



АКАДЕМИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2012 г., № 4 (106)

АЛМАТЫ

Научно-практический журнал «Здоровье и болезнь» № 4 (106)
Издается с марта 1997 года. Выходит каждые два месяца
Учредитель – Академия профилактической медицины

Основатель журнала
академик РАМН и НАН РК Т.Ш. ШАРМАНОВ

Редакционная коллегия:

Главный редактор – И.Г. Цой

А.А. Алдашев (*зам. гл. редактора*), А.А. Аканов,
А.С. Бухарбаева (*отв. секретарь*),
Е.Д. Даленов, М.К. Кульжанов, Л.Е. Муравлева,
К.С. Ормантаев, Т.К. Рахыпбеков, Ю.А. Синявский

Редакционный совет:

Д.А. Азонов (г. Душанбе), К.Н. Апсаликов (г. Семипалатинск),
А.К. Батулин (г. Москва), Г.В. Белов (г. Бишкек),
С.А. Диканбаева (г. Алматы), Т.К. Каримов (г. Актөбе),
У.И. Кенесариев (г. Алматы), Р.С. Кузденбаева (г. Алматы),
А.К. Машкеев (г. Алматы), П.С. Ников (г. Одесса),
Т.И. Слажнева (г. Алматы), Ш.С. Тажибаев (г. Алматы),
С.П. Терехин (г. Караганда)

Адрес редакции:

050008, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.
Тел.: 8 (727) 375-80-57, 8 (727) 375-14-74. Факс: 8 (727) 375-05-29.
E-mail: albinasb@mail.ru

Издание зарегистрировано Национальным агентством по делам печати и
средствам массовой информации Республики Казахстан.
Свидетельство № 471 от 27.03.97.

Отпечатано в ТОО «Издательская компания «Раритет»
050022, г. Алматы, ул. Масанчи, 98,
тел./факс 260-67-08

Уч.-изд. л. 16,5. Формат 70×100¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Корректор *И. Писаревский*
Компьютерная верстка *Г.Н. Есимбековой*

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

С.А. Абдрахманова, Г.К. Каусова. К вопросу очковой коррекции зрения населения г. Алматы	5
А.К. Катарбаев, Г.К. Ксетаева, Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева, К.А. Умешева, И.Е. Сулейменова, Г.Н. Чингаева. Возможности лабораторной диагностики вируса гриппа (Обзор литературы)	10
Г.К. Ксетаева, Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева, К.А. Умешева, А.К. Катарбаев, Г.Н. Чингаева, И.Е. Сулейменова. К вопросу о персистенции гриппозной инфекции (Обзор литературы)	13
А.С. Муталиева, Э.С. Утегенова, М.К. Сапарбеков. Актуальные проблемы эпидемиологии вирусного гепатита С (Обзор литературы)	17
Э.А. Аликеева, М.К. Сапарбеков. Зарубежный и отечественный опыт современных технологий в системе профилактики ВИЧ-инфекции (Обзор литературы)	22
М.Т. Абдырахманова. Особенности терапии и профилактики респираторно-вирусных инфекций у беременных женщин (Обзор литературы)	27
М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев Результаты скрининг-исследования мужчин г. Костаная в рамках программы «Мужское репродуктивное здоровье»	32
М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев. Результаты скрининг-исследования мужчин г. Талдыкоргана в рамках программы «Мужское репродуктивное здоровье»	35
С.С. Сагатбекова. Квантовая гемотерапия в лечении и профилактике остроконечных кондилом (Обзор литературы)	39
А.А. Сейтбаева. Некоторые аспекты клинического течения и лечения внебольничной пневмонии	43
М.И. Матаков, Т.А. Ким, Н.П. Чижова, Е.Т. Аймурзаева, Г.Т. Сейкетова, Б.Т. Бегеубаева, А.К. Оспанова, Б.Д. Даутханова, А.Т. Карбузова, Н.Г. Носербекоева, Р.Н. Оспанова, С.И. Кудина, К.М. Бимырзаева. Микробные биопленки. Возможные способы их эрадикации (Обзор литературы)	49
Т.А. Ким. Опыт лабораторного исследования на листериоз по материалам Централизованной бактериологической лаборатории г. Алматы	59
Г.К. Каусова, А.А. Жоламанова. Роль различных факторов в развитии психосоматических заболеваний (Обзор литературы)	61
А.А. Жоламанова, Г.К. Каусова. Психологические особенности хронических заболеваний (Обзор литературы)	66
А.А. Жоламанова, Г.К. Каусова, Ж.А. Калматаева. К проблеме диагностики психосоматических расстройств (Обзор литературы)	73

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Б.А. Өтеп. Основные эпидемиологические показатели Карасайского района в сравнении с ситуацией по РК	78
К.П. Садикова. Туберкулез в Кызылординской области	83
Ұ.М. Сариева. Қызылорда облысы бойынша 2006–2008 жылдар аралығында мультитүрақты туберкулез науқастарының ем тиімділігінің бағалауы	87
З.М. Мамедова. Адекватность контрацептивного поведения студенток высших учебных заведений г. Алматы	90
К.М. Кожасова, А.М. Мазбаева, О.П. Соловьева, Б.К. Тюлегенбаева. Роль экспертной деятельности в профилактике нарушений профессиональных обязанностей и медицинских ошибок	93
А.Н. Айгырбаева. Роль первичной медико-санитарной помощи в выявлении экстрагенитальной патологии при беременности	95
Р.Р. Тенизбаева. Клиника герпесвирусной инфекции, вызванной простым герпес-вирусом	98

Ж.Ю. Кенжаева, З.Г. Камзина. Анализ исходов сифилитической инфекции у родильниц в родильном отделении клинической больницы № 1 г. Алматы	100
К.С. Мустафаева. Идиопатический пролапс митрального клапана (случай из практики)	103
Г.А. Алтыбаева. Оценка качества диспансеризации детей первого года жизни в амбулаторных условиях	105
Э.М. Жанбекова. Диспансерное наблюдение часто болеющих детей в амбулаторных условиях	108
Г.А. Алтыбаева. Преморбидный фон и клинические проявления у часто болеющих детей	110
Ж.О. Сарбасова, А.А. Нуртаева, А.Н. Оразымбетова, Х.А. Султанкулова. Результаты лечения аскорилом больных детей с кашлем при ОРВИ в амбулаторных условиях	113
А.К. Шукаева, Н.А. Ким, Н.П. Калембет. Эффективность и безопасность препарата Циннабсин при лечении риносинуситов у детей	117
Д.Е. Огай. Характеристика результатов исследования больных детей острым и хроническим пиелонефритом	121
Д.Е. Огай. Характеристика патологии мочевой системы у детей с повышенной массой тела	124
М.М. Туреханов, С.Ч. Садыкова, А.К. Сагиндыкова, Г.Б. Жармухаметова, Х.Т. Исламова, А.Б. Еркинбекова, А.Д. Нурахова, Г.К. Отепова. Особенности анестезиологического пособия у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области	127
Г.Е. Дукумбаева. Фитодерматиты у детей	130
Г.Е. Дукумбаева. Некоторые особенности течения атопического дерматита детей раннего и дошкольного возраста	132
Б.К. Нурдаулетов. Распространенность употребления психоактивных веществ среди школьников мегаполиса	135
Ф.А. Алдешова. Диагностика хронической обструктивной болезни легких	139
Б.Н. Исембаев, Г.Е. Казангапова, А.Б. Кожаберженов, Е.С. Орыспаев. Опыт клинического применения кальций- D_3 Никомеда у больных с послеоперационным гипопаратиреозом в условиях Алматинской многопрофильной клинической больницы	140
Б.Н. Исембаев. Применение ксефокама как компонента премедикации, проведение наркоза и послеоперационного обезболивания при общехирургических операциях	143
А.М. Толемисова. Протективный эффект бифидумбактерина форте при нарушениях микробиоценоза кишечника у пожилых больных	144
Р.Д. Абсимова, Г.Т. Сахипова, Т.А. Попова, А.М. Толемисова, Р.Ж. Рахимова. Показатели углеводного обмена у больных остеоартрозом и избыточной массой тела	148
М.А. Жанузак. Эффективность хондроитина сульфата (хондроксид) при остеоартрозе коленных суставов	151
Б.К. Нурдаулетов. Применение комбинации карбамазепина и нитразепама при алкогольном абстинентном синдроме	153
Д.Т. Тлеубаева. Влияние анаприлина на тремор у пациентов с алкогольным абстинентным синдромом	155
Ж.А. Аязбаев, Е.М. Нысанов, Д.Т. Тлеубаева. Сравнение эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии инсомнии	157
Е.М. Нысанов. Изменение уровня тревоги в процессе лечения никотиновой зависимости	160

РЕФЕРАТЫ

Г.К. Касенова. Опыт применения карведилола в лечении хронической сердечной недостаточности	164
А.М. Мазбаева, О.П. Соловьева, Б.К. Тюлегенбаева. Факторы риска и профилактика заболеваний в детском и подростковом возрасте	165
Т.А. Джетписова. Новые возможности нефропротективной терапии при хроническом гломерулонефрите	166

УДК 614.2

С.А. АБДРАХМАНОВА, Г.К. КАУСОВА

**К ВОПРОСУ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
г. АЛМАТЫ***Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы*

Зрение человека – уникальный инструмент познания мира. Орган зрения – глаз – устроен оптимально таким образом, чтобы заложенные природой функции и задачи выполнялись, и выполнялись эффективно. Но глаз не существует сам по себе, отдельно от всего организма. Плохое зрение – признак сбоя жизненно важных составляющих всей биологической системы, которой является человек. Нарушение зрения, снижение зрения, все те процессы, которые мы называем расстройством зрения, – это сигнал о проблемах, требующих немедленного реагирования. Причиной нарушения зрения могут оказаться сосудистые заболевания, проблемы с сердцем. Плохим зрением может сопровождаться повышение уровня сахара в крови.

По данным ВОЗ, 65% населения мира имеет расстройства зрения, и только 26% в настоящее время пользуются очками или линзами для коррекции зрения. Прогнозы экспертов относительно зрения человечества в целом неутешительны: к 2020 году число лиц, носящих очки, на планете достигнет 2,5 миллиарда человек из 7-миллиардного населения Земли [1].

