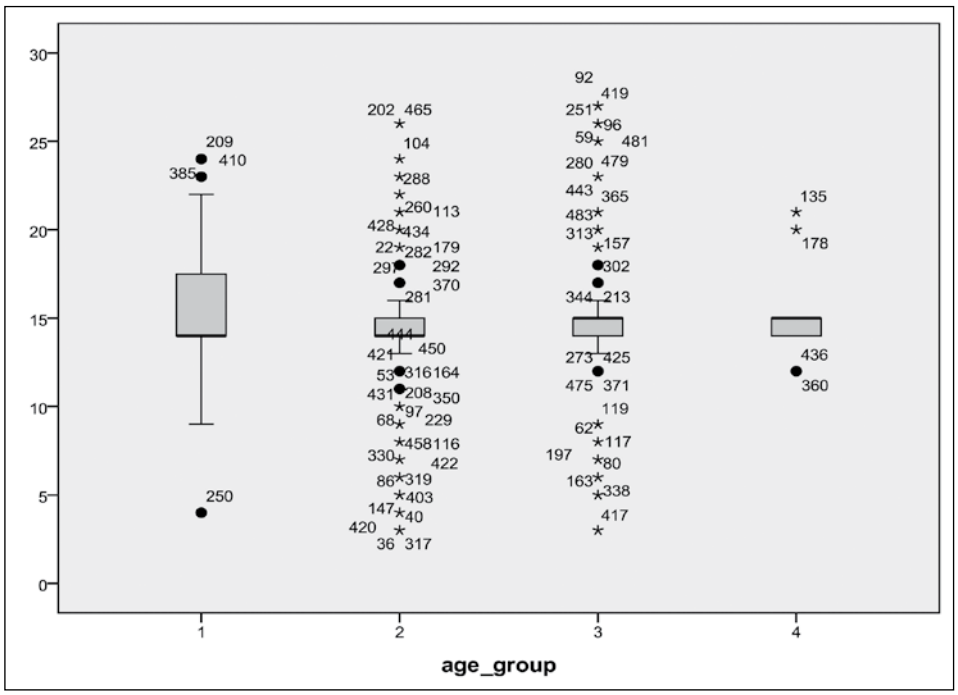


Рисунок 1 – Показатели «миокард» в покое в разных возрастных группах

Согласно интерпретации изменений данного показателя небольшие значения – G9<5 могут быть обусловлены индивидуальными особенностями миокарда, а значения G9>5 являются предиктором скрытых отклонений от нормы.

Для выявления скрытых отклонений от нормы проведен анализ отдельных репрезентативных индикаторов ДКЭКГ, отражающих недостаточную оксигенизацию миокарда или нарушений перфузии миокарда. Анализ показал статистически значимые увеличения их среди практически здоровых людей старшего возраста: G3 (p=0,04), G7 (p=0,02). Это может свидетельствовать о снижении компенсаторных механизмов миокарда желудочков с возрастом и наличии скрытых отклонений.

Выводы

Указанные изменения отражают снижение с возрастом компенсаторных реакций и ранние нарушения электрофизиологических свойств миокарда, т.е. приближающуюся структурную перестройку в 4-й возрастной группе, которые не проявляются на обычной электрокардиограмме, но несут в себе риск развития заболеваний сердца.

Практический аспект проведенных исследований заключается в том, что получены научно обоснованные данные об успешном применении для скрининговых исследований при массовых обследованиях – ДК ЭКГ с помощью прибора «Кардиовизор-12С». Технология отличается методической простотой выполнения, высокой информативностью и пропускной способностью при массовых обследованиях.

В Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусмотрена реализация приоритетной задачи по формированию эффективной системы здравоохранения. В качестве путей достижения поставленной задачи определено направление по совершенствованию и развитию ее профилактической направленности, основанной на разработке эффективной системы выявления и оценки факторов, вызывающих развитие заболеваний, усиление профилактических мероприятий и скрининговых исследований [5]. Поэтому наше исследование согласуется с мероприятиями по реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан», в частности, с положениями подпункта 5.2 – «Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Использование прибора «КардиоВизор-06С» для скрининговых обследований. Руководство для врачей. – М., 2004. – 238 с.

2 Иванов Г.Г., Сула А.С. Метод дисперсионного картирования ЭКГ в клинической практике. – Москва, 2008

3 Баевский Р.М., Берсенева А.П. Взаимосвязь показателей вариабельности сердечного ритма с показателями дисперсионного картирования ЭКГ при различных функциональных состояниях организма // Материалы IX Конгресса Российского общества Холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии. – Суздаль, 2008. – С. 31

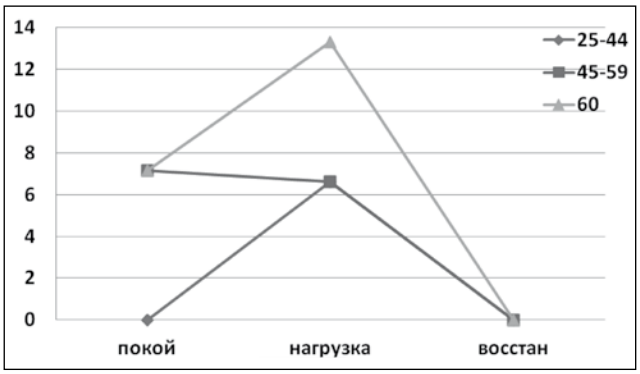


Рисунок 2 – Динамика «миокард» при выполнении теста с физнагрузкой в разных возрастных группах

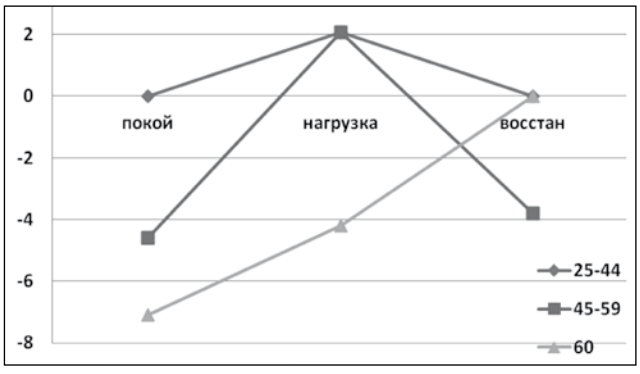


Рисунок 3 – Динамика ЧСС при выполнении теста с физнагрузкой в разных возрастных группах

4 Сула А.С., Рябыкина Г.В., Гришин В.Г. ЭКГ – анализатор КардиоВизор-06С: новые возможности выявления ишемии миокарда при скрининговых обследованиях и перспективы использования в функциональной диагностике // Функциональная диагностика. – 2003. – № 2. – С. 93-100

5 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А. ЕШМАНОВА[1], Г. САТЫБАЛДИНА[2], А. МАНШАРИПОВА[1], А. МУСАЕВ[1], А. АБИКУЛОВА[1], Д. ТОЛЕУОВА[1], А. БЕЛТЕНОВА[1], Б.ИСАМАТОВ[1], Е. ЛИ[1], А. СУЛТАНОВА[1], Ш. ХАЛИТОВ[1],

[1]С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

[2]Медициналық орталық «Темкен», Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕТРОПОЛИТЕН ЖҰМЫССШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН ЗЕРТТЕУ

Жұмыстың мақсаты Алматы қаласының әр түрлі жастағы метрополитен жұмысшыларының миокардтың электрофизиологиялық жағдайын зерттеуне бағытталған.

Материалдар мен әдістер. Алматы қаласының 492 метрополитен жұмысшыларының миокардтың электрофизиологиялық жағдайын ЭКГ дисперсиялық картирлеу арқылы зерттелді.

Зерттеу нәтижелері. «Миокард» мәнінің жас ұлғайған сайын жоғарылайтынын көрсетті. Бұл өзгерістер әдетте қолданылатын электрокардиограммада байқалмайды, бірақ жүрек ауруларының дамуына қауіптың болуын көрсетеді.

Қорытынды. Бұл өзгерістер жасы жоғары жұмысшылар жиі медициналық бақылауда болуын талап ететінін көрсетеді, бұл жүрек-тамыр жүйесі жағдайын бақылау үшін және аурулардың ерте алдын алу үшін бағытталған.

Негізгі сөздер: *метрополитен, кардиологиялық скрининг, ДКЭКГ, «Миокард» индексі.*

S U M M A R Y

A. YESHMANOVA[1], G. SATYBALDINA[2], A. ABIKULOVA[1], A. MANSHARIPOVA[1], A. MUSAEV[1], D. BELTENOVA[1], A. TOLEUOVA[1], B. ISAMATOV[1], E. LEE[1], A. SULTANOVA[1], Sh. KHALITOV[1]

[1]Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,

[2] Medical Centre "Temken", Almaty c.

STUDY ON HEALTH STATUS OF WORKERS OF ALMATY'S METRO

Rating electrophysiological properties of the myocardium in healthy underground workers Almaty different age groups for the early detection of the risk of cardiovascular disorders.

Materials and methods. Screening studies were conducted among 492 workers of different professional groups subway 4 age groups. To assess the electrophysiological properties of the myocardium using ECG dispersion mapping method (DC ECG) for early detection of violations of the electrophysiological properties of the myocardium according microalternations cardiac cycle, which are not detected by conventional ECG.

Results and discussion. Revealed that with increasing age there is an increase in value "Myocardium", which indicate the early disturbances electrophysiological properties of the myocardium, ie approaching restructuring that do not appear on a normal electrocardiogram, but carry the risk of heart disease.