Для сравнения: в Российской Федерации (РФ) 40 миллионов человек уже пользуются средствами коррекции зрения, таковы данные Минздравсоцразвития. Около миллиона детей уже рождается с плохим зрением. А к 15 годам их количество увеличивается в 3 раза. По данным официального общественного опроса Минздравсоцразвития РФ, 23,6% россиян страдают близорукостью/дальнозоркостью, но не испытывают при этом дискомфорта, 22,5% считают, что с их глазами все в порядке, 20,2% жалуются на регулярную усталость и сухость глаз в конце рабочего дня, а 18,1% считают, что с их зрением не все хорошо. В РФ, по данным статистики, 40,8% населения для преодоления дефектов зрения пользуются корректирующими очками и 2% – контактными линзами [2]. Анализ мировых тенденций развития рынка оптических услуг свидетельствует об увеличении его емкости. В первую очередь это связано с ухудшением экологической обстановки, напрямую влияющей на уровень и качество зрения, а также с рядом факторов социально-экономического характера. Важным фактором, обуславливающим повышение спроса на оптические услуги, являются процессы глобальной информатизации всех сфер деятельности человека, напрямую влияющие на ухудшение зрения (телевидение, компьютерная техника и зрительная нагрузка в школах и т. д.) [2]. Что же касается социально-демографических особенностей населения, то, по статистике, доля женщин, нуждающихся в коррекционной оптике, превышает долю мужчин. С одной стороны, это вызвано биологическими факторами, а с другой стороны – факторами моды: декоративные очки и контактные линзы можно отнести к элементам украшения, которые традиционно пользуются намного большим спросом у женщин, нежели у мужчин [3]. Потребность в оптике напрямую зависит от возраста населения: чем старше возрастная категория, тем больше доля людей, нуждающихся

в коррекции зрения, 24,5% населения относится к возрастной категории – мужчины 60 лет и более, женщины 55 лет и более. Большинство из них нуждаются в коррекции зрения. Практически каждый 2-й житель среднего или крупного города имеет дефекты зрения, каждый 5-й вынужден использовать средства коррекции (постоянно или периодически), по мировым стандартам, должен обращаться к врачам-офтальмологам с целью проверки зрения и назначения лекарственных препаратов и средств коррекции не реже одного-двух раз в год [1].

Согласно мировым данным на каждые 30 000 жителей населенного пункта необходим полноценный салон оптики, который мог бы предложить своим клиентам не только современные средства коррекции, но и необходимые медицинские услуги по диагностике зрения и профессиональному подбору средств коррекции нарушений зрения. Мировой рынок очковой оптики в 2010 году, по данным исследования Global Industry Analysts (GIA), достиг \$20 млрд [4]. Рост мирового рынка очковой оптики более скромнен по сравнению с ростом других сегментов рынка медицины. Однако за последние 5 лет объем его удвоился. Рынок оптической коррекции зрения, включающий в себя рынок очковой оптики и рынок контактной коррекции зрения, является составной частью рынка средств коррекции зрения, характерной особенностью которого является целевая ориентация на конечного потребителя. На подавляющую часть населения страны в настоящее время реализацией очковой оптики занимается большое число частных предпринимателей, предлагающих продукцию с лотков в переходах, на рынках, вокзалах и т. д. без соответствующих документов [3]. Рынок очковой оптики в Республике Казахстан (РК) в настоящее время является одним из наиболее динамично развивающихся коммерческих секторов медицины. В настоящее время в РК около 1/4 населения с нарушением зрения. Очки для многих становятся товаром первой необходимости. Казахстанский рынок является неотъемлемой частью мирового рынка очковой оптики. Несмотря на финансовый кризис, большинство участников рынка «выжили», а сам рынок сохранил объем в стоимостном выражении. Большинство экспертов рынка прогнозируют дальнейший рост рынка в стоимостном выражении в размере 5–10% в год. По экспертным оценкам, российский рынок очковой оптики к 2015 году достигнет \$1,9–2 млрд. За последние пять лет, по данным аналитических компаний, в натуральном выражении рынок очковой оптики вырос на 1–5%. Эксперты компании «Финам» российский рынок оптики оценили приблизительно в 25–28 млн шт. (оценка в 2005 году) [4].

По данным Ассоциации производителей медицинской оптики, рынок очковых и контактных линз в натуральном выражении составляет 12–13 млн шт. в год (данные 2007 года).

По оценкам аналитиков рынка, в 2010 году на рынке очковой оптики сохранилась тенденция роста рынка в натуральном выражении как за счет роста нуждающихся людей в коррекции зрения, так и за счет сокращения периода обновления очков (линз) [5].

По статистике, европейцы и американцы меняют очки один-два раза в год. В РК и РФ делают реже – более половины потребителей рынка делают это реже 1 раза в 2–3 года. Поэтому совокупный оборот рынка очков в РФ и РК в четыре раза меньше, чем в Европе. Это значит, что в перспективе рынок будет расти [4]. Надо отметить, что ситуация на рынке постепенно меняется, обеспеченные потребители уже готовы покупать по 2–3 пары очков в год, некоторые из них подбирают их специально под определенный костюм. Такая тенденция одинаково характерна как для солнцезащитных, так и для медицинских очков. На увеличение емкости рынка оптических услуг влияют и

тенденции моды. Известно, что продукция оптики – это больше, чем просто продукция для коррекции зрения. Предлагаемые потребителю оправы и линзы являются элементом не только защиты зрения, но и создания имиджа потребителя, его нового образа.

На протяжении последних 10 лет основным направлением, по которому двигалась розничная торговля очковой оптики, был постепенный переход от торговых точек и уличных стендов на рынках и ярмарках к цивилизованным формам торговли – салонам и бутикам оптики [4].

В розничном ритейле очковой оптики различают четыре основных формата точек продаж.

– Сегмент масс-маркет: стенды и торговые точки на улицах, в метро, магазинах, на рынках и т. п., а также небольшие специализированные киоски/магазины с готовой продукцией.

– Салоны оптики и центры коррекции зрения. Главным отличительным признаком салона оптики является наличие офтальмолога.

– Пункты выдачи интернет-магазинов очковой оптики.

– Бутики и магазины модной одежды [4].

Что касается сегмента масс-маркета, то за 10 лет количество ларьков и палаток в Алматы не уменьшилось. На сегодня 60% всех торговых точек очковой оптики – это стенды, лотки и киоски. На салонную торговлю оптики приходится около 40%. Казахстанский рынок очковой оптики не насыщен, поэтому динамично развивается. За последние 10 лет розничная сеть по продаже оптики увеличилась примерно в 10 раз. Особенно быстро растет количество оптик в крупных городах Казахстана. Сегодня по Алматы около 68–70 салонов оптики, которые способны предоставить качественные услуги, не просто продать клиенту очки или линзы, но еще и провести квалифицированное обследование [6]. В среднем по Алматы на 26–30 тыс. человек приходится один салон оптики.

По данным экспертов рынка, чтобы открыть частный салон оптики, сегодня требуется от \$ 85 тыс. первоначальных инвестиций. Точный «потолок» максимального размера инвестиций в открытие салона большинству экспертов назвать трудно. Главным образом, это связано с разницей цен на производственное оборудование [3]. На сегодня даже самые большие оптические сети насчитывают в Алматы не более 70 салонов, для сравнения, на Западе – от 1 до 1,5 тысячи точек [6]. По количеству салонов сетевые компании можно разделить на группы:

– крупные сети – 10 салонов оптики и более;

– средние сети – 6–9 салонов оптики;

– мелкие сети – 3–5 салонов оптики;

– очень мелкие сети – 2 салона оптики.

Большинство представленных в Алматы компаний очковой оптики имеет небольшое количество салонов. Около 85–88% сетевых компаний имеют 2 салона оптики [6].

Различные группы населения отличаются активностью посещения салонов оптики, имеют разные расходы на покупку. По усредненной статистике, 10 лет назад россиянин менял очки для коррекции зрения один раз в четыре года. Сегодня ситуация значительно улучшилась, и только 40% потребителей производят замену очков один раз в 4–5 лет и реже. Примерно столько же (42%) потребителей покупают очки 1 раз в 2–3 года. 15% опрошенных замену производят каждый год [4].

На протяжении последних 10 лет основным направлением, по которому двигалась розничная торговля очковой оптикой, был постепенный переход от рынков и яр-

марок к цивилизованным формам торговли и активное построение розничных сетей. Сегодня в салоны оптики приходят за покупкой более 50% потребителей. При этом около 30% покупок в других городах потребители очковой оптики до сих пор делают на торговых стендах, на лотках и в киосках на улицах, на рынках, в магазинах. Как отмечалось выше, основа ассортимента алматинских салонов оптики – импортный ассортимент. Сегмент терапевтических очков на рынке освоен известными в мире производителями – CooperVision, Johnson & Johnson (Великобритания), Bausch & Lomb, Carl Zeiss, Corning Inc. (США) и другими. Среди российских производителей наибольшей активностью отличаются ООО «Комтез», «АЛМ-Оптик» (Москва), «Лорнет-М» (Владимир), «Ликон» (Владимир).

В сегменте декоративной оптики наиболее известны следующие производители: Metzler International, LVM H (Louis Vuitton), Christian Dior, Prada и Sephora, а также Allison S.p.A. (Италия) и Silhouette International Schmied AG (Silhouette, Daniel Swarovski Paris, Adidas, Австрия). Кроме того, в данной категории среди производителей чаще выступают компании, занимающиеся выпуском модной одежды, для которых очки – лишь дополнительный стильный аксессуар.

Что касается сегмента солнцезащитных очков, то сегодня мировым лидером по производству оправ и солнцезащитных очков является Италия, которая далеко опережает все остальные страны. В Италии и Франции существуют особенно сильные традиции производства очков, в странах есть целые оптические регионы, в которых сосредоточены многочисленные предприятия-производители. Другие ведущие производители оптики – это Япония, Германия Франция, Гонконг и Китай [4].

По оценкам экспертов, российский рынок очковой оптики к 2015 году достигнет \$ 1,9–2 млрд.

Дистрибуция очковой оптики в РК переходит к цивилизованным формам торговли: салоны оптики, центры коррекции зрения, бутики оптики класса премиум. Количество салонов оптики, открытых в торговых центрах и рядом с ними, за последние годы выросло в несколько раз, что привело к увеличению конкуренции. В результате половину розничного рынка очковой оптики в настоящее время занимает сегмент салонов оптики, хотя формат масс-маркет до сих пор занимает чуть менее 50% в стоимостном выражении и почти 60% по количеству торговых точек. «Дега-оптикал» – крупнейшая сеть салонов Казахстана. Компания начала свою деятельность в 1995 году и расширила свою сеть – 6 салонов в Алматы, есть салоны в Астане и Шымкенте. Отличительной чертой также стало наличие в каждом салоне врачебного кабинета и предложение услуг диагностики зрения на современном оборудовании непосредственно в салоне, силами квалифицированного врача-офтальмолога. Позже другие компании переняли подобный подход. Дополнительно существует оптовая продажа мягких контактных линз, средств по уходу и других аксессуаров. В каждом салоне работает мастерская по изготовлению очков по рецепту врача мастером-оптиком.

Вывод: Рынок оптической коррекции зрения, включающий в себя рынок очковой оптики и рынок контактной коррекции зрения, является составной частью рынка средств коррекции зрения; Дистрибуция очковой оптики в РК, в частности в г. Алматы, переходит к цивилизованным формам торговли: салоны оптики, центры коррекции зрения, бутики оптики класса премиум.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Келарев В.В.* Управление развитием рынка оптических услуг в интересах социально незащищённых слоёв населения: автореф. дисс. док. экон. наук. – Москва. 2006. 41 с.

2. *Аветисян Г.Г.* Исследование организационно-правовых особенностей и разработка путей оптимизации обеспечения населения очковой оптикой: дисс. канд. фарм. наук. – Пермь, 2007. С. 179.

3. РБК.research Департамент консалтинга (consulting.rbc.ru).

4. Источник: эксперты рынка, РБК.research.

5. Источник: www.kapitalist.nn.ru

6. Справочник «Наш город. Алматы». 2012. С. 368–370.

Резюме

С.А. Абдрахманова, Г.К. Каусова

К ВОПРОСУ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ г. АЛМАТЫ

В данной статье авторы изучают и обобщают данные отечественной и доступной зарубежной литературы по актуальным проблемам организации и обеспечения населения средствами оптической коррекции зрения. Выявили, что для коррекции нарушений зрения, таких как близорукость, дальнозоркость и других аметропий, в Казахстане, в частности в г. Алматы, офтальмологи рекомендуют очковую оптику и мягкие контактные линзы, приобретенные в оборудованных салонах оптики.

Тұжырым

С.А. Абдрахманова, Г.К. Каусова

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ КӨРУ КЕМІСТІКТЕРІН КӨЗІЛДІРІКПЕН ТҮЗЕТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Бұл мақалада авторлар отандық және шетелдік әдебиет деректері бойынша халықты көргіштікті түзейтін оптикалық құралдарымен қамсыздандыру мен бұны ұйымдастырудың көкейкесті мәселелерін зерттейді. Қазақстанда, атап айтқанда Алматы қаласында, алыстан көргіштік, жақыннан көргіштік және аметропияның басқа да түрлерін түзету үшін офтальмологтар көзілдіріктік оптика және жұмсақ контакт линзаларын ұсынатынын анықтады

Summary

S.A. Abdrakhmanova, G.K. Kausova

ON SPECTACLE CORRECTION OF THE POPULATION OF ALMATY

In this article the authors examine and summarize available data of domestic and foreign literature on the topical problems of the organization and provision people with the means of optical correction of vision. Discovered that for the correction of visual impairment, such as nearsightedness and farsightedness, and other ametropia types in Kazakhstan, particularly in Almaty, ophthalmologists recommend spectacle optics and soft contact lenses, because this is the most affordable and safest form of correction vision.

УДК 616-022.6

*А.К. КАТАРБАЕВ, Г.К. КСЕТАЕВА, Н.С. БОЖБАНБАЕВА, Г.Ж. БАЙГАЗИЕВА,
К.А. УМЕШЕВА, И.Е. СУЛЕЙМЕНОВА, Г.Н. ЧИНГАЕВА*

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ГРИППА

(Обзор литературы)

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

Вспышки различных вирусных инфекций возникают регулярно в разных странах мира и могут иметь либо глобальный характер, либо развиваться по типу эпидемии или пандемии. Быстрое распознавание причины эпидемии и экспресс-диагностика возбудителя в очаге вспышки является одной из приоритетных задач молекулярной эпидемиологии.

Известно, что наиболее чувствительными системами для размножения вируса гриппа являются куриные эмбрионы. Однако для выделения вирусов можно использовать различные клеточные культуры [1, 2, 3]. Вирусы с более низкой вирулентностью могут реплицироваться лишь в некоторых клеточных системах. Кроме того, репликация ВГ в различных клеточных культурах сопровождается не только формированием многоядерных синцитиев, но и образованием характерных цитоплазматических и внутриядерных включений, также имеющих диагностическое значение. Вместе с тем, выделение новых вариантов ВГ на куриных эмбрионах или клеточных культурах – весьма трудоемкий и длительный процесс, иногда требующий проведения нескольких пассажей, прежде чем вирус будет обнаружен и идентифицирован с помощью одного или нескольких диагностических методов. Поэтому в настоящее время в большинстве случаев изоляция вирусов заменяется или дополняется другими диагностическими методами [4].

В настоящее время существует ряд методов диагностики гриппа. Реакция нейтрализации – высокоспецифичная и чувствительная реакция, которая основана на том, что при смешивании вируса с сывороткой, содержащей специфические антитела, вирус теряет инфекционные свойства, т. е. возможность репродукции в чувствительных клетках. Смесь вируса и сыворотки испытывают на системе, чувствительной к данному вирусу (лабораторных животных, куриных эмбрионах, культурах клеток). РН основана на нейтрализации известных вирусов (антигенов) специфическими антителами исследуемых сывороток крови кур. Обычно реакцию нейтрализации ставят в спорных ситуациях [5, 6, 7].

Агглютинационные методы диагностики. Принцип этих методов состоит в существовании би- или поливалентного антигена, способного взаимодействовать с различными детерминантами как на одной частице, так и на разных частицах, что приводит к образованию сложных полимерных комплексов.

Одним из первых методов, работающих по этому принципу, является метод гемагглютинации. Это простейший способ определения многих вирусов, обладающих гемагглютинирующей активностью [8]. Механизм реакции состоит в адсорбции вирусных антигенов на мукополисахаридные рецепторы, находящиеся на поверхности эритроцитов, что приводит к склеиванию последних с образованием характерной зонтичной структуры. Возможность ингибирования гемагглютинации специфическими антисыворотками, позволяет использовать данный метод в диагностике ВГ и его иден-

тификации. Установлена возможность дифференциации различных штаммов ВГ по спектру их гемагглютинирующей активности при использовании эритроцитов птиц, амфибий, рептилий и млекопитающих. Метод агглютинации весьма прост и надежен в выполнении.

Основными недостатками перечисленных методов диагностики ВГ является относительно низкая чувствительность и недостаточная специфичность, так как известно достаточно большое количество вирусов, принадлежащих к разным семействам, способных в той или иной степени агглютинировать или вызывать гемолиз эритроцитов. Поэтому методы, основанные на сродстве рецепторов вируса с рецепторами эритроцита, используются только для рутинных скрининговых процедур первой фазы выделения и идентификации вируса.

Простота выполнения агглютинационных методов диагностики способствовала разработке новых методов, основанных на этом принципе.

РТГА – основной, высокоспецифичный и простой в выполнении метод идентификации вновь выделенных штаммов вируса гриппа и определения их антигенного родства с эталонными штаммами. Индикатором реакции являются эритроциты, агглютинирующиеся вирусом (формирование характерного «зонтика») при отсутствии специфических антител и оседающие на дно неагглютинированными при их наличии [9].

К молекулярным методам диагностики можно отнести способы выявления нуклеиновой кислоты вируса гриппа в различных системах культивирования вирусов. В настоящее время все шире используется выделение геномов вируса с помощью ПЦР [11]. ПЦР основана на принципе естественной репликации ДНК. Суть метода заключается в многократном повторении циклов синтеза (амплификации) вирусспецифической последовательности ДНК с помощью термостабильной Taq ДНК-полимеразы и двух специфических затравок, так называемых праймеров.

Метод высокоспецифичен и очень чувствителен. Он позволяет обнаружить несколько копий вирусной ДНК в исследуемом материале [12, 13].

Методы иммунохимического анализа антигенов и антител, основанные на комплиментарном, строго специфическом взаимодействии антитела и антигена, являются самыми многочисленными и распространенными способами диагностики.

Среди существующих аналитических методов особое место занимает иммунологический анализ, основанный на использовании ферментов в качестве метки для антигенов или антител. Выбор ферментов в первую очередь обусловлен наличием ферментных субстратов, способных после ферментативного окисления формировать хромофорные продукты реакции.

В настоящее время широко распространенным подходом в ИФА является применение в качестве твердой фазы мембранных носителей. Отличием данной разновидности ИФА является то, что вместо полимерного планшета в качестве твердофазного сорбента используется пористая мембрана, и вся реакция проводится не в объеме жидкости, а непосредственно на поверхности мембраны. В своем стандартном варианте метод получил название дот-иммуноанализа (англ. «Дот» – пятно) При этом подходе используются обычные гетерогенные схемы проведения ИФА.

Грипп и респираторные вирусные инфекции остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения, нанося огромный ущерб здоровью населения и экономике республики. В связи с этим представляет интерес в практическом плане изучение лабораторных методов диагностики и особенностей течения и исходов гриппозной инфекции.

Одним из ключевых вопросов в решении проблемы гриппа является изучение условий резервации вируса в природе. При этом большинство исследователей счита-

ют, что одним из способов сохранения вируса А в человеческой популяции является его персистенция в организме человека. В качестве стратегии выживания вирусы используют антигенный дрейф, персистенцию и вертикальную передачу. Таким образом, многочисленные данные литературы указывают, что сложность проблемы гриппа заключается в большой распространенности инфекции, обусловленной естественной изменчивостью возбудителя и его способностью преодолевать иммунитет у людей, вызывая новые вспышки заболевания и эпидемии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Икранбегийн Р.* Разработка иммуноферментных тест-систем для детекций антигена NP вируса гриппа А // Известия МОН РК, НАН РК. Сер. биол. и мед. аты, 2003. № 4. С. 57–63.
2. *Киселев О.И., Щеканова С.М., Иванова А.В.* Пандемический грипп 2009 г. в России. Особенности выделения и биологические свойства вирусов // Вопросы вирусологии, 2011. С. 4–9.
3. *Dawood F.S., Jain S., Finnelli L.* et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans // *New Engl. J. Med.* 2009. Vol. 361. P. 1–10.
4. *Искаков А.С., Зинулин У.З., Исмагулова Ж.А.,* и др. Количественная характеристика эпидемического процесса при гриппе и ОРЗ в Республике Казахстан // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2004. № 1–2. С. 71–74.
5. *Соминина А.А., Буцезва Е.И., Лобова Т.Г.* и др. Выделение вирусов гриппа в клеточных культурах и куриных эмбрионах и их идентификация: Методические рекомендации. СПб., 2006. 24 с.
6. *Сюрин В.Н., Самуйленко А.Я., Соловьев Б.В., Фомина Н.В.* Вирусные болезни животных. – М.: ВНИТИБП, 1998. 928 с.
7. *Crennell S., Takimoto T., Portner A., Taylor G.* Crystal structure of the multifunctional paramyxovirus hemagglutinin-neuraminidase // *Nat. Struct. Biol.* 2000. Vol. P. 1068–74.
8. *Грибанов О.Г., Перевозчикова Н.А., Старов С.К., Смоленский В.И., Руденко Т.В., Дрыгин В.В., Гусев А.А.* Штаммовая дифференциация вируса Ньюкаслской болезни с помощью обратной транскрипции – полимеразной цепной реакции и секвенирования: смена популяций // Молекул., генет., микробиол. и вирусол. М., 1999. С. 23–27.
9. *Лобанов В.А., Щербакова Л.О., Борисов В.В., Дрыгин В.В., Гусев А.А., Юров Г.К., Актюган Т.А., Народицкий Б.С.* Аденовирус KR95, выделенный от цыплят во время вспышки гидрореперикардита, является возбудителем этого заболевания // Вопросы вирусологии. 2000. № 3. С. 36–40.
10. *Ali A., Reynolds D.L.* A multiplex reverse transcription-polymerase chain reaction assay for Newcastle disease virus and Avian pneumovirus. // *Avian Dis.* 2000. Vol. 44, № 4. P. 938–43.
11. *Leib D.A., Machalek M.A.* Specific phenotypic restoration of an attenuated virus by knockout of a host resistance gene // *Microbiology.* 2000. Vol. 97, № 11. P. 6097–6101.
12. *Соминина А.А., Медведева Н.А.* и др. Разработка конкурентного иммуноферментного анализа для выявления антител к вирусам гриппа А (H5). Клиническая лабораторная диагностика, 2010. № 10. С. 32–35.
13. *Шутилин Г.А., Горелов А.В., Мухина А.А.* и др. ПЦР – диагностика респираторных вирусных инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2003. № 6. С. 51–55.