Conclusions. Changes reflect a decline with age compensatory reactions infarction and require dynamic medical monitoring for early prevention of cardiovascular disorders.

Key words: *underground cardiological screening DKEKG index "Myocardium".*

УДК 616.314-001.4/.5-003.9-053.2

Б.М. СЕЙТБЕКОВА

Областная детская стоматологическая поликлиника, г. Тараз

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЗУБОВ

Указаны результаты наблюдения и лечения детей с различными травмами временных и постоянных зубов. Дана клиническая характеристика травм зубов с указанием особенностей их клинических проявлений у детей разных возрастных периодов. Описаны клинические ситуации со способами оказания неотложной медицинской и квалифицированной стоматологической помощи детям.

Ключевые слова*: дети, травма, зубы, временный, постоянный, ушиб, вывих, перелом.*

Диагностика, лечение и профилактика травмы зубов у детей – актуальная проблема, поскольку является второй по распространённости (после кариеса) причиной их потери. Это объясняется, в том числе и особенностями поведения детей, их образом жизни. Травма зуба – это ушиб, вывих, перелом коронки или корня. По данным специалистов, каждый 3-4-й ребёнок в той или иной степени подвержен острой травме зубов.

Согласно статистическим данным, соотношение травм временных зубов выглядит следующим образом: травма временных зубов – 30%, из них травма одного зуба – 75%, травма двух зубов – 23%. Чаще всего травмируются: 90% – верхний центральный резец, 5% – верхний латеральный резец, 4% – нижний центральный резец, 1% – нижний латеральный резец [1, 2].

Причинами травм чаще всего являются падение на твёрдые предметы и удар в область лица. В частоте возникновения травм важна сезонность года: повреждение зубов чаще происходит в зимний период, что обусловлено более частыми падениями и повышенной травмоопасностью зимних видов спорта.

В зависимости от обстоятельств получения различают бытовую, дорожную и спортивную травмы.

Бытовая острая травма молочных зубов чаще всего встречается у детей 1-2 лет. Это объясняется любознательностью малыша в сочетании с отсутствием охранительных и неустойчивостью нервно-мышечных рефлексов, а также недосмотром взрослых при обучении ребёнка самостоятельной ходьбе, в подвижных играх.

В смешанном и постоянном прикусе пик травматизма приходится на 8-9 лет. Связано это, прежде всего, с началом занятий активными видами спорта, отсутствием должного контроля за поведением детей со стороны взрослых, становлением ребёнка в коллективе. Наиболее распространённая причина травмы зубов – падение в 60% случаев происходит в осенне-зимний период. Мальчики подвержены острой травме зубов в 2 раза чаще, чем девочки. В 67% случаев острая травма зубов происходит у детей с нарушениями прикуса. Следовательно, лечение аномалий прикуса ребёнка является профилактикой травмы зубов [3].

Преобладает травма передней группы зубов, где соотношение числа травмированных верхних резцов к нижним составляет 3:1. Травма моляров и премоляров редка и, как правило, сочетается с переломами челюстных костей. Родители должны знать, что при любых, даже самых незначительных травматических повреждениях зубов необходимо незамедлительно обратиться к врачу-стоматологу.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 18 детей в возрасте от 2 до 7 лет с травмами временных и постоянных зубов.

У 3 (16%) из них отмечался ушиб центральных верхних зубов, случившийся в результате травматического падения во время игры. 5 детей (27%) обратились в поликлинику в состоянии с неполным вывихом временных зубов фронтальной группы обеих челюстей, 6 (33%) пациентов привели в поликлинику с полным вывихом временных зубов, и 1 ребенок (5%) пребывал в посттравматическом состоянии полного вывиха постоянного центрального верхнего резца. За период нашего наблюдения у 3 детей (16%) отмечена травма постоянных зубов в виде перелома коронковых частей.

Результаты исследований

Ушиб зуба встречается в 2,5% случаев во временном прикусе, в постоянном – в 1,5%. Ребёнок жалуется на болезненность при надавливании на зуб, откусывании и пережёвывании пищи. Из-за посттравматического отёка тканей периодонта иногда травмированный зуб кажется выше других. При визуальном осмотре коронки и окружающих тканей изменений не выявляется (только спустя 1–3 месяца после травмы, что характерно при гибели пульпы зуба).

Лечение ушибов временных и постоянных зубов предполагает создание покоя сроком на 3-4 недели путём исключения из рациона питания твёрдой пищи, сошлифовывания режущего края молочного зуба-антагониста или временного разобщения прикуса (каппа, разобщающая пластинка и др.). Родители должны очень ответственно относиться к необходимости динамического наблюдения: диспансерные осмотры осуществляются достаточно часто, не реже 3-4 раз в течение года, а при травме постоянных зубов с несформированными корнями – каждые 6 месяцев до окончания формирования корней. В случае гибели пульпы травмированного зуба стоматолог будет вынужден провести эндодонтическое лечение, поэтому родителям следует подготовить ребёнка к продолжительному и серьёзному лечению.

Вывих зуба. Встречается в 58% временных зубов и в 18,3% постоянных. При неполном вывихе зуба ребёнок жалуется на боль при откусывании и пережёвывании пищи, подвижность и смещение зуба, кровоточивость окружающей слизистой оболочки.

Лечение при неполном вывихе постоянных зубов с несформированными корнями заключается в репозиции повреждённого зуба («поставить зуб на место») под обезболиванием. Затем стоматолог должен обеспечить травмированному зубу неподвижность. Так называемая иммобилизация достигается путём шинирования зубов. Для шинирования используется лигатурное связывание зубов, шина-скоба, шина-каппа, назубно-десневые шины, а в последнее время – проволочно-композиционные шины. Чтобы «приживление» зуба прошло благополучно, очень важно выполнять все рекомендации врача и серьёзно относиться к необходимости динамического наблюдения.

Иммобилизация вывихнутых зубов осуществляется обычно в течение 4 недель, а иногда и дольше – до 6 недель. С учётом больших трудностей, возникающих при фиксации временных зубов с несформированными корнями (у детей до 2,5 года), на практике они также часто подлежат удалению, особенно при развитии воспалительного процесса.

Полный вывих зуба происходит в результате сильного удара, который приводит к полной потере связи зуба с лункой. Зуб выпадает из лунки или удерживается в ней только тканями десны. Чаще страдают передние зубы верхней челюсти, в 10,6% – временные и в 6,9% – постоянные. При осмотре в зубном ряду зуб отсутствует, лунка кровоточит или заполнена сгустком крови (рис.1).

Рисунок 1 – Б-й А., 14 лет, диагноз: Полный вывих зуба 2.1

Лечение полных вывихов зубов осуществляют одномоментной или отсроченной реплантацией (пересадкой удалённого зуба в его же лунку) и последующим шинированием. Временные зубы и постоянные зубы со сломанными корнями реплантации не подлежат. Реплантация противопоказана при разрушении лунки зуба или развитии в ней острого воспалительного процесса. Отсроченная (через 3-4 недели после травмы) реплантация затруднена и малоперспективна. Родители должны знать, что если с момента травмы постоянного зуба с несформированным корнем прошло не более 2 часов, то можно сохранить пульпу зуба живой. Если прошло более 2 часов, то после реплантации в течение недели проводят эндодонтическое лечение. До прибытия в поликлинику зуб можно держать за щекой (если зуб грязный, то, удерживая за коронку, промыть водой, не скоблить), а если существует угроза заглатывания – в молоке, воде, физиологическом растворе или обернуть влажной салфеткой.

Внедрённый вывих зуба составляет 21,9% травмы временных зубов и 3,5% травмы постоянных зубов.

Рисунок 2 – Б-й Ж., диагноз: Перелом коронки зуба 2.1 по шейке у ребенка 8 лет

Рисунок 3 – Б-й Т., диагноз: Перелом угла коронки зуба 2.1 у ребенка 7 лет

Происходит полное или частичное погружение зуба в губчатое вещество костной ткани челюсти с разрывом периодонтальных волокон, нарушением кортикальной пластинки лунки зуба. Ребёнок жалуется на то, что после травмы зуб стал короче или вообще не виден. Клинически определяется уменьшение высоты видимой части коронки зуба. Иногда коронка полностью погружена в лунку зуба и клинически не видна, наблюдается луночковое кровотечение и разрывы слизистой десны. Родители должны знать, что при травме временных зубов можно нарушить целостность фолликулов постоянных зубов.

По отношению к временным и постоянным зубам с несформированными корнями показана выжидательная тактика, т.к. возможно самостоятельное «прорезывание» травмированного зуба, которое в большинстве случаев происходит в течение 9-12 месяцев.

Перелом зуба – это травматическое повреждение зуба с нарушением целостности его твёрдых тканей. Перелом коронки зуба является частым видом травмы зубов и встречается в постоянных зубах у 67,8%, а во временных – в 6,5% случаев от общего числа травматических повреждений твёрдых тканей зубов. Врач-стоматолог определит вид и уровень перелома зуба, вскрыта ли пульпа, есть ли возможность сохранить зуб живым, проведёт реставрацию коронки. Родители должны знать, что не всегда это возможно сразу после травмы. Постоянное восстановление формы коронки постоянного сформированного зуба проводят не ранее чем через 6-8 недель. За жизнеспособностью пульпы следят в динамике до полного формирования корней. Зачастую это длительный период времени – до 2-3 лет (рис. 2, 3).