Резюме

*А.К. Катарбаев, Г.К. Ксетаева, Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева,
К.А. Умешева, И.Е. Сулейменова, Г.Н. Чингаева*

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ГРИППА

(Обзор литературы)

В данной статье представлен анализ литературных данных по современным методам лабораторной диагностики гриппа. Выдвинута проблема персистенции вируса гриппа, что является одним из способов сохранения вируса гриппа в человеческой популяции.

Тұжырым

*А.К. Катарбаев, Г.К. Ксетаева, Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева,
К.А. Умешева, И.Е. Сулейменова, Г.Н. Чингаева*

ТҰМАУ ВИРУСЫН АНЫҚТАУДЫҢ ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МҮМКІНДІКТЕРІ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада тұмау инфекциясының лабораторлы диагностикасының қазіргі әдістері бойынша әдебиет мәліметтерінің талдауы көрсетілді. Адам популяциясында тұмау вирусының сақталуының бір әдісі болатын тұмау вирусының персистенцияланатын мәселесі алға қойылды.

Summary

*A.K. Katarbaev, G.K. Ksetayeva, N.S. Bozhbanbaeva, G.S. Baigazieva,
K.A. Umeshева, I.E. Suleimenova, G.N. Chingаeva*

POSSIBILITIES OF LABORATORY DIAGNOSIS OF INFLUENZA VIRUS

(Review of literature)

This article presents an analysis of published data on modern methods of laboratory diagnosis of influenza. Put forward the problem of persistence of influenza virus, which is one of the ways to maintain the influenza virus in human populations.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616.921.5

*Г.К. КСЕТАЕВА, Н.С. БОЖБАНБАЕВА, Г.Ж. БАЙГАЗИЕВА, К.А. УМЕШЕВА,
А.К. КАТАРБАЕВ, Г.Н. ЧИНГАЕВА, И.Е. СУЛЕЙМЕНОВА*

К ВОПРОСУ О ПЕРСИСТЕНЦИИ ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

(Обзор литературы)

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

На сегодняшний день основная загадка гриппа как в биологическом, так и в эпидемиологическом аспекте заключается в решении вопросов резервации вируса в природе. Возможно, что одним из способов сохранения вируса гриппа А в человеческой популяции служит его персистенция в организме человека [1]. В большей степени изучена роль поверхностных гликопротеинов в развитии инфекции, которые являются наиболее активными антигенами. Поверхностные выступы образованы двумя гликопротеинами: гемагглютинином НА и нейраминидазой NA. Гемагглютинин принимает участие в прикреплении вируса к клетке и в проникновении внутрь нее, а нейраминидаза определяет выход вируса из клетки. Гемагглютинин – это главный вирусный антиген, против которого направлены защитные антитела, и его вариабельность является основной движущей силой эволюции вируса, происходящей в ходе эпидемий. Вследствие антигенной изменчивости гемагглютинина возникают повторные эпидемические вспышки гриппа. Из 8–9 известных генов вируса гриппа 6–7 участвуют в синтезе внутренних полипептидов, отвечающих за типоспецифические, вирулентные, токсические свойства вириона, тогда как 2 остальных гена кодируют синтез полипептидов наружной оболочки (гемагглютинина и нейраминидазы), определяющих специфичность вирусного штамма [2, 3].

Изучение проблемы персистенции вирусов и связанных с ней патологических феноменов является одним из актуальных направлений современной медицины. Значительный теоретический интерес этой проблемы относительно широко распространенного вируса гриппа в природе определяется недостаточной изученностью механизмов сохранения и активации этого возбудителя вне эпидемий. Практическая важность проблемы определяется вирусиндуцированными осложнениями здоровья человека в процессе персистенции вируса гриппа в организме иммунотолерантных лиц [4].

Персистенция – длительное пребывание вируса в организме (от лат. *persistentia*, что означает сохранение предыдущего состояния, упорство, постоянство), которая согласно классификации выражается в нескольких формах: персистентная, латентная, хроническая, медленная [5].

Персистентная инфекция – бессимптомное пребывание вируса в организме. Эта форма инфекции может поддерживаться в организме после выздоровления и представляет опасность заражения окружающей среды.

Латентная инфекция – бессимптомная персистенция вируса, не сопровождающаяся выделением его в окружающую среду, так как нарушен полный цикл репродукции вируса. Выделение вируса обычными лабораторными методами затруднено.

Хроническая инфекция – персистенция вируса, сопровождающаяся появлением сначала одного или нескольких симптомов заболевания с последующим развитием патологического процесса в течение длительного времени.

Медленная инфекция – своеобразное взаимодействие вируса с организмом, характеризующаяся бессимптомным инкубационным периодом в течение многих месяцев или лет, с последующим медленным, но неуклонным развитием заболевания, заканчивающегося тяжелыми расстройствами с летальным исходом.

Высокая частота персистенции инфекционных агентов обусловлена, с одной стороны, тем, что иммунный ответ на инфекцию детерминирован, с другой стороны – многие вирусы обладают иммунодепрессивным действием. В результате создается порочный круг – активация инфекции вызывает иммунодефицитное состояние, а снижение иммунитета, в свою очередь, способствует активации инфекции [6, 7, 8].

Эти данные свидетельствуют о непрерывной трансмиссии возбудителя из инфицированного организма в окружающую среду. Считалось, что грипп – самостерилизующаяся инфекция, не дающая хронических форм, что связано с элиминацией вируса из организма не позже, чем через 5–7 дней после заражения.

Но существует мнение, согласно которому в межэпидемический период вирус гриппа может сохраняться в организме отдельных людей в латентном состоянии, не выявляемом при вирусологическом обследовании рутинными методами. По мнению ряда авторов, при условии существования огромной популяции, увеличиваются шансы появления латентных форм мутантов как фактора и механизма сохранения жизни этого вида возбудителя в фазу его резервации [9, 10]. Предположено, что «весь межэпидемический период в данном месте протекает как персистентная инфекция в хронической форме на уровне человеческой популяции, а эндемии представляют собой формы манифестаций инфекций, которые должны сочетаться с другими формами персистенции, то есть латентной и собственно персистентной» [10, 11]. Данное предположение подтверждает научно доказанные наблюдения о выделении вируса гриппа от больных с постгриппозными осложнениями в отдаленные сроки от начала заболевания (до 152 дней).

Наиболее сложным в рамках концепции персистентной инфекции остается вопрос о механизмах консервации геномов (генов) в человеческой популяции. Механизм интеграции генетического материала (вирус – геном хозяина) не имеет доказательств.

По-видимому, РНК-содержащие вирусы, не способные к интеграции в клеточный геном, в качестве стратегии выживания могут использовать такие механизмы, как антигенный дрейф, вертикальная передача, персистентная инфекция. Наличие у вируса гриппа способности к трансплацентарной передаче и персистентной инфекции доказано результатами ряда экспериментальных и клинико-лабораторных наблюдений. С появлением методов полимеразной цепной реакции и молекулярной гибридизации удалось обнаружить длительную персистенцию вирусных геномов в чувствительных клетках хозяина. Было продемонстрировано, что в процессе персистенции в клетках происходит процесс амплификации вирусных генов, что свидетельствует о том, что две совершенно различные генетические системы взаимно не исключают друг друга и что геном даже высокоцитотоксичного вируса гриппа может оставаться в клетках хозяина при определенных условиях довольно длительное время [12, 13, 14]. В ряде работ было показано, что в организме беременной женщины происходит длительная персистенция возбудителя без клинических проявлений заболевания, которая в дальнейшем ассоциируется с проявлениями перинатальной патологии матери и ребенка [13].

В работе исследователей впервые сделана попытка расширить представления о внутриклеточной локализации и особенностях вирусных антигенов, которые выявляются в процессе инфекции. Прежде всего, была оценена возможность экспрессии вирусных белков на клеточной мембране, так как независимо от механизма персистенции, обеспеченной реализацией вирусного генома, именно модификация клеточной мембраны является функционально значимым этапом инфекции. В эксперименте рядом авторов описан феномен развития патологического процесса в организме мышей, которые были заражены вирусом гриппа во внутриутробном периоде, отличающийся выраженной персистенцией вируса гриппа в органах, медленно прогрессирующими признаками первично-дегенеративного поражения органов и тканей и неизбежностью смертельного исхода [15]. Данный феномен полностью соответствует признакам медленной вирусной инфекции.

Гриппозная инфекция уникальна из-за способности вируса изменять свою антигенную структуру и сохраняться в организме человека вне эпидемий. Подобная уникальность гриппа объясняется неуправляемостью гриппозной инфекции в глобальном масштабе. Проблема персистенции вируса гриппа представляет особый интерес, так как грипп и его осложнения продолжают занимать основное место в патологии человека. В настоящее время имеющиеся данные позволяют заключить, что персистенция вируса гриппа, когда он приобретает ациклическое течение и не ограничивается только стадией острых проявлений, а переходит в хроническую форму, является клинико-эпидемиологической реальностью [16]. Таким образом, вирусная персистенция в организме может иметь и далеко неодинаковые последствия в зависимости от условий и путей ее формирования. По-видимому, наиболее благоприятными для формирования медленного инфекционного процесса являются условия иммунодепрессии. Персистенция вирусов гриппа является не только формой сохранения вирусов в межэпидемический период, но и процессом, создающим условия для антигенной изменчивости вируса [17].

Таким образом, персистенция вирусов гриппа широко обсуждается вирусологически, однако большинство работ носит экспериментальный характер и требует дальнейшего изучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Львов Д.К., Щелканов М.Ю. Генотипические структура рода INFLUENZA A VIRUS // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2011. № 5. С. 19–23.

2. *Кладова О.В., Замахина Е.В.* Персистенция респираторных вирусов // Детские инфекции, 2009. № 2. С. 36–43.
3. *Сенцова Т.Б.* Респираторные вирусные инфекции // Педиатрия. 2008. № 1. С. 72–75.
4. *Владимирова Н.Ю., Козут Е.П.* и др. Роль персистирующих вирусных инфекций в формировании перинатальных потерь // Дальневосточный медицинский журнал. 2001. № 3. С. 5–8.
5. *Бурцева Е.И., Беляев А.Л., Шевченко Е.С.* Профилактика гриппа и ОРВИ в период новой пандемии // Здравоохранение. 2009. № 9. С. 165–171.
6. *Учайкин В.Ф.* Детские инфекции. 2002. № 1. С. 4–7.
7. *Иванова В.В.* Грипп и острые респираторные инфекции у детей: учебное пособие для врачей. СПб., 2002. 28 с.
8. *Киселева О.И.* и д.б.н. Жилинский И.Н. Вопросы общей вирусологии: учебное пособие. – Санкт-Петербург, 2007. 375 с.
9. *Жилинская И.Н.* Новые аспекты изучения механизмов патогенеза вирусных инфекции // Успехи совр. биол. 2002. Т. 122, № 5. С. 414–417.
10. *Alexander D.J., Brown I.H.* Recent zoonoses caused by influenza A viruses. // Rev Sci Tech. 2000 Apr; 19 (1). P. 197–225.
11. *Ellis J.S., Alvarez-Aguero A., Zambon M.C.* Impact of influenza season in the United Kingdom // The 1-st European Influenza Conference: Program and Abstracts. – St. Julian's. Malta. 2002. P. 48.
12. *Monto A.S., Gravenstein S., Elliott M., et al.* Clinical signs and symptoms predicting influenza infection // Arch intern Med. 2000. Vol. 160. P. 3243–3247.
13. *Xu X., Smith C.B., Mungall B.A.* Intercontinental circulation of human influenza A (H1N2) reassortant viruses during the 2001–2002 influenza season // J. Infect. Dis. 2002. Vol. 186. P. 1490–1993.
14. *Плесков И.М.* и др. Вирусы гриппа и атеросклероз: роль атеросклеротических бляшек в поддержании персистентной формы гриппозной инфекции // Вестник Российской академии мед. наук. 2003. № 4. С. 10–13.
15. *Исмаилова Ю.С.* Грипп и врожденная патология // Вестник КазНМУ. 2003. № 2. С. 141–146.
16. *Учайкин В.Ф.* Респираторные заболевания в педиатрической практике. 2001. № 6. С.10.
17. *Shortman M., Moorman J.P.* Clinical manifestations and diagnosis of influenza // South Med J. 2003. Vol. 96. P. 737–739.

Резюме

*Г.К. Ксетаева, Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева, К.А. Умешева,
А.К. Катарбаев, Г.Н. Чингаева, И.Е. Сулейменова*

К ВОПРОСУ О ПЕРСИСТЕНЦИИ ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

(Обзор литературы)

В данной статье представлены литературные данные, рассматривающие вопросы персистенции вируса гриппа. Персистенция вирусов гриппа является не только формой сохранения вирусов в межэпидемический период, но и процессом, создающим условия для антигенной изменчивости вируса. Вирус гриппа может протекать не только в острой, но и в хронической форме и занимает определенную роль в перинатальной патологии матери и ребенка.

Тұжырым

*Г.К. Ксетаева, Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева, К.А. Умешева,
А.К. Катарбаев, Г.Н. Чингаева, И.Е. Сулейменова*

ТҰМАУ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ПЕРСИСТЕНЦИЯСЫ ТУРАЛЫ СҰРАҚА

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада тұмау вирусының персистенция сұрақтарын қарастыратын әдебиет мәліметтері көрсетілді. Тұмау вирусының персистенциясы эпидемия аралық кезеңде вирустың сақталуына қолайлы жағдай жасайтынына қарамастан, вирустың антигенін өзгертуіне де

қолайлы жағдай жасайды. Тұмау вирусы жедел және созылмалы түрде өтуі мүмкін және ана мен баланың перинаталды патологиясында рол атқарады.

Summary

*G.K. Ksetayeva, N.S. Bozhbanbaeva, G.Z. Baigazieva, K.A. Umesheva,
A.K. Katarbaev, G.N. Chingaeva, I.E. Suleimenova*

ON THE PERSISTENCE OF INFLUENZA INFECTION

(Review of literature)

This article presents data from the literature that address the issues of persistence of influenza virus. The persistence of influenza viruses is not only a form of preservation of viruses in interepidemic period, but the process that creates the conditions for the antigenic variability of the virus. The influenza virus can occur not only in acute but also chronic and has a role in perinatal pathology mother and child.

Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)

УДК 616-036.22:616.36-002 (574-20)

A.C. МУТАЛИЕВА, Э.С. УТЕГЕНОВА, М.К. САПАРБЕКОВ.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

(Обзор литературы)

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

В Казахстане, как и во всем мире, вирусный гепатит С представляет актуальную медико-социальную проблему. Это обусловлено тем, что вирусом гепатита С инфицировано около 200 млн человек, что составляет более 3% населения земного шара. Эти лица, находящиеся в латентной (бессимптомной) фазе развития персистирующей HCV-инфекции, являются носителями вируса и служат источником заражения для окружающих [1–3]. Преимущественное распространение патентных носителей HCV определило оценку гепатита С как «молчаливой» эпидемией [4].

Целью данного сообщения является характеристика эпидемиологических параметров вирусного гепатита С по данным отечественной и зарубежной литературы.

Гепатит С (HCV-инфекция) является антропонозной нетрансмиссивной кровяной вирусной инфекцией.

Источники HCV-инфекции. Поскольку гепатит С представляет собой антропонозную инфекцию единственным природным резервуаром для HCV является больной человек. Однако надо помнить, что клиническое течение гепатита С многолико. Различают фазы острой, латентной инфекции и фазы реактивации. Каждой фазе инфекции соответствует несколько клинических форм заболевания, т. к. течение HCV-инфекции растягивается на многие годы [5].

Источниками HCV могут быть больные всеми формами острого и хронического гепатита, бессимптомные носители HCV, а также больные с симптомными внепеченочными проявлениями HCV-инфекции. Роль перечисленных категорий лиц как источников HCV-инфекции подтверждена данными многих исследователей [6–20]. Огромный массив таких источников инфекции, как больные с внепеченочными про-

явлениями HCV-инфекции при наличии многочисленных путей и факторов передачи вируса способствуют широкому распространению этой инфекции.

Механизм заражения. Пути передачи вируса. Механизм заражения при вирусном гепатите С – исключительно парентеральный, который реализуется с помощью естественных и искусственных (артифициальных) путей и различных факторов передачи [19].

На основании данных филогенетического анализа нуклеотидных последовательностей РНК HCV считается, что образование основных генотипов HCV произошло 500–2000 лет назад. Поскольку главные парентеральные механизмы заражения вирусом гепатита С появились относительно недавно, надо полагать, что передача HCV восприимчивому организму в течение долгого времени осуществлялась естественными путями [21].

Естественные пути передачи HCV. К ним относятся передача HCV при половых контактах, заражение плода и ребенка от матери, инфицированной HCV (вертикальный путь передачи) и заражение при тесном бытовом общении (горизонтальный гемоконтактный путь передачи) [22].

Впервые возможность передачи HCV половым путем была продемонстрирована обнаружением РНК- HCV в сперматозоидах [23].

Прямым доказательством передачи HCV половым путем являются работы, где показана высокая степень гомологии вирусов гепатита С, выделенных у половых партнеров [24]. Также показано, в ряде случаев среди инфицированных супружеских пар выявляются разные генотипы HCV, что позволяет допустить разные источники заражения [25].

Таким образом, при HCV-инфекции передача вируса может происходить путем полового контакта между партнерами.

Способность к длительной персистенции HCV в организме инфицированных женщин приводит к функционированию другого естественного пути передачи – вертикальной передачи HCV от матери плоду и ребенку.

Так, при исследовании сывороток 155 детей, рожденных от анти-HCV-позитивных матерей, доля анти-HCV и РНК-HCV позитивных составила 5,1% (8/155). Все изоляты HCV имели тот же генотип, что и у матерей. В другом аналогичном исследовании среди 114 детей РНК-HCV обнаружена у 9 (7,8%). Риск вертикальной передачи HCV был связан с наличием вирусемии в момент родов и высокой вирусной нагрузкой у матери.

Другие авторы в проспективном исследовании 33 детей, рожденных от HCV-позитивных, ВИЧ-негативных матерей, 6,8% случаев также установили факт вертикальной передачи HCV. По результатам некоторых исследований инфицирование в родах HCV регистрировалось с частотой от 5,7% до 33% [26, 27].

В ряде исследований показано, что частота инфицирования детей вертикальным путем от матерей, инфицированных только HCV, в среднем составляет 4,5–5,0%. Показана зависимость риска заражения ребенка от наличия и уровня HCV-вирусемии у матери [26].

Так, при выявлении у матери только HCV частота перинатальной передачи HCV составляла 5,8%, а при выявлении у матери в крови РНК-HCV наряду с анти-HCV частота заражения ребенка достигала до 13%. Выявлено также, что при наличии у беременной женщины хронического гепатита С с коинфекцией ВИЧ или наркомании вероятность вертикальной передачи HCV возрастала в 3–5 раз. В единичных исследованиях показана связь передачи HCV новорожденному с наличием РНК- HCV в мононуклеарных клетках периферической крови беременной женщины [28].

Таким образом, вопрос о возможности вертикальной передачи HCV не вызывает сомнения. Однако относительно механизмов передачи, этапов инфицирования в процессе развития ребенка единого мнения не существует.

Третьим из естественных путей передачи HCV является заражение при длительном тесном общении в семьях HCV-инфицированных – контактно-бытовой, гемоконтактный путь. Считается, что спорадические случаи гепатита С, так называемые контактно-приобретенные гепатиты, возникают в результате контактно-бытового заражения. Факторами передачи могут служить гемоперкутантные контакты, общие расчески, бритвенные, маникюрные принадлежности и др. Допускают, что в условиях длительных контактов даже малые объемы контаминированной крови могут привести к заражению. Случаи заражения HCV, связанные с характером профессиональной деятельности, также рассматриваются как пример заражения гемоконтактным путем. Например, инфицирование медицинских работников, интенсивность которого колеблется в пределах 1,2–6,3% [17–21].

Артифициальные пути передачи HCV. Интенсивное развитие медицинской науки и практического здравоохранения, приведшие к расширению медицинской помощи населению, ее доступности, а также распространение наркомании способствовали формированию эволюционно нехарактерных искусственных (артифициальных) путей передачи. Артифициальные пути передачи реализуются в условиях всех видов медицинских учреждений независимо от форм собственности, в учреждениях службы быта, а также среди потребителей инъекционных наркотиков [1–8]. Именно благодаря формированию многочисленных искусственных путей передачи вируса HCV-инфекция получила широкое распространение в мире, приобрела статус острой медико-социальной проблемы общества.

Распространенность вирусного гепатита С. Вирусный гепатит С сегодня представляет собой значимую мировую проблему, влияющую как на личность каждого пациента, так и на общество в целом и на экономику стран.