Перелом корня зуба является довольно редкой формой переломов. Перелом корня может быть в верхушечной, средней или коронковой трети корня, что определяется рентгенологически. Наиболее часто страдают постоянные зубы верхней челюсти у детей старшего возраста.

Таким образом, травмы зубов у детей являются часто встречающейся патологией, разнообразие которых зависит от возраста ребенка: повреждения зубов чаще всего наблюдаются у детей 2-3 и 8-14 лет, что объясняется наиболее активным двигательным периодом их развития. Среди всех травм зубов вывихи временных зубов занимают первое место, на втором месте – переломы постоянных зубов без вскрытия полости зуба, на третьем месте – вывихи постоянных зубов. Отдаленные результаты реабилитации детей с травмами зубов напрямую зависит от своевременности оказанной в полном объеме лечебной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Сердюков А.Г. Причины неудовлетворенности населения деятельностью стоматологических поликлиник в период амбулаторного лечения // А.Г. Сердюков, Е.С. Кучкина // Казанская наука. – Казань, 2010. – № 8.

2 Кучкина Е.С. Качество жизни больных с челюстно-лицевой патологией / Е.С. Кучкина, А.Г. Сердюков // Здоровье как социально-философская проблема: Сб. статей Всероссийской научно-практической конференции. – Уфа, 2009.

3 Кучкина Е.С. Зависимость качества жизни пациентов с челюстно-лицевыми травмами от возможности реализации свободного времени / Е.С. Кучкина // Молодой ученый. – Чита, 2011. – №6.

ТҰЖЫРЫМ

Б.М. СЕЙТБЕКОВА

Облыстық балалар стоматологиялық емханасы, Тараз қ.

БАЛАЛАРДЫҢ ТІС ЖАРАҚАТАРЫН РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ ҚАҒИДАЛАРЫ

Уақытша және тұрақты тістері жарақатталған балаларды емдеп- бақылаудың қорытындылары көрсетілген. Балалардың әр жас кезеңдерінде кездесетін тіс жарақаттарының клиникалық сипаттамасы берілген. Оларға шұғыл медициналық және білікті стоматологиялық көмектің түрлері берілген.

Негізгі сөздер: *балалар, жарақат, тістер, уақытша, тұрақты, соғылуы, шығуы, сынық.*

SUMMARY

B.M. SEYTBEKOVA

Regional Children's Dental Clinic, Taraz c.

PRINCIPLES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH TRAUMATIC INJURIES OF TEETH

Results of observation and treatment of children with various injuries of temporary and permanent teeth are specified. Clinical characteristics of teeth injuries with indication of the characteristics of their clinical manifestations at children of different age periods are given. The clinical situations with ways of rendering emergency medical and qualified dental assistance to children are described.

Key words*: children, trauma, teeth, temporary, permanent, bruise, dislocation, fracture.*

УДК 616.24-002.51-085:614.215

М.Ш. ЕРЕЖЕПОВ
«Талдықорған Күншуақ» балалар туберкулезіне қарсы санаториясы

ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫНЫҢ АШЫҚ ТҮРІМЕН ТЫҒЫЗ ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТА БОЛҒАН БАЛАЛАРДЫҢ САНАТОРИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН САУЫҚТЫРЫЛУЫНЫҢ МАҢЫЗЫ ЖӘНЕ ЕМДЕУ МЕРЗІМІ ЖАЙЛЫ

Туберкулез құртымен тікелей қарым қатынаста болған(контакт) балалардың күмәнді топтағы басқа балалар арасында түберкулез ауруына ұшырау бейімдігі аса жоғары екені белгілі.Оның себебі,ауру ошағында өмір сүруі ғана емес,көбінесе, отбасы тұрмыс жағдайы төмендігі бала иммунитетін ерте әлсіреткеді,дұрыс тамақтанбай, киінбей, аурушаң болып өседі. Түберкулез ауруына қарсы күрес қабілеті аз болғандықтан ауыруға анағұрлым бейім келеді.

Сондықтан мұндай балаларды санатория жағдайында сауықтырудың маңызы аса зор, себебі, мұнда тек дәрілік ем ғана емес,дұрыс тамақтанады, диагностика мен сауықтыру жоғары деңгейде жүргізіледі.

Тағы бір айтары, сауықтырылу шаралары (2005 жылы 25 қарашада шыққан «Туберкулезге қарсы санаторияларда санаторлық емді жетілдіру туралы» ҚР денсаулық сақтау Министрлігінің бұйрығы) белгіленген үш ай мерзімімен шектелмей, кей жағдайда жергілікті Орталық дәрігерлік комиссиясының шешіміне байланысты болғаны дұрыс болар еді, себебі, қазіргі кезде ата-аналардың арасында туберкулездің мультирезистентік түрлері өсуіне байланысты олар ұзақ емделеді, ал баланы әлі жазылмаған ата-анасынан бұрын санаториядан шығару қиындық туғызары сөзсіз.

Негізгі сөздер: *туберкулез, жұққан балалар, емделу, санаториялық мекемелер.*

Мәселенің маңыздылығы

Туберкулез дерті-әлеуметтік маңызы аса жоғары ауру екендігі белгілі. Ел экономикасы нығайған сайын әлеуметтік мәселелер де шешіліп, сонымен бірге туберкулез дертімен халық арасында ауыру көрсеткіштері өткен 90- жылдармен салыстырғанда екі есеге жуық төмендеген. Бұл әрине, осы салада жоспарланып, істелініп жатқан мемлекеттік деңгейдегі шаралардың ауқымды жемісі, соның ішінде аянбай тер төккен медицина қызметкерлерінің еңбектерінің нәтижесі екені анық.

Дегенмен, әлі де болса шешімін таппаған әлеуметтік түйіндер жетерлік. Өкінішке орай,ел арасында тұрмыс деңгейі төмен үйсіз-күйсіздер де, қоғам дертіне айналып арақка салынған отбасылары да аз емес. Ал олардың материалдық, санитарлық жағынан жағдайсыздығы құрт ауруының таралуына бірден-бір себепші екендігі аян. Ондай жағдайда құрт ауруының ашық түрімен ауырған адам ауру тарататын инфекция ошағына айналады, әсіресе, күнделікті тығыз қарым-қатынастағы өзінің бала-шағасы үшін аса қауіпті биологиялық обьект болып табылады. Сондықтан осындай отбасындағы иммунитеттері төмен, дұрыс тамаққа зәру балалар үшін құрт ауруын жұқтырып қана қоймай, онымен тез арада ауырып қалуы әбден мүмкін.

Статистикалық мәліметтерге сүйенсек, туберкулез дертінің белгілі бір органға қоныстанған түрімен ауруға ұшырағандар арасында жоғарыда айтылған аурумен тікелей қарым-қатынаста болған балалардың үлес салмағы 70-80 пайыз аралығын құрайды.Осыны ескеріп,аурумен тікелей қарым-қатынаста болғаны анықталған осы контакт тобындағы балалардың сауықтырылу шараларын жоғары деңгейде ұйымдастырудың маңыздылығы ерекше.

Зерттеудің негізгі мақсаты

Мұндай жағдайда туберкулездің эпидемиологиялық жағынан қауіпті ошағына айналған отбасынан дер кезінде оқшауландырылуға тиіс балалардың қанша пайызы санаториялық сауықтырылумен қамтылғанын айқындау арқылы аталмыш контингент арасында сауықтыру сапасының нәтижесін тексеру болып табылады.

Зерттеу Алматы облысы және соның ішінде солтүстік аймақ болып саналатын Талдықорған өңірінде емдеу шаралары жүргізілген балалар арасында жүргізілді. Осы мәселеге тереңірек үңілу мақсатында Алматы облысы денсаулық сақтау басқармасының және жоғарыда аталған балалар туберкулезіне қарсы күрес мекемесінің соңғы жылдардағы деректеріне жүгінуге тура келді.

Өткен 2012 жылдың статистикалық деректері бойынша Қазақстан Республикасында туберкулезбен ауыру көрсеткіші 100 мың адамға шаққанда 2012 жылы 81,7-ні көрсетсе, Алматы облысы бойынша 76,9 көрсеткішке төмендеген. Бұл көрсеткіштер бұрнағы жылдармен салыстырғанда көп азайғанмен еліміз дамыған 30 елдің арасынан көріну үшін бұл әрине, жеткіліксіз

Алматы облысы бойынша балалар арасында туберкулезбен ауыршаңдық көрсеткіші 2012 жылы 100 мың балаға шаққанда 22,5 болса, оның сыртында, әлі нақты ауырмаса да, Манту сынамасы арқылы ағзасына түберкулез құртын жұқтырғандар саны – 10 910 бала,оның 403 гиперергия, яғни,жұғу көрсеткіші тым жоғары балалар, сол сияқты ауырған адаммен тығыз қарым-қатынаста болған 1735 бала есепке алынған.

Соның ішінде солтүстік аймақ бойынша 25 бала ауырған, олардың 72 пайызы анамнезінде аурумен тығыз қарым-қатынаста болғандары анықталған. Олардың арасында ауырмас бұрын амбулаториялық химиопрофилактикалық ем қабылдағандар саны – 7.

Сонымен қатар, аурудың нақты түрімен ауырып қалған осы – 25 бала арасында бұрын санатория жағдайында профилактикалық ем қабылдағандар тіркелмеген.

Статистикалық мәліметтерге сүйенсек, Алматы облысы бойынша жоғарыда көрсетілген 12645 баланың жылына 1200-ге жуығы жылына (немесе 10-11 пайызы) санаториялық еммен қамтылады екен. Соның ішінде облыстың солтүстік аймағында орналасқан «Күншуақ» балалар туберкулезіне қарсы санаториясы төсек-орындарын жыл он екі ай толық пайдаланып, 2012 жылы 430 бала сауықтырса, соның 187 сі, яғни 43,5 пайызы контакт диагнозы бойынша сауықтырылған.

Бұл мәліметтер балалар мен жасөспірімдер арасында осы сырқатты алдын-алу шараларын әлі де болса пысықтап, барлық мүмкіндіктерді пайдалана отырып, жетілдіруді талап етеді.

Енді осы жеткіншектерді сауықтыру мәселесіне келетін болсақ, сауықтырудың екі түрі бар. Бірі – амбулаториялық жағдайда ем алу болса, екіншісі – санаториялық сауықтыру екені белгілі. Осы екі түрлі сауықтыру әдістерінің облыстың солтүстік аймағындағы аурумен тығыз қарым қатынаста болған балаларды екі түрлі еммен қамтудың ара қатынасы төмендегідей:

Таблицада көрсетілген сандардан ұғатынымыз –барлық контактта болған балалардың санаториялық жолмен

Жылдар	Алматы облысы солтүстік аймағында есепке алынған аурумен контактта болған балалардың жалпы саны	Соның ішінде ДОТС бағдарламасы бойынша			
		амбулаториялық жолмен химиопрофилактикалық ем қабылдағандар (абс. саны)	%	санаториялық жолмен сауықтырылғандар (абс. саны)	%
2010	594	388	**65,3**	206	**34,7**
2011	598	391	**65,4**	207	**34,6**
2012	526	339	**64,4**	187	**35,6**

сауықтырылғандар үлесі соңғы үш жылда небәрі 35-36 пайыздан аспаған.

Әрине, сауықтырудың соңғы түрінің өзіндік тиімділігі аса жоғары екенін жоғарыда айтылды. Санаториялық ем алған балалар арасынан соңғы жылдары аурудың белгілі бір түріне ұласқан жағдай байқалмаған. Оның себебі де бар,санатория жағдайында емделетін бала қосымша тыңғылықты медициналық тексеруден өтеді. Тек қана туберкулез ауруына ғана емес, ағзасында осы уақытқа дейін білінбей келген қосымша аурулары болса түгелдей анықталып, иммундық жүйені әлсірететін инфекция ошақтарынан тазартылады. Күнделікті маман дәрігерлердің қадағалауында болып, дұрыс емделуіне, мезгілімен тамақтануына зор көңіл бөлінеді. Сауықтыру қасиеті жоғары қымызбен емделеді. Педагогог тәрбиешілердің қамқорлығы тағы бар.

Химиопрофилактикалық емді түберкулез құртын жұқтырған балалар амбулаториялық жолмен алуға болғанмен, олардың үнемі дұрыс тамақтануы тұрмысы нашар отбасы жағдайында мүмкін бола бермейді.. Яғни, оларға жүргізілетін дәрілік еммен қатар режиммен дұрыс тамақтану шарт. Сауықтырылу үшін қосымша берілетін қымыздың да ролі ерекше.

Бұл ретте туберкулез құртын аурумен тікелей қарым қатынаста жұқтырған балалар үшін, санаториялық емнің үлес салмағын арттыру-әлеуметтік жағынан жасалынған аса маңызды шара болары даусыз.

Яғни, осы контингент арасында профилактикалық шараларды өз деңгейінде және нәтижелі өткізу арқылы жасөспірімдер арасында ауру көрсеткіштерін әлі де болса төмендетуге болары анық.

Тағы бір айтары, санатория жағдайында емделу мерзімдерін белгілеудің қайта қарауға лайық олқы тұстары бар. Ол әсіресе, ата-анасы туберкулез ауруханасында емделіп жатқан балаларға қатысты жағдай. Қолданыстағы ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің 2005 жылы 25-ші қарашада шыққан «Туберкулезге қарсы санаторияларында санаториялық-курорттық емдеуді жетілдіру туралы» №510 бұйрығы бойынша диагноздарына байланысты санаториялық арнайы емдеу-сауықтыру шараларының мерзімдері бекітілген. Соның ішінде аурумен тығыз қарым қатынаста болған балаларды сауықтыру мерзімі 3–ай деп белгіленген. Алайда, туберкулез ауруымен жалпы аурушаңдық көрсеткіштері төмендегенмен ересектер арасында туберкулез ауруының мультирезистенттік түрлерінің үлес салмағының көбеюі-туберкулез ауруымен күресетін мамандар үшін жаңа проблемалар туындатып отыр. Олардың емделуі қиын,емдеу мерзімдері ұзақ. Аурудың осындай дәріге төзімді түрімен ұзақ жататын ата-ананың баласын 3-ай толды деп санатория қабырғасынан шығарып жіберу ағаттық болар еді.

Әрине, мұндай жағдайлар ескеріліп бұйрықтың емделу мерзімдерінің жекелеген тұстарына өзгерту енгізілсе деген ойдамыз..

Сол сияқты,барлық мектептерде тұрмысы төмен, жұмыссыз отбасы балаларын тегін ыстық тамақпен қамтамасыз ету шаралары жас жеткіншектердің иммундық жүйесіне оң әсерін тигізері де сөзсіз.

Ал изоляция, яғни жас жеткіншектерді ауырған адамнан оқшаулау принциптеріне келетін болсақ, барынша дер кезінде, әрі барынша қауіп бұлты сейілгенше арнайы туберкулезге қарсы мекемелерде іске асырылуы-қазіргі күннің басты талабы.

Р Е З Ю М Е

М.Ш. ЕРЕЖЕПОВ

Детский противотуберкулезный санаторий «Талдыкорған Куншуак»

О ЗНАЧЕНИИ И СРОКАХ ЛЕЧЕНИЯ ПУТЕМ САНАТОРНОГО ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТЕСНОМ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ ОТКРЫТЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Самый высокий риск по заболеваемости туберкулезом среди инфицированных составляют дети из группы контакта. Это связано не только с прямым контактом, но и с необустроенностью в быту, также с имеющимися у них интеркуррентными заболеваниями, со слабым иммунным статусом. В связи с чем, учитывая преимущества оздоровления в санаторных условиях, возникает необходимость увеличения удельного веса контактных детей через санаторные учреждения.

Также необходимо отметить, что сроки изоляции и оздоровления контактных детей в условиях санаторных учреждений лучше было бы оставить на усмотрение местных ЦВКК.

Так, в нередких случаях изоляция и оздоровление детей в указанные сроки (Приказ №510 от 25.11.2005 года «О совершенствовании санаторно-курортного лечения в противотуберкулезных санаториях») не укладываются в связи с длительным лечением мультирезистентных форм туберкулеза среди родителей контактных детей.

Ключевые слова: *туберкулез, инфицированные дети, оздоровление, санаторные учреждения.*

S U M M A R Y

M.Sh. YEREZHEPOV

Taldykorgan Kunshual Pediatric antituberculous sanatorium

THE SIGNIFICANCE AND TERMS OF TREATMENT BY MEANS OF SANATORIUM THERAPY OF CHILDREN, WHO ARE IN CLOSE CONTACT WITH OPEN FORM OF TUBERCULOSIS

Children from the contact group have high risk of tuberculosis disease incidents among the infected. This is connected not only with direct contact, but with an insanitation in living conditions, as well as with their intercurrent disease with unsound immunity. Whereanent, given the advantages of health improvement in sanatory conditions, there is the need of increasing specific weight of contact children through sanatorium-and-spa institution.

Also it is necessary to note, that the terms of sequestration and health improvement of contact children in the conditions of sanatorium-and-spa institutions should be at the discretion of Regional Antituberculous Center.

So, commonly sequestration and health improvement of children (Order No.510 dated 25.11.2005, Improvement of sanatorium-and-spa treatment in antituberculous sanatorium) do not get through specified terms in connection with long-term treatment of multiresistant forms of tuberculosis among parents of contact children.

Key words: *tuberculosis, infected children, health improvement, sanatorium-and-spa institutions.*

УДК 616.61-78-005.4(574)

Ж.К. ЖУМАКАЕВА[1], Д.О. УГРЮМОВ[2], М.О. БУРХЕТЬЕВА[3], У.С. БАЙТУРЕЕВ[4]
[1]ТОО «ID Senim», г. Караганда, [2]ТОО «ID Senim», г. Джезказган,
[3]ТОО «ID Senim», г. Темиртау, [4]МЦ Орынбаева, г. Шымкент

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАРБЭПОЭТИН АЛЬФА В СЛУЖБЕ ГЕМОДИАЛИЗА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В статье представлены результаты оценки эритропоэтинстимулирующих свойств дарбэпоэтина альфа (ДА) у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находящихся на программном гемодиализе. Показано, что терапия ДА при увеличении режима введения 1 раз в неделю до 1 раза в 2 недели одинаково эффективно поддерживает уровень гемоглобина без изменения дозы препарата. В исследовании применялась схема назначения ДА 1 раз в 2 – 3 недели, что также оказалось эффективным в поддержании уровня гемоглобина (результат был сопоставим с «традиционной» вышеуказанной схемой). У всех больных отмечалась хорошая переносимость ДА, из нежелательных явлений можно отметить артериальную гипертензию и головную боль (отмечены у 8% пациентов). Применяя ДА для коррекции нефрогенной анемии, необходимо учитывать адекватность диализа, выраженность вторичного гиперпаратиреоза, а также контролировать развитие инфекционных и воспалительных заболеваний.