Вирусный гепатит С имеет повсеместное, но неравномерное распространение, которое определяется степенью носительства HCV (по наличию анти-HCV). По оценке экспертов ВОЗ-СДС различаются страны, где распространенность гепатита С достигает 10% и более (Египет, Монголия, Центрально-Африканская Республика, Конго, Камерун, Габон), 2,5–9,9% (Китай, Румыния, Ирак, Узбекистан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан, Афганистан, Республика Азербайджан, ряд Африканских стран), 1,0–2,4% (Российская Федерация, Республика Казахстан, США, Бразилия, Индия, Австралия, Украина, Белоруссия, Турция и некоторые другие страны), до 0,9% (Великобритания, Германия, Скандинавские страны, Канада) [1–21].

HCV распространяется среди людей почти исключительно путем абиогенной «кровяной» трансмиссии. По данным ВОЗ (1999), в мире насчитывалось 170 миллионов человек, инфицированных HCV. Выявлено, что ежегодное количество вновь инфицированных составляет от 3 до 4 миллионов человек. Нетрудно подсчитать, что к настоящему времени инфицировано HCV более 200 миллионов человек, что составляет более 3% населения мир.

По сути, мы являемся свидетелями пандемии HCV-инфекции, которая по масштабу уже в 5 раз превосходит инфицированность населения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ/СПИДа) в мире.

По мнению Н. Margolis (2005), в течение ближайших лет число инфицированных HCV в мире может удвоиться, т. е. достигнуть 400–450 миллионов человек. У 80% больных острым гепатитом С развивается хронический гепатит, из них у 15–20%

развивается цирроз печени [29]. По оценке экспертов ВОЗ-CDC, ожидается, что число носителей HCV в мире достигнет 400–450 миллионов и количество больных циррозом печени увеличится в 5 раз, гепатокарциномой – в 3 раза У 40 % больных циррозом развивается гепатоцеллюлярная карцинома.

Как следует из приведенного аналитического обзора данных литературы, по распространенности, склонности к персистенции вируса и хронизации инфекционного процесса, зачастую завершающегося развитием грозных терминальных стадий заболевания – цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, непосредственной связанностью инфицирования с распространением наркомании среди молодежи и половыми контактами, а также естественными путями, трудно поддающимися профилактике, проблема HCV-инфекции приобрела статус актуальной медико-социальной проблемы в мировом масштабе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Волжанин В.М., Гусев Д.А. Вирусные гепатиты. – СПб. 2006. 183 с.
2. Маянский А.Н., Обрядина А.П., Уланова Т.И. и др. Диагностика гепатита С. – Н. Новгород, 2006. 46 с.
3. Кулырова Б.М. Качество жизни больных гепатитом С при разных видах лечения // Эпидемиол. и инф. болезни. 2007. № 3. С. 36–38.
4. Серов В.В., Анросина З.Г., Игнатова Т.М. Вирусный гепатит – одна из ведущих проблем современной медицины // Хронический вирусный гепатит. Москва, 2004. С. 5–18.
5. Вирусные гепатиты: этиология, эпидемиология, клинический диагноз, лечение и ведение больных // CDC-USAID. 2001. 253 с.
6. Львов Д.К. Вирусный гепатит С – «ласковый убийца» // Росс. гастроэнтерол. журн. 1995. № 1. С. 4–6.
7. Калинина О.В., Мукомолов С.Л. Молекулярная эпидемиология гепатита С // Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. 2000. № 3. С. 9–15.
8. Мохонов В.В., Новиков Д.В., Самохвалов Е.И. и др. Структурные белки вируса гепатита С // Мир вирусных гепатитов. 2001. № 3. С. 2–5.
9. Janer G.M., Walker M.D. Hepatitis C virus infection // New Engl. J. Med. 2001. V. 354. P. 41–52.
10. Львов Д.К. Вирусные гепатиты от А до G и далее // Вопр. вирусол. 1997. № 1. С. 70–77.
11. Львов Д.К. Вирусные гепатиты С и G: этиотропная терапия // Вопр. вирусол. 1998. № 2. С. 54–58.
12. Шуратов И.Х., Копиров Е.А. Вирусный гепатит С: этиология, эпидемиология, лабораторная диагностика и профилактика // Гигиена, эпидемиол. и иммунобиол. 1999. № 2. С. 81–88.
13. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб., 1998. 331 с.
14. Rasenack J. Viral hepatitis. Diagnostics. – Freiburg (Germany). 2002. 31 p.
15. Sauerbruch T., Dumoulin F.L., Spengler U. et al. Hepatitis C – the silent epidemic // J. Hepatol. 1996. V. 24. Suppl. 2. P. 1–76.
16. Blum H.E. Variants of hepatitis B, C and D viruses: Molecular biology and clinical significance // Digestion. 1995. V. 56. P. 85–95.
17. Лопаткина Т.Н. Клиника гепатита С // Вирусные гепатиты. Достижения и перспективы. 1997. № 1. С. 12–16.
18. Hadziyannis S.J. The spectrum of extrahepatic manifestation in hepatitis C virus infection // J. Viral Hepatitis. 1997. P. 9–28.
19. Серов В.В., Анросин З.Г. Хронический вирусный гепатит. – Москва, 2004. 322 с.
20. Гепатит С. Консенсус // Издание ЕБ ВОЗ. Брюссель, 1995. 31 с.
21. Smith D.B., Pathirana S., Davidson F. et al. The origin of hepatitis C virus genotypes // J. Gen. Virol. 1997. V. 78. P. 321–328.
22. Кузин С.Н., Шахгельян И.В., Буриев А.Я. и др. Закономерности внутрисемейной передачи вирусов гепатитов В и С // Эпидем. и инф. б-ни. 1998. № 6. С. 25–28.

23. *Liu F.N., Tian G.S., Fu X.X.* Detection of plus and minus strand of HCV-RNA in peripheral blood mononuclear cells and spermatid. // *Chang. Hua. I. Hsuen.* 1994. V. 74. P. 284–286.
24. *Wejstal R.* Sexual transmission of hepatitis C virus // *J. Hepatol.* 1999. V. 31. P. 92–95.
25. *Сергеева Т.А., Шагинян В.Р., Гураль А.Л.* Распространенность маркеров HBV и HCV у лиц с заболеваниями, передающимися половым путем // *Материалы VI Всеросс. научно-практ. конференции «Вирусные гепатиты».* – М., 2005. С. 309–311.
26. *Tajiri H., Miyoshi Y., Funada S.* et al. Prospective study of mother – to -infant transmission of HCV. // *Pediatr. Infect. Dis.* 2001. V. 20. P. 10–14.
27. *Caudai C., Battiata M., Riccardi M.P.* et al. Vertical transmission of the hepatitis C virus to infants of anti-human immunodeficiency virus-negative mothers: molecular evolution of hypervariable region 1 in prenatal and perinatal or posnatal infections. // *J. Clin. Microbiol.* 2003. V. 41. P. 3955–3959.
28. Hepatitis C infection of immune cells in mothers predicts transfer to newborns. // *Blood.* 2000. V. 96. P. 2045–2048.
29. *Марголис Х.С. (Margolis H.C).* Гепатит С в странах Центральной и Восточной Европы и в новых независимых государствах. 2005. П8т l@cdc.gov.

Резюме

А.С. Муталиева, Э.С. Утегенова, М.К. Сапарбеков

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

(Обзор литературы)

В работе представлен анализ данных отечественной и зарубежной литературы, освещающих проблему вирусного гепатита С с эпидемиологических позиций.

Тұжырым

А.С. Муталиева, Э.С. Утегенова, М.К. Сапарбеков

ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ С ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫНЫҢ МАҢЫЗДЫ КӨРІНІСТЕРІ

(Әдебиетке шолу)

Жұмыста вирустық С гепатитінің эпидемиологиялық позициясы жағынан көп үміттендіретін мәселелерге арналған, отандық және шетел әдебиеттерінің мәліметтерінің талдауы келтірілген.

Summary

A.S. Mutaliev, E.S. Utegenova, M.K. Saparbekov.

CURRENT ASPECTS OF EPIDEMIOLOGY OF HEPATITIS C

(Revive of the literature)

This paper presents an analysis of the data of domestic and foreign literature, highlighting the problem of viral hepatitis C epidemiological position.

Э.А. АЛИКЕЕВА, М.К. САПАРБЕКОВ

ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

(Обзор литературы)

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗК

Распространение ВИЧ-инфекции в Казахстане приняло характер эпидемии, которая продолжает стремительно нарастать и вызывает постоянную тревогу в обществе. Угрожающие тенденции в распространении, безусловно, указывают на необходимость безотлагательных действий.

Трудно контролируемый социально-биологический механизм заражения, многолетний бессимптомный период у ВИЧ-инфицированных, чрезвычайно широкое распространение заболеваемости, охватившее все континенты, развитие международных связей и интенсивное общение людей разных стран, облегчающих распространение ВИЧ-инфекции, вовлечение в эпидемический процесс уязвимых групп населения (УГН), в том числе молодежи, отсутствие средств лечения и специфической профилактики представляет сегодня серьезную проблему для разработки эффективных мер противодействия, их оценки [1–4]. В данном сообщении представлены данные литературы о развитии инициатив по решению этой сложной проблемы в мире, в государствах Центральной Азии, в том числе Казахстане.

С момента открытия вируса иммунодефицита человека человечество стремилось остановить натиск распространяющейся инфекции. Основной набор мер профилактики ВИЧ-инфекции в начале 90-х годов включал в себя как минимум следующее:

- социальный маркетинг презервативов, т. е. массовая пропаганда применения презервативов и их распространение среди населения;
- лечение больных ИППП, учитывая их роль, способствующую передаче ВИЧ;
- просветительская работа в школах с целью снизить инфицирование молодежи, на которую в настоящее время приходится около половины всех ВИЧ-инфицированных;
- распространение через средства массовой информации знаний о ВИЧ-инфекции, адресованных широким слоям населения;
- пропаганда использования презервативов проститутками и их клиентами;
- обеспечение безопасности крови;
- программы обмена игл для внутривенных наркоманов [5].

Глобальная стратегия предупреждения эпидемии ВИЧ-инфекции была впервые разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1985–1986 гг., а затем единодушно утверждена на 40-й Всемирной Ассамблее здравоохранения (май, 1987) и Генеральной Ассамблее ООН (октябрь, 1987) [5].

Эта стратегия послужила основным регламентирующим ориентиром, отражающим глобальную реакцию на пандемию ВИЧ-инфекции.

В 1992 году ВОЗ в связи с расширяющейся пандемией предлагает уже обновленный вариант стратегии. Он заключается в следующем:

1. Более активный подход к оказанию на равноправной основе адекватной медицинской помощи заболевшим, так как у огромного числа зараженных людей бес-

симптомная ВИЧ-инфекция переходит в синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).

2. Более широкое применение и эффективное лечение других передаваемых половым путем болезней, которые, согласно современным данным, увеличивают риск передачи ВИЧ-инфекции.

3. Уменьшение особой подверженности женщин и их потомства заражению ВИЧ-инфекцией путем улучшения здоровья женщин, их просвещения, повышения правового статуса и создания экономических перспектив.