Ключевые слова: *терминальная почечная недостаточность, гемодиализ, дарбэпоэтин альфа.*

Нефрогенная анемия – одно из ранних осложнений хронической болезни почек (ХБП). Как правило, анемия наблюдается уже при снижении скорости клубочковой фильтрации меньше 60 мл/мин. Анемия особенно выражена у больных с терминальной стадией почечной недостаточности к началу заместительной почечной терапии и широко распространена при всех видах заместительной почечной терапии, однако наибольшее число больных с анемией наблюдается на программном гемодиализе. При отсутствии лечения анемии, уровень гемоглобина менее 100 г/л наблюдается у 90% гемодиализных больных [1, 2, 3]. Причины нефрогенной анемии – снижение продукции эритропоэтина и/или присутствие ингибиторов эритропоэза, функциональный или абсолютный дефицит железа, острые/ хронические воспалительные заболевания, дефицит фолатов, витамина B_{12}, уремические ингибиторы (ПТГ, спермин и др.), интоксикация алюминием (гемодиализ), кровопотери (явные или скрытые), гемолиз (при механическом повреждении эритроцитов в коннекторах, входных и выходных камерах диализатора, закупорке или перегибе диализных магистралей и несовершенных насосов по крови, несоответствии диаметра фистульных игл скорости потока крови), белково-энергетическая недостаточность, уменьшенное время полужизни циркулирующих эритроцитов [4].

Существующие на сегодняшний день «традиционные» компоненты лечения нефрогенной анемии (применения препаратов железа, применение андрогенов, гемотрансфузии) имеет ряд известных и описанных в литературе недостатков: риск возникновения немедленных гемотрансфузионных реакций, передача вирусных инфекций, перегрузка железом, сенсибилизация [5, 6]. Неоспоримым является и то, что, несмотря на множественный генез анемии, решающий вклад в ее патогенез вносит дефицит выработки эндогенного эритропоэтина в почках [7]. Именно эти факты обусловливают актуальность широкого внедрения в клиническую практику препаратов рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО). Применяемый уже с 1985 г., этот класс препаратов не только революционным образом повлиял на эффективность лечения анемии, но и в целом изменил представление об адекватности заместительной почечной терапии [8]. За последние 20 лет было опубликовано множество руководств и рекомендаций по лечению нефрогенной анемии [9, 10]. Параллельно проводились международные исследования [11], в которых оценивались уровень гемоглобина (НЬ) при лечении анемии у диализных пациентов разных стран и факторы, влияющие на дозы рчЭПО, и достижение целевого уровня НЬ, на связь коррекции анемии с выживаемостью больных. Как показали результаты рандомизированных клинических исследований, лечение нефрогенной анемии непосредственно снижает общую заболеваемость больных, главным образом за счет сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений [12]. Было показано, что достижение целевого НЬ сопровождается обратным развитием гипертрофии левого желудочка, улучшением показателей качества жизни (КЖ) больных, улучшением когнитивной и половой функций, повышением показателей выживаемости [13, 14].

Цель исследования – оценка эритропоэтинстимулирующих свойств дарбэпоэтина альфа (ДА) у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы

В исследование были включены 100 пациентов с терминальной почечной недостаточностью, находившихся на программном гемодиализе (50% – мужчины, 50% – женщины). Среди заболеваний, послуживших причиной ТПН, наиболее частым был хронический гломерулонефрит. У обследованных больных длительность лечения гемодиализом составила от 3 месяцев до 15 лет. Средняя продолжительность сеанса у пациентов составляла 4 часа, но 85% человек посещали процедуру по программе 12-15 часов, а 15% человек 8-10 часов в неделю со скоростью кровотока 300 – 350 мл/мин. КТ/V от 1,1 до 1,51 за сеанс диализа. Выраженного дефицита железа у данной категории больных не отмечалось.

ДА назначался по следующей стандартной схеме:

• исходную еженедельную дозу ДА (мкг/неделю) определяли, разделив общую еженедельную дозу рчЭПО (МЕ/неделю) на 200;

• для всех пациентов стартовая доза ДА составила 30 мкг 1 раз в неделю;

• при достижении уровня гемоглобина ≥110 г/л пациент получал по 30 мкг ДА один раз в 2 – 3 недели.

Результаты и обсуждение

После назначения ДА значения уровня Hb составили 90,6 – 110 г/л через месяц после перевода с терапии рчЭПО. Уже через 2 месяца 76% пациентов достигли целевых значений уровня гемоглобина (≥120 г/л), 24% пациентов не достигли целевых значений данного показателя (≥100 г/л). Нами были констатированы следующие причины

резистентности к терапии ДА у пациентов, не достигших целевых значений Hb: недостаточная доза диализа, вторичный гиперпаратиреоз, кровотечения (желудочно-кишечные, носовые, маточные), инфекционные заболевания (хронический вирусный гепатит), сопутствующие онкологические заболевания. В целом результаты применения ДА для коррекции анемии у больных ХБП на гемодиализе, полученные в нашей клинике, согласуются с опытом других авторов. Увеличение интервала дозирования ДА считают целесообразным для длительного лечения пациентов с ХБП. Так, показано, что терапия ДА при увеличении режима введения 1 раз в неделю до 1 раза в 2 недели одинаково эффективно поддерживает уровень гемоглобина без изменения дозы препарата [15]. В нашем исследовании мы применили схему назначения ДА 1 раз в 2 – 3 недели, что также оказалось эффективным в поддержании уровня гемоглобина (результат был сопоставим с «традиционной» вышеуказанной схемой). У всех больных отмечалась хорошая переносимость ДА, из нежелательных явлений можно отметить артериальную гипертензию и головную боль (отмечены у 8% пациентов). Применяя ДА для коррекции нефрогенной анемии, необходимо учитывать адекватность диализа, выраженность вторичного гиперпаратиреоза, а также контролировать развитие инфекционных и воспалительных заболеваний. В целом назначение ДА можно рассматривать как один из наиболее эффективных подходов к долгосрочному контролю анемии при ХБП.

Вывод

Первый опыт использования ДА в Казахстане у пациентов, находящихся на программном гемодиализе, показал, что препарат обеспечивает повышение уровня Hb свыше 100 г/л и стабильно поддерживает его на достигнутом в ходе лечения уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Рябов С.И. Эритропоэтин в лечении хронической почечной недостаточности. Под ред. С.И. Рябова. – СПб, 1995. – 237 с.

2 Добронравов В.А., Смирнов А.В. Анемия и хроническая болезнь почек // Анемия. – 2005. – №2. – С. 2-8

3 Томилина Н.А., Бикбов Б.Т., Ким И.Г., Андрусев А.М. Сравнительный анализ эффективности разных видов заместительной почечной терапии в аспекте отдаленных результатов // Нефрология и диализ. – 2009. – №1. – С. 21-30

4 Гуревич К.Я., Гуревич А.К. Анемия при хронической болезни почек. – М.: МДВ, 2010

5 Гуревич К.Я. Проблемы и перспективы диализной терапии хронической и острой почечной недостаточности / К. Я. Гуревич, А.А. Соколов, Н.А. Беляков // Эфферентная терапия. – 2004. – № 3. – С.104-111

6 Шило В.Ю. Биоаналоги в лечении анемии при хронической болезни почек: потенциальная польза или неоправданный риск? // Лечащий врач. – 2007. – №9-10

7 Eschbach J.W., Egrie J.G., Downing M.R. et al. Correction of anemia of end-stage renal desease with recombinant human erythropoietin // New Eng. J. Med., 1987, vol. 316. – P. 73-78.

8 Сабодин А.Б. Сравнение различных методик определения остаточной функции почек / А.Б. Сабодин, М.С. Команденко, Г. Д. Шостка // Нефрология. – 2005. – № 2. – С. 61-66

9 Гуревич К.Я. Современные направления развития экстракорпоральной гемокоррекции / К.Я. Гуревич, Н.А. Беляков, А. А. Соколов // Эфферентная терапия, 2004. – Т. 3. – С. 26-36

10 Ватазин А.В. Эффективность гемофильтрации при остром респираторном дистресс-синдроме у больных перитонитом / А.В. Ватаазин, А.М. Фомин, Р.В. Кошелев и др. // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2005 . – №6. – С. 18-23

11 Locatelli F. et al. Related umbilical cord blood transplantation in patients with thalassemia and sickle cell disease // Blood. 2003 Mar 15;101(6):2137-43. Epub 2002. Nov. 7

12 Collins AJ, Li S, St Peter W et al. Death, hospitalization, and economic associations among incident hemodialysis patients with hematocrit values of 36 to 39% // J Am Soc Nephrol. 2001;12:2465–73

13 Locatelli F, Aljama P, Barany P et al. Erythropoietic proteins and antibody-mediated pure red cell aplasia: where are we now and where do we go from here? Nephrol Dial Transplant. 2004b;19:288–93

14 De Oreo PB: Am J Kidney Dis 30:204, 1997

15 Locatelli F, Pisoni RL, Combe C, Bommer J, Andreucci VE, Piera L, Greenwood R, Feldman HI, Port FK, Held PJ. Anaemia in haemodialysis patients of five European countries: association with morbidity and mortality in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) // Nephrol Dial Transplant. 2004 Jan;19(1):121-32

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.К. ЖУМАКАЕВА[1], Д.О. УГРЮМОВ[2], М.О. БУРХЕТЬЕВА[3], У.С. БАЙТУРЕЕВ[4]