4. Более активная поддержка конструктивного подхода общества к предупреждению СПИДа путем устранения юридических и других барьеров к открытому распространению знаний о передаче инфекции при половых контактах и способности людей задействовать в соответствии с такой информацией.

5. Непосредственное планирование действий, ослабляющих социально-экономические последствия пандемии.

6. Более активные и эффективные действия, направленные на преодоление предвзятого отношения и дискриминации в отношении зараженных людей.

Стратегия предусматривала три основные цели:

- предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией;
- снижения воздействия ВИЧ-инфекции на отдельного человека и общество;
- мобилизация и унификация мероприятий на национальном и международном уровнях [6].

Оценивая данную стратегию, следует подчеркнуть, что предупреждение заражения является, безусловно, наиболее важной целью Глобальной стратегии, поскольку это единственный способ предотвратить социальные и экономические потери, связанные с ВИЧ-инфекцией, имеющей пожизненный характер и ввиду отсутствия эффективных лекарственных препаратов.

Руководствуясь данной стратегией, к 1994 году во многих государствах мира, в том числе и в Казахстане, были созданы национальные программы по СПИДу, которые включали в себя следующие три задачи:

1. Разработка политики информационных кампаний, а также систем медицинского и социального обслуживания, необходимых людям, чтобы предохранить себя от ВИЧ-инфекции.

2. Удовлетворение потребностей в медицинском обслуживании, постепенно возрастающих по мере того, как у ВИЧ-инфицированных развивается СПИД.

3. Прогнозирование и преодоление вторичных последствий СПИДа [7–10].

Заметим, что это во многом предопределило дальнейшее совершенствование системы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

В Казахстане в 1996 году Постановлением Правительства Республики Казахстан № 193 была утверждена первая Республиканская программа по профилактике и борьбе со СПИД на 1996–2000 гг. Как отмечает И.Б. Ерасилова (2006), данная программа не была подкреплена конкретными финансовыми средствами, и работа по ее реализации проводилась в регионах на основании комплексного плана, утвержденного областным отделом здравоохранения в пределах выделенного местным бюджетом финансирования. В результате многие вопросы профилактики в Казахстане остались нерешенными, что привело к прогрессированию эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на всей территории республики [11].

Между тем во многих странах мира в этот период уже успешно реализовались новые технологии профилактики ВИЧ-инфекции, такие как программы «снижения вре-

да». Основным принципом данных программ, как отмечают исследователи, заключался в активном проникновении специалистов, занимавшихся профилактикой ВИЧ-инфекции, в популяцию наркоманов и изменение их поведения в желанном направлении.

Первой профилактической программой в Казахстане, отвечающей требованиям глобальной стратегии ВОЗ, была «Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001–2005 годы», утвержденная Постановлением Правительства Республики Казахстан 14 сентября 2001 года [13]. Основанием для разработки Программы было Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2000 года № 1808 «О Концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан». Основной целью и задачами Программы явились: стабилизация распространенности ВИЧ среди населения на концентрированной стадии эпидемии, не допустив ее перехода в генерализованную стадию; уменьшение пополнения уязвимых в отношении инфицирования ВИЧ групп населения новыми лицами из среды молодежи; обеспечение не менее 80% людей, живущих с ВИЧ, медицинскими и социальными программами, снижающими уровень их контагиозности. В Программе был определен следующий перечень основных мероприятий:

- претворение в жизнь мер по поддержке конституционно гарантированных прав граждан и социальной защите групп населения, наиболее уязвимых в отношении ВИЧ-инфекции;
- снижение уязвимости групп рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ;
- совершенствование государственной политики по привлечению общественных объединений к решению проблем ВИЧ/СПИДа;
- совершенствование информации и образовательных программ по формированию здорового образа жизни населения;
- повышение качества медицинских и социальных услуг, связанных с первичной профилактикой ВИЧ-инфекции;
- совершенствование управления и координации исполнения превентивных программ по ВИЧ/СПИДу.

Из средств республиканского бюджета планировалось на 2001–2005 гг. выделить 47 264 млн тенге, из средств местных бюджетов – 358 483 млн тенге.

Однако, по мнению специалистов РЦ СПИД (2005), многие ее ключевые вопросы остались нерешенными. Так, по мере прогрессирования эпидемии следовало бы активизировать профилактическую работу среди следующих уязвимых групп населения. Это – МСМ, заключенные, молодежь, в том числе «безнадзорные» подростки, военнослужащие, безработные, мигранты. Кроме того, одним из актуальных вопросов по противодействию эпидемии является также формирование лекарственной политики по обеспечению доступности широкого спектра антиретровирусных препаратов на рынке страны и формирование «приверженности» людей с ВИЧ к лечению [14].

В конце 2006 года Постановлением правительства Республики Казахстан № 1216 от 5 декабря 2006 года была принята республиканская программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 года [14]. Основной целью программы явилось: стабилизировать распространенность ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии, не допустив ее перехода в генерализованную стадию. В задачи программы входило:

- совершенствование политики правоотношений, создание правовой и социальной среды;

- претворение в жизнь профилактических программ;
- реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков;
- реализация стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ;
- утверждение и поддержание особых объектов по предоставлению услуг по психосоциальному консультированию и тестированию на ВИЧ;
- профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку;
- постконтактная профилактика;
- профилактика вторичных заболеваний у людей с ВИЧ;
- профилактика гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ;
- претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции;
- совершенствование эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования ответных мероприятий [13].

На реализацию данной программы, с учетом базового финансирования государственных учреждений и организация разных секторов, предусматривается выделить 6 708,93 млн тенге на 5 лет. Аналогичные программы были утверждены областными и городскими акиматами во всех регионах республики.

В настоящее время в Казахстане с учетом сложившейся эпидемиологической ситуации разрабатываются новые комплексные профилактические программы, направленные на конкретные группы и сфокусированные на предоставление информации, мотивирование и развитие поведенческих навыков.

В заключение следует отметить, что распространение ВИЧ-инфекции представляет собой трудно контролируемое социально-биологическое явление, отличающееся динамичностью, нарастающим негативным эффектом и сочетает в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной комплексной проблемы. Поэтому современная стратегия борьбы с ВИЧ-инфекцией требует, с одной стороны, эффективных мер по немедленному реагированию на нее, с другой стороны – разработку среди населения адекватных мероприятий по длительному противостоянию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сапарбеков М.К., Шуратов И.Х., Чакликов Т.Е. и другие. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане. – Алматы, 2000. 175 с.
2. Малый В.П. ВИЧ/СПИД. – М., 2009. 677с.
3. «Триединые принципы» в действии: Как обстоят дела и как двигаться дальше // ЮНЭЙДС. ISBN 9291734306 (пер. с англ.).
4. Абоаги-Квартенг Т., Муди Р. Борьба сообщества с ВИЧ. Пособие по средствам профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией // «СПИД-инфосвязь». – М., 1997. 180 с. (пер. с англ.).
5. Girard P.M., Kallama Ch., Pialoux G. VIH. Edition 2001. – Paris, 2001. 542 p.
6. Лицом к лицу со СПИДом. Приоритеты общества в условиях глобальной эпидемии. Программный доклад об исследовании Всемирного Банка. – М., 1998. 289 с. (пер. с англ.).
7. Lapotte A., Lot F. Epidemiologic situation actuelle et tendance // VIH/-Paris. 2001. P. 49–59.
8. Глобальная стратегия борьбы со СПИДом / 1, 2, 3, серия «СПИД». – № 11. – Женева, 1992. 46 с. (пер. с англ.).
9. Предупреждение передачи вируса иммунодефицита человека половым путем. Рекомендации по оказанию первой помощи на рабочем месте с учетом проблемы СПИДа // ВОЗ, серия «СПИД», 6,7. – Женева, 1992. 45 с. (пер. с англ.).
10. Piot P. The global epidemiology of HIV-infection: continuity, heterogeneity and change // AIDS. 1990. Vol. 4. P. 403–412.

11. *Ерасилова И.Б.* Сравнительные подходы по организации мер по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Казахстане // Гигиена, эпидемиология және иммунобиология. 2005. № 4. С. 56–59.

12. *Барри Маккэффри.* Борьба с наркоманией // Глобальные проблемы. Наркомания и борьба с нею. – Электронный журнал ИАС. Том 2. № 2. С. 4–9.

13. Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001–2005 годы. Алматы, 2001. 160 с.

14. Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 годы. Алматы, 2007. С. 99–100.

Резюме

Э.А. Аликеева, М.К. Сапарбеков

ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ СОВЕРШЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

(Обзор литературы)

В данной работе представлены данные литературы об опыте различных государств мира по разработке и внедрению новых технологий по предупреждению эпидемии ВИЧ-инфекции. Приведены данные о внедрении национальных программ по противодействию ВИЧ/СПИД в Казахстане.

Тұжырым

Э.А. Аликеева, М.К. Сапарбеков

АИВ ЖҰҚПАСЫН АЛДЫН АЛУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ҚАЗІРГІ ТЕХНОЛОГИЯНЫҢ ШЕТЕЛДІК ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

(Әдебиетке шолу)

Бұл жұмыста әлемдегі әртүрлі мемлекеттегі АИВ жұқпаның эпидемиясының алдын ала сақтандыру жөнінде жаңа технологияның індеу және енгізуі туралы жаңа әдебиеттер көрсетілген. Қазақстандағы АИВ/ЖИТС жұқпасына қарсы ұлттық бағдарламаларды енгізуі жөнінде мағлұматтар берілген.

Summary

E. Alikeyeva, M. Saparbekov

FOREIGN AND DOMESTIC EXPERIENCE OF MODERN TECHNOLOGIES IN HIV PREVENTIVE MEASURES

(Revive of the literature)

In this work we present data of various countries experience in development and implementation of new technologies to prevent epidemics of HIV. Below we provide data of national program implementation of HIV/AIDS retroaction in Kazakhstan.

М.Т. АБДЫРАХМАНОВА

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

(Обзор литературы)

Городская поликлиника, г. Талдыкорган

В осенне-зимний период беременные женщины зачастую страдают простудными заболеваниями. Причем на будущих мам обрушивается целая череда инфекций, которые неблагоприятны для будущего ребенка.

Беременные женщины восприимчивы к простудным заболеваниям, поскольку у них почти всегда снижен иммунитет, что является естественным и обратимым явлением. Таким образом организм защищается, чтобы не было конфликта иммунной системы с ребенком. В связи с этим беременной женщине важно себя оградить от вирусной инфекции. В период эпидемии ОРВИ и гриппа беременной женщине необходимо максимально сузить круг общения, не посещать общественные места, чаще гулять на свежем воздухе, регулярно проветривать жилое помещение. При угрозе заражения ОРВИ близкие беременной женщины должны принимать арбидол, анаферон и другие противовоспалительные препараты. Если кто-то из родных все же заболел, его нужно изолировать. А будущая мама в такой ситуации должна носить маску и тщательно мыть руки. При насморке простудившийся обязан пользоваться одноразовыми бумажными салфетками или платочками. Для профилактики заражения ОРВИ необходимы ежедневная влажная уборка и увлажненный воздух в квартире. Необходима ирригационная терапия носовой полости морской водой при помощи спреев. Установлено, что ирригационная терапия изотоническим раствором природных минеральных солей при рините беременных оказывает благотворное влияние на такие физиологические функции полости носа, как воздухопроводение и секреторная активность слизистой оболочки полости носа, а также способствует нормализации кислотности и цитологического состава носового секрета.