[1] «ID Senim» ЖШС, Қарағанды қ.,

[2] «ID Senim» ЖШС, Жезқазған қ.,

[3] «ID Senim» ЖШС, Теміртау қ.,

[4]Орынбаева МО, Шымкент қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ГЕМОДИАЛИЗІ ҚЫЗМЕТІНДЕ ДАРБЭПОЭТИНАЛЬФТЫ АЛҒАШҚЫ ПАЙДАЛАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Зерттеудің мақсаты – гемодиализ бағдарламасымен ем алып жүрген терминалды бүйрек тапшылығымен (ТБТ) науқастарда дарбэпоэтинді альфаның (ДА) эритропоэтин ынталандырушы қасиеттерін бағалау

Материал мен әдістері: Зерттеуге гемодиализ бағдарламасымен ем алып жүрген терминалды бүйрек тапшылығымен (ТБТ) 100 науқас (50% – ерлер, 50% – әйелдер) енгізілген болатын. ДА тағайындағаннан, рчЭПО емінен ауыстырғаннан бір айдан кейін Hb деңгейінің мәні 90,6 – 110 г/л құрады. Енді 2 айдан кейін емделушілердің 76% гемоглобин деңгейінің нысаналы мәніне (≥120 г/л) қол жеткізді, емделушілердің 24% аталған көрсеткіштің нысаналы мәніне қол жеткізе алмады (≥100 г/л). Біз Hb нысаналы мәніне қол жеткізе алмаған емделушілерді ДА-мен емдеуге төзімділігінің мынадай себептерін атап көрсетеміз: диализдің жеткіліксіз мөлшері, қайталама гиперпаратиреоз, қан кетулер (асқазан-ішек, мұрын, жатыр), онкологиялық ауруларға жалғасқан жұқпалы аурулар (созылмалы вирусты гепатит).

Нәтижелері мен талқылау: ДА тағайындағаннан кейін Hb деңгейінің мәні рчЭПО емдеуінен ауыстырғаннан бір айдан кейін 90,6 – 110 г/л құрады. Енді 2 айдан кейін емделушілердің 76% гемоглобин дейгейінің нысаналы мәніне (≥120 г/л) қол жеткізді, емделушілердің 24% аталған көрсеткіштің нысаналы мәніне қол жеткізе алмады (≥100г/л). Біз Hb нысаналы мәніне қол жеткізе алмаған емделушілерді ДА-мен емдеуге төзімділігінің мынадай себептерін атап көрсетеміз: диализдің жеткіліксіз мөлшері, қайталама гиперпаратиреоз, қан кетулер (асқазан-ішек, мұрын, жатыр), онкологиялық ауруларға жалғасқан жұқпалы аурулар (созылмалы вирусты гепатит).

Қорытындылар: Гемодиализ бағдарламасымен ем алып жүрген емделушілерге Қазақстанда ДА-ны алғаш пайдалану тәжірибесі препараттың Hb деңгейін 100 г/л астамға көтеруді қамтамасыз ететінін және оны емдеу барысында қол жеткізілген деңгейде тұрақты ұстап тұратынын көрсетті.

Негізгі сөздер: *терминалды бүйрек тапшылығы, гемодиализ, дарбэпоэтин альфа.*

S U M M A R Y

Zh.K. ZHUMAKAEVA[1], D.O. UGRYUMOV[2], M.O. BURKHETIEVA[3], U.S. BAYTUREEV[4]

[1]LPP«ID Senim», Karagandy c.,
[2]LPP «ID Senim»,Zhezkazgan c.,
[3]LPP «ID Senim»,Temirtau c.,
[4]MC Orynbaeva, Shymkent c.

FIRST EXPERIENCE OF DARBEPOETINALFA APPLY IN HEMODIALYSIS SERVICING IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Purpose of research – estimation of erythropoietin stimulating characteristic of darbepoetin alfa (DA) for patients with terminal nephratony (TN) taking program hemodialysis.

Material and methods: Research includes 100 patients with terminal nephrotony who were under the program hemodialysis (50% – men, 50% – women). After prescription of DA rate of Hb level became 90,6 – 110 g/l in one month period after changing from r-HuEPO therapy. After 2 months 76% patients have already reached target rate of hemoglobin level (≥120 г/л), 24% patients have not reached target rate of this characteristic (≥ 100г/л). Following reasons of resistance to DA therapy for patients who have not reached target rates of Hb were found: lack of dialysis dose, secondary hyperparathyroidism, bleeding (gastroenteric, nasal, uterine), infectious diseases (deep rooted virus hepatitis), associated oncology diseases.

Results and discussion: After prescribing of DA rate of Hb level became 90,6 – 110 g/l in one month period after changing from r-HuEPO therapy. After 2 months 76% patients have already reached target rate of hemoglobin level (≥120 г/л), 24% patients have not reached target rate of this characteristic (≥ 100г/л Following reasons of resistance to DA therapy for patients who have not reached target rates of Hb were found: lack of dialysis dose, secondary hyperparathyroidism, bleeding (gastroenteric, nasal, uterine), infectious diseases (deep rooted virus hepatitis), associated oncology diseases.

Conclusion: The first experience of DA usage in Kazakhstan for patients taking program hemodialysis showed that the medicine provides increase of Hb level higher than 100 g/l and permanently keeps it on this level reached during treatment.

Key words: *terminal nephratony, hemodialysis, darbepoetin alfa.*

УДК 616.12-005.4-085:615.22-053.9

А.К. КАИРБЕКОВ

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

В работе рассматривается применение препарата Кардионат в комплексном лечении ишемической болезни сердца у пожилых больных.

Группа исследования включала 40 больных мужского пола в возрасте от 66 до 79 лет с клиническими признаками ИБС, стенокардией напряженная, ФК3.

Пациенты были разделены на 2 группы. Больным 1 основной группы (п-20) в комплексное лечение включали Кардионат в дозе 250 мг 4 раза в сутки в течение 12 недель. Больные группы контроля – 2-я группа (20 чел.) получали только базисную терапию.

Включение Кардионата в комплексную антиангинальную терапию привело к достоверному уменьшению количества ангинозных приступов на 55,6% (с 1,4±0,4 до 0,6±0,3 раза в сутки; p<0,01), при этом суточная потребность в таблетках НТГ (или его ингаляциях) также достоверно снизилась на 55,1% (с 1,2±0,4 до 0,6±0,3 таблетки в сутки; p<0,01. Отмечено снижение функционального класса (ФК) стенокардии: до лечения у 4 больных определен I ФК, у 11 – II ФК и у 15 – III ФК. После терапии Кардионатом III ФК стенокардии подтвержден у 9 пациентов, II ФК – у 15 и I ФК – у 6.

Показатели САД, ДАД и ЧСС в процессе лечения достоверно не изменились.

Анализ ультразвуковых показателей внутрисердечной гемодинамики не выявил достоверных изменений в значениях КДО и КСО, зарегистрированных перед началом исследования и после курсовой терапии Кардионатом, вместе с тем имело место явное уменьшение значения КДР ЛЖ на 4,4% и увеличение ФВ ЛЖ на 4,4%.

Нарушений показателей углеводного и липидного обменов на фоне курсовой терапии Кардионатом зарегистрировано не было.

На фоне стандартной антиангинальной терапии добавление Кардионата привело к улучшению как субъективных, так и объективных показателей состояния сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова*: ишемическая болезнь сердца, антиангинальная терапия, миокардиальные цитопротекторы, метаболизм, функциональный класс стенокардии.*

На современном этапе развития медицины накоплен определенный опыт и разработаны достаточно эффективные подходы к диагностике и лечению больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Несмотря на большие усилия, направленные на профилактику и лечение ИБС, данное заболевание во многих странах мира стойко занимает первое место среди других причин сердечно-сосудистой смертности [1]. Поэтому основными направлениями лечения больных ИБС являются уменьшение риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти, устранение симптомов заболевания и улучшение качества жизни.

Вместе с тем, трудности подбора оптимального сочетания лекарственных средств, большое количество противопоказаний, тяжесть состояния больных, наличие всевозможных осложнений побуждают исследователей искать способы производства и внедрения максимально эффективных и имеющих минимум побочных эффектов препаратов.

В настоящее время достаточно широко используются

процедуры по прямой реваскуляризации ишемизированного миокарда, тем не менее терапевтические методы вторичной профилактики ИБС по-прежнему не теряют свой актуальности и значимости [2, 3]. Для устранения либо предотвращения симптомов заболевания применяют антиангинальные средства, основные фармакологические свойства которых связаны с воздействием на гемодинамические показатели. Применение стандартной медикаментозной терапии не всегда позволяет добиваться желаемого результата, поэтому продолжается поиск новых методов фармакотерапии.

Проблема повышения эффективности лечения ИБС является одной из центральных в современной кардиологии и имеет большое медико-социальное значение.

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении ИБС, крупные исследования не смогли продемонстрировать улучшение прогноза при этом заболевании в популяции в целом.

Рост числа больных ИБС диктует необходимость поиска новых лекарственных препаратов, не влияющих на доставку кислорода к миокарду и не обладающих отрицательным хронотропным и инотропным эффектом [4, 5]. Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является применение препаратов, непосредственно влияющих на метаболизм ишемизированного миокарда, поскольку в основе его повреждения всегда лежат метаболические нарушения.

К таким препаратам можно отнести миокардиальные цитопротекторы, позволяющие оптимизировать метаболизм миокарда, переключая его с использования жирных кислот на утилизацию глюкозы [6,7].

Поиск препаратов, тормозящих окисление жирных кислот, привел к появлению и внедрению в клиническую практику таких препаратов, как триметазин и мельдоний.

Одним из препаратов мельдония, обладающего выраженными цитопротекторными свойствами и зарегистрированного в Казахстане, является Кардионат® (STADA).

Цель исследования – оценка эффективности Кардионата в комплексном лечении ишемической болезни сердца у пожилых больных

Материал и методы

В исследование было включено 40 больных мужского пола в возрасте от 66 до 79 лет с клиническими признаками ИБС, стенокардией напряженная, ФК3.

Пациенты были разделены на 2 группы. Больным 1 основной группы (п-20) в комплексное лечение включали Кардионат в дозе 250 мг 4 раза в сутки в течение 12 недель. Больные группы контроля – 2-я группа (20 чел.) получали только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и применяемым дозам стандартной терапии. От всех пациентов было получено информационное согласие на участие в исследовании, включая проведение биохимических анализов крови.

При клиническом обследовании больных выясняли общие и типичные для ИБС жалобы, анамнез заболевания, наличие наследственной отягощенности, факторы риска, сопутствующую патологию. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей патологией эндокринной, бронхолегочной, кроветворной систем.

До начало и после окончания 12-недельного исследования у всех пациентов была проведена оценка качества жизни (КЖ) с использованием «Миннесотского опросника качества жизни у пожилых больных».

Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике клинических симптомов: проявление одышки, отеков в конечностях и количеству ангиозных приступов (все больные заполняли аналоговую шкалу одышки и боли при кашле – ВАШ), уменьшение слабости, измерение суточного диуреза, а также по динамике объективных данных: основных показателей гемодинамики (пульса, частоты сердечных сокращений, артериального давления), ЭКГ, эхокардиографии оценивали размеры сердца, функцию выброса ФВ%, ударный объем (УО), минутный объем (МО, л/мин), сердечный индекс (СН), сердечный выброс (СВ), фракцию выброса (ФВ).

Статическая обработка результатов исследования проводилась методами параметрической и непараметрической статистики.

Использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних стандартных отклонений, стандартных ошибок ранговых статистик и т.д., а также известные критерии значимости t-критерий Стьюдента и т.д.).

Результаты и обсуждение

Включение Кардионата в комплексную антиангинальную терапию привело к достоверному уменьшению количества ангинозных приступов на 55,6% (с 1,4±0,4 до 0,6±0,3 раза в сутки; $p<0,01$), при этом суточная потребность в таблетках НТГ (или его ингаляциях) также достоверно снизилась на 55,1% (с 1,2±0,4 до 0,6±0,3 таблетки в сутки; $p<0,01$; рис. 1).

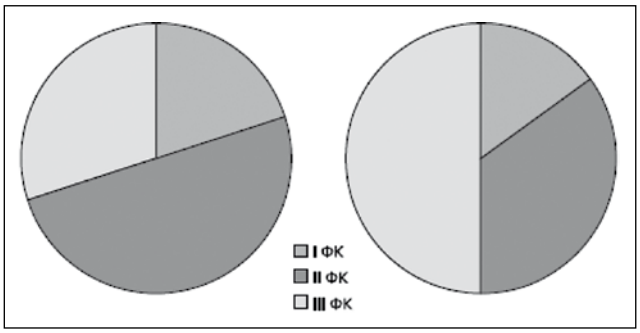


Рисунок 1 – Динамика количества ангиозных приступов и потребности в НТГ в сутки исходно и на фоне курсовой терапии Кардионатом

Отмечено снижение функционального класса (ФК) стенокардии: до лечения у 4 больных определен I ФК, у 11 – II ФК и у 15 – III ФК. После терапии Кардионатом III ФК стенокардии подтвержден у 9 пациентов, II ФК – у 15 и I ФК – у 6 (рис. 2).

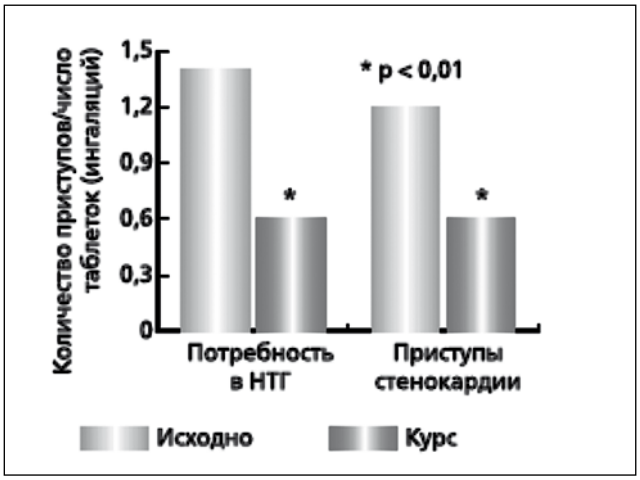


Рисунок 2 – Показатели функционального класса стенокардии исходно и после 4-недельного лечения Кардионатом

Показатели САД, ДАД и ЧСС в процессе лечения достоверно не изменились.

По данным ВЭМ выявлено достоверное увеличение физической толерантности на 28,7% (с 49,1±6,1 до 63,2±7,8 Вт; p<0,002), при этом дистанция шестиминутной ходьбы также возросла на 13,2 %, а качество жизни улучшилось на 27,8%.

Анализ ультразвуковых показателей внутрисердечной гемодинамики (см. табл. 1) не выявил достоверных изменений в значениях КДО и КСО, зарегистрированных перед началом исследования и после курсовой терапии Кардионатом, вместе с тем имело место явное уменьшение значения КДР ЛЖ на 4,4% и увеличение ФВ ЛЖ на 4,4%.

Таблица 1 – **Динамика показателей систолической функции на фоне четырехнедельной курсовой терапии Кардионатом в дозе 1 г/сут**

Показатель	До лечения	После лечения	Д%	P
КДР, мм	52,0±1,3	49,7±1,2	-4,4	0,003
КСР, мм	34,4±1,2	33,6±1,1	-2,4	0,300
КДО, мл	131,5±8,0	129,1±6,9	-1,8	0,070
КСО, мл	55,2±5,4	53,3±3,7	-3,3	0,400
ФВ (В), %	58,2±1,7	60,8±1,5	4,4	0,040

Нарушений показателей углеводного и липидного обменов на фоне курсовой терапии Кардионатом зарегистрировано не было. Установлена хорошая переносимость препарата, лишь у 2 (6,6 %) больных отмечено сердцебиение на фоне приема Кардионата, которое прошло самостоятельно и не потребовало его отмены.

Хорошая переносимость, удобный режим назначения – все это определяет хорошую приверженность больных к лечению препаратом Кардионат.

Выводы

1. На фоне стандартной антиангинальной терапии добавление Кардионата привело к улучшению как субъективных, так и объективных показателей состояния сердечно-сосудистой системы.

2. Проведенное исследование подтвердило высокую эффективность Кардионата как цитопротектора, применяемого для лечения ИБС.

3. Курсовой прием Кардионата в дозе 1 г/сут позволил добиться достоверного клинического улучшения у всех обследованных больных. Эти результаты совпадают с данными, полученными Карповым Р.С. и соавт. [6, 7], а также Ольбинской Л.И. и соавт., которые оценивали эффективность и безопасность применения милдроната у больных ИБС. В этих работах показано, что выраженный клинический эффект у больных ИБС со стабильной стенокардией II–III ФК наблюдался после одно-трехнедельного курса милдроната при его применении в дозе 0,5–1,0 г/сут.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risk, promoting healthy life. www.who.int

2 Thadani U. Current medical management of chronic stable angina J Cardiovasc Pharmacol Therapeut 2004;9(Suppl. 1):S11–S29

3 Gibbon RJ, Abrams J, Catterjee, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – Summary article: A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). Circulation 2003;107:49–158

4 Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности // М. – Медио Медика – 2000. – 266 с.

5 Карпов Р.С. Клиническая эффективность и безопасность милдроната при лечении ХСН у больных ИБС // Кардиология – 2000 – №6. С. 69-74

6 Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Перепеч Н.Б. Применение Милдроната в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности // Клиническая медицина – 1999. – Т. 77. – №3. – С. 41-43

7 Калвиныш И.Я. Милдронат – механизм действия и перспективы его применения // Рига – ПАО «Гриндекс». – 2002 – 39 с.

ТҰЖЫРЫМ

А.К. ҚАЙЫРБЕКОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

КАРДИОНАТТЫ ҚАРТ НАУҚАСТАРДАҒЫ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУГдЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Зерттеудің мақсаты – қарт науқастардағы жүректің ишемиялық ауруын кешенді емдеудегі Кардионаттың тиімділігін бағалау.

Материал және әдістері: Зерттеу тобына ЖИА клиникалық белгілерімен, ауыр стенокардиямен, ФКЗ-мен, жас аралығы 66-дан 79-ға дейінгі ер жынысты 40 науқас енгізілген болатын.

Емделушілер 2 топқа бөлінді. 1 негізгі топтың науқастарына (п-20) кешенді емдеуге 12 апта бойына 250 мг мөлшердегі Кардионатты тәулігіне 4 мәртеден енгізілді. 2 бақылау тобының науқастары (20 адам) тек базалық ем алды.

Нәтижелер және талқылау: Кардионатты кешенді жүрек қысылуына қарсы емге енгізу жүректің қысылу ұстамаларын 55,6% (тәулігіне 1,4±0,4-ден 0,6±0,3 мәртеге дейін; p <0,01) сенімді түрде азайтуға әкелді, бұл ретте НТГ түймедақтарына (немесе оның ингаляциясына) тәуліктік қажеттілікте 55,1% (тәулігіне 1,2±0,4-тен 0,6±0,3 түймедаққа дейін; p <0,01) сенімді түрде азайды; стенокардияның функционалдық класының (ФК) төмендеуі байқалған: емделгенге дейін 4 науқаста I ФК, 11 науқаста II ФК және 15 науқаста III ФК анықталған. Кардионатпен емделгеннен кейін стенокардияның III ФК 9 науқаста, II ФК 15 науқаста және I ФК 6 науқаста расталды.

Емдеу барысында САҚ, ДАҚ және ЖЖЖ сенімді түрде өзгермеген.

Жүрекіші гемодинамикасының ультрадыбыстық көрсеткіштерін талдау зерттеуге кірісердің алдында және Кардионатпен курстық емделгеннен кейін КДО мен КСО-ның тіркелген мәндерінде сенімді өзгерістерді анықтаған жоқ, сонымен бірге КДР ЛЖ-ның 4,4 % анық кемігені мен ФВ ЛЖ-ның 4,4% ұлғайғаны байқалды.

Кардионатпен курстық емделу аясында көмірсу және липидтік алмасу көрсеткіштерінің бұзылуы тіркелмеген.

Қорытынды: Стандартты жүрек қысылуына қарсы емдеу аясына Кардионатты қосу жүрек-қан тамырлары жүйесінің жай-күйінің субъективтік және объективтік көрсеткіштерін жақсартуға әкелді.

Негізгі сөздер: *Жүректің ишемиялық ауруы, жүрек қысылуына қарсы ем, миокардиалдық цитопротекторлар, метаболизм, стенокардияның функционалдық класы.*

SUMMARY

A.K. KAIRBEKOV

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

THE EXPERIENCE OF CARDIONATE APPLICATION IN COMPLEX TREATMENT OF THE ELDERLY PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

The purpose of research is the Performance Evaluation of Cardionate in complex treatment of the elderly patients with coronary heart disease.

Material and methods: The research group consisted of 40 male patients, aged 66 to 79 years with clinical signs of coronary heart disease, and tense stenocardia, fibrocystic disease.

Patients were divided into 2 groups. The patients of main group 1 (p-20) were engaged in the complex treatment with Cardionate of 250 mg dose 4 times per day during 12 weeks. The patients of control group 2 (20 persons) received only basic therapy.

Results and discussion: The inclusion of Cardionate into the complex antianginal therapy led to a significant decrease in the number of anginous attacks by 55,6% (from 1,4±0,4 to 0,6±0,3 times a day; p <0.01), thus, the daily need for Impaired Glucose Tolerance tablets (or its inhalations) also significantly reduced by 55,1% (from 1,2±0,4 to 0,6±0,3 tablets per day; p <0,01; it was noted the decrease of functional class (FC) of stenocardia: before treatment is defined FC I at 4 patients, FC II is at 11 patients and FC III is at 15 patients. After therapy by Cardionate, stenocardia FC III was confirmed at 9 patients, FC II was at 15 patients and FC I was at 6 patients.

Indicators of SBP, DBP and heart rate during treatment had not been significantly changed.

Analysis of ultrasound indicators of intracardiac haemodynamics revealed no significant changes in the values of EDV and ESV, registered before the research and after course therapy by Cardionate, and with it there were a clear reduction in the value of LV EDD by 4.4% and an increase in the value of LV EF by 4.4%.

There were not revealed any disturbance of carbohydrate and lipid metabolism on the background of course therapy by Cardionate.

Conclusions: The supplement of Cardionate on the background of standard antianginal therapy led to an improvement of both subjective and objective indicators of the cardiovascular system state.

Key words: *Coronary heart disease, antianginal therapy, myocardial cytoprotectors, metabolism, functional class of stenocardia.*

СОДЕРЖАНИЕ

ГЕРОНТОЛОГИЯ

Абикулова А.К., Ешманова А.К., Тулеуова Д.Ж. Формирование и оценка значимости демографических показателей как основа социальной политики государства в отношении лиц старшего возраста Республики Казахстан 2

ПРОФИЛАКТИКА

Маншарипова А.Т., Ким З.Г., Ешманова А.К., Ахмад Н., Садыров Г.А. Изучение медико-социальных показателей сельского населения для профилактических программ возрастнозависимых заболеваний 5

ТРАНСФУЗИОННАЯ МЕДИЦИНА

Кульмирзаева Д.М., Игисинов Н.С. Оценка знаний, отношения и практики донорства крови в Казахстане: результаты социологического исследования. 8

Аккушкарова Н.Т., Мазгумова Р.З. Участие в донорстве различных донорских контингентов и факторы, влияющие на донорскую активность. 12

ГЕПАТОЛОГИЯ

Джунушева Ч.И. Функциональное состояние печени и желчного пузыря по данным динамической гепатобилиарной сцинтиграфии 14

ЭКОЛОГИЯ

Тухватшин Р.Р., Койбагарова А.А., Аттокурова Г.Н. Проблемы урановых хвостохранилищ Кыргызстана и их влияние на здоровье человека (литературный обзор) 17

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Мамедалиева Н.М. Распространенность дефицита магния среди беременных женщин в Республике Казахстан (результаты многоцентрового исследования PROMISE) 20

Нехаева И.Е. Прегравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием на ранних сроках 26

Габдулина Г.Х., Токарев А.Г., Ногаева М.Г., Джунусбаева Н.М., Жубаева Г.С. Коррекция остеопенического синдрома у беременнных 30

Исенова С.Ш., Датхаева З.А., Тайбогарова А.С., Кадримбетова И.С., Тесленко В.В. Пути снижения перинатальной смертности 32

СОДЕРЖАНИЕ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Гусеинова З.К., Тайжанова Д.Ж., Бейсенбекова Ж.А., Тойынбекова Р.Ж., Тауешева З.Б. Морфофункциональные особенности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных опийной наркоманией 35

Гусеинова З.К., Тайжанова Д.Ж., Бейсенбекова Ж.А., Тойынбекова Р.Ж., Тауешева З.Б. Асқазан және он екі елі ішек ойық жарасы бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыс....37

Баймаханов Б.Б., Кыжыров Ж.Н., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Досжанов Н.С., Садыков Ч.Т., Есенбеков Н.Б. Применение малоинвазивных методов в лечении деструктивного панкреатита 40

Қыжыров Ж.Н., Берістемов Ғ.Т., Атантаев А.Б., Қадыралиев Д.Б., Қабыл Б., Мауленов Н.Б., Есенбеков Н.Б., Смагулова Ж.С., Дуйсенова Ж.А. Өт қабы мен 12 – елі ішек жыланкөзі....43

Баймаханов Б.Б., Кыжыров Ж.Н., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Беристемов Г.Т., Досжанов Н.С., Садыков Ч.Т., Мауленов Н.Б. Диагностика и лечение острого панкреатита 45

КАРДИОЛОГИЯ

Имангалиева А.М. Механизм влияния гирудотерапии в комплексном лечении артериальной гипертензии (обзор литературы)....48

Сейтжанова Г.М. Нитрендипин – улучшение когнитивных расстройств при лечении больных с артериальной гипертонией....50

Ешманова А., Белтенова А., Маншарипова А., Сатыбалдина Г., Мусаев А. Внедрение новых технологий кардиологического скрининга в систему медицинского контроля метрополитена г. Алматы....53

Имантаева Г.М. Клинико-эпидемиологическое исследование «ОДИССЕЯ»: фокус на пациентов высокого риска 56

ГЕПАТОЛОГИЯ

Ташенова Л.К., Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Шумков Ю.П., Гридин И.О., Мухамбетьярова С.А. Эффективность урсодезоксихолевой кислоты в лечении желчнокаменной болезни....59

ОНКОЛОГИЯ

Кисаев Е.В. Злокачественные новообразования центральной нервной системы в Арало-Сырдарьинской экозоне Казахстана: компонентный анализ динамики заболеваемости 62

РЕВМАТОЛОГИЯ

Баранова И.А., Торопцова Н.В. Новые рекомендации по диагностике и лечению глюкокортикоидного остеопороза 66

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Айтубаева Х.К. Синдром поликистозных яичников: современный взгляд на проблему (обзор литературы)....70

Тлегенов А.Ш. Поздняя диагностика аденомы паращитовидных желез 73

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Ешманова А., Сатыбалдина Г., Маншарипова А., Мусаев А., Абикулова А., Толеуова Д., Белтенова А., Исаматов Б., Ли Е., Султанова А., Халитов Ш. Исследование состояния здоровья работников метрополитена г. Алматы....75

СТОМАТОЛОГИЯ

Сейтбекова Б.М. Принципы реабилитации детей с травматическими повреждениями зубов....77

ФТИЗИАТРИЯ

Ереженов М.Ш. Туберкулез ауруының ашық түрімен тығыз қарым-қатынаста болған балалардың санаториялық жолмен сауықтырылуының маңызы және емдеу мерзімі жайлы 80

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Жумакаева Ж.К., Угрюмов Д.О., Бурхетьева М.О., Байтуреев У.С. Первый опыт применения дарбэпоэтин альфа в службе гемодиализа Республики Казахстан 82

Каирбеков А.К. Опыт применения Кардионата в комплексном лечении ишемической болезни сердца у пожилых больных....84