В настоящее время уже сложно представить лечение болезни носа и околоносовых пазух без ирригационной терапии. Ирригационная терапия с целью элиминации причинного фактора является одним из наиболее эффективных и безопасных методов лечения позволяющих не только уменьшить признаки болезни, но и полностью купировать их. Зачастую для элиминацию патогенных агентов промывают носовую полость растворами поваренной соли, что часто приводит к осложнениям в виде ожогов и пересушивания слизистой оболочки полости носа, и здесь на помощь пришла сама природа, создавшая уникальное средство для профилактики и лечения ринитов – богатую микроэлементами морскую воду, способную элиминировать со слизистых оболочек верхних дыхательных путей вирусы, бактерии, аллергены, поллюганы [1–10].

Оптимальными для элиминации является применение препаратов изотонической морской воды Маример и Хьюмер-150. Первым условием достижения противовоспалительного эффекта и восстановления функции реснитчатых клеток мерцательного эпителия носовой полости является элиминация патогенов с помощью изотонической морской воды для обеспечения естественной концентрации макро, и микроэлементов [1–5].

Маример и Хьюмер-150 – назальные спреи натуральной изотонической стерильной морской воды для взрослых, для детей и младенцев, содержащие полный набор микроэлементов и минеральных солей и идеально соответствующие физиологическим нормам организма, способствующие более быстрому регрессу основных признаков заболевания не только путем снижения концентрации патогенов, но и разгрузкой локальных иммунокомпетентных структур слизистой носоглотки, сокращая и/или устраняя иммунную агрессию. Не содержит консервантов [1–5].

Входящие в состав Маримера и Хьюмер-150 микроэлементы оказывают следующее воздействие:

Магний активирует функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки носовой полости.

Йод и натрий хлор обладают антисептическим эффектом.

Цинк и селен стимулируют выработку лизоцима, интерферонов и иммуноглобулинов, обладают антиоксидантными и противовоспалительными свойствами.

Сочетание в препарате йода и микроэлементов способствует активизации выработки защитной слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки.

– Способствуют поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки полости носа.

– Эффективно очищают и увлажняют слизистую носа, разжижают слизь и способствуют ее выведению, улучшают носовое дыхание, оказывают противовоспалительный и противоотечный эффекты, усиливают репарацию клеток слизистой оболочки носа и восстанавливают ее функцию.

– Орошают нос мягко благодаря распылению микрокаплями, идеальны для процедуры промывания.

– Предварительное применение Маримера и Хьюмера-150 повышают терапевтическую эффективность лекарственных средств, наносимых на слизистую оболочку носа, и сокращают продолжительность течения респираторных заболеваний.

Маример и Хьюмер-150 удобны в применении: распыляются из баллона в любом положении, длительность одного впрыскивания не ограничены (в отличие от механических спреев), а специальные гибкие карманы баллонов позволяют использовать морскую воду до последней капли. Наконец, еще одним преимуществом Маримера и Хьюмер-150, о котором нельзя не упомянуть, являются их хорошие фармакоэкономические показатели: 150 мл соответствуют 450 впрыскиваниям.

Таким образом, Маример и Хьюмер-150 являются безопасными и достаточно эффективными препаратами в лечении насморка ОРВИ у беременных, что подтверждается нашими наблюдениями при использовании этих препаратов.

Из народных методов хорошей противовирусной и антибактериальной активностью обладают чеснок и лук. Употреблять их надо в свежем виде добавляя в салат или квашеную капусту. Целебной силой обладают при ОРВИ эфирные масла: сандаловое, масло лаванды, шалфея, чабреца, лимонника и сладкого апельсина. Летучие вещества из растений обеззараживают воздух и повышают реактивность организма к инфекции. Лечение простудных заболеваний при беременности – задача непростая. Многие препараты им противопоказаны. Ну иногда помощь нужна срочно. В таких ситуациях нужно воспользоваться теми безрецептурными средствами, которые разрешены к применению у беременных женщин. При беременности разрешен только «чистый» парацетамол, в таблетке не должно быть каких-либо добавок. Из нелекарственных методик для снижения температуры можно применять чай с малиной и липовым цветком. При повышении температуры выше 39,5° С необходимо вызвать ско-

рую помощь. Беременным женщинам противопоказаны любые физиотерапевтические процедуры, нельзя парить ноги, ставить горчичники. Большинство противовирусных препаратов не изучались на предмет безопасности для беременных женщин. Поэтому популярные препараты, как арбидол, ингавирин, им противопоказаны. Официально разрешенных противовирусных средств при беременности немного. Это гомеопатический осиллококцидум, гриппферон и свечи виферон. Причем виферон разрешен с 15-й недели беременности после консультации врача. Ведь простуду могут вызывать не только вирусы, но и бактерии. А бактериальные инфекции лечатся антибиотиками. И если беременной женщине вовремя не лечить ангину, бронхит или гайморит, это чревато серьезными осложнениями.

При простуде всегда рекомендуется обильное питье, в том числе и травяных чаев. Рекомендуется чай с мятой и Melissa, клюквенный или брусничные морсы. Отхаркивающие растительные микстуры разрешены только после консультации с лечащим врачом. Во второй половине необходимо обращать внимание на количество выпиваемой жидкости, поскольку лишняя водная нагрузка чревата отеками. При беременности разрешены большинство местных средств для орошения ротоглотки. При отсутствии аллергии на травы необходимо полоскать горло настоями календулы, шалфея, ромашки, коры дуба. Неплохо помогают для полоскания спреи с морской водой, йодные орошения при беременности противопоказаны. Хорошие результаты дает раствор «Гантум-верде», в состав которого входит противовоспалительное средство. При основном симптоме ОРВИ – насморке лучше не пользоваться такими местными назальными деконгестантами, как галозолин, нафтизин, тизин, назол, их применяют в крайних случаях с разрешения врача.

Для восстановления носового дыхания у беременных женщин оптимальным является применение Оксиметазалина (Називина), который является единственным симпатомиметиком с доказанным противовирусным действием.

Так називин сокращает продолжительность лечения на 33% (4), что говорит не только о сосудосуживающем эффекте. В связи с этим, были проведены научные исследования для изучения возможного антивирусного свойства Називина. Так были проведены исследования влияния Називина на вирус гриппа А, где было доказано, что Називин тормозит размножение вирусов гриппа А (4). Ранее было отмечено, что развитие ринита могут вызывать риновирусы, принадлежащие к группе Picornaviridae. Риновирусов насчитывается свыше 100 серотипов, что обуславливает его эпидемиологическое значение. Ввиду отсутствия перекрестной активности серотипов риновирус, невозможно защитить себя вакциной (4). Називин обладает действием, подавляющим размножение риновируса (4). В последующих исследованиях был раскрыт антивирусный эффект Називина. Так Називин уменьшает экспрессию молекул клеточной адгезии, снижая способность патогена внедриться в клетку [11–14].

Таким образом, Називин – единственный местный деконгестант с доказанным противовирусным действием, уменьшающим длительность лечения ринита, что также подтверждается нашими наблюдениями. Називин, таким образом, является лекарственным средством первого выбора при лечении вирусного ринита. Основываясь на высокой безопасности Називина, сопоставляемого с безопасностью изотонических солевых растворов (4). Називин выполняет особую роль при лечении насморка у беременных.

Кроме того, исследования меченного радиоактивным изотопом Оксиметазалина показали, что при нанесении на слизистую оболочку носа он практически не опреде-

ляется в системном кровотоке (6). В терапевтических дозах не вызывает увеличение АД и ЧСС [Rayburn W.F. et al. Uterine and fetal doppler flow changes from a single dose of long acting intranasal decongestant. *Obstetrics Gynecol* 1990, 76:180–182]. Действие проявляется через 5–10 минут после применения и продолжается в течение 12 часов.

Если во второй половине беременности у женщин повышается артериальное давление, то сосудосуживающие капли запрещены категорически. Разрешены мазь и капли пиносол, при отсутствии температуры можно делать ингаляции с маслом шиповника и эвкалиптовым маслом, маслом тимьяна. Можно дышать парами питьевой соды, вареной картошки в мундире с добавлением аптечной ромашки или шалфея, листьев черной смородины, березы. Любую беременную женщину, естественно, беспокоит как отразится ОРВИ на ребенке. Легкий насморк без температуры в большинстве случаев никакого воздействия не оказывает. Однако при тяжелых инфекциях с длительной высокой температурой есть риск задержки роста плода. Иногда после инфекции страдает плацента, из-за чего малышу также может не хватать кислорода. Поэтому в таких случаях женщинам часто предлагают пройти комплекс лечебных мероприятий в стационаре, чтобы выяснить, сказалась ли простуда на ребенке. После выздоровления необходимо обязательно посетить гинеколога и пройти ультразвуковые исследования.

Таким образом, предварительное применение нами препаратов Маример и Хьюмер-150, обладающих высокой эффективностью, хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов, повышает терапевтическую эффективность Називина, обладающего противовирусным действием, сокращает продолжительность течения ОРВИ, что позволяет его рекомендовать в терапевтических дозах, которые безопасны в течение двух-трех дней у беременных женщин.

Кроме того, еще раз хочется напомнить о его фармакоэкономических показателях: 150 мл соответствуют 450 впрыскиваниям.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомилский М.Р., Гаращенко Т.И. Элиминационная терапия в лечении аденоидита у детей с острым синуситом // Вестник оторинолар. 2004. № 4. С. 46–48
2. Брежнева Ю.В. Применение элиминационного препарата Хьюмер 150 в комплексном лечении аллергического ринита у детей // Клиническая иммунология и аллергология. № 4 (15). 2008.
3. Волошина И.А., Туровский А.Б. Ирригационная терапия атрофического ринита // Русский медицинский журнал. 2008. Том 16. № 29.
4. Ерсханова Б.К., Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е. и др. Топическая противовирусная терапия ринитов при острых респираторных инфекциях // Наука и здравоохранение. 2011. № 2. С. 93–95.
5. Карпова Е.П., Божатова М.П. Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава. Как сократить продолжительность ОРВИ у детей? Новый подход в лечении // Практика педиатра. 2007. № 7. С. 3.
6. Карпова Л.С., Маринич И.Г. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2006.
7. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Острый респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. 2005.
8. Соколов В.В., Чаукина В.А., Кисилев А.Б. Влияние ирригационной терапии на функции полости носа у беременных женщин // Оториноларингология. Бас, Мойын хирургиясы. 2011. № 1–2, С. 54–55.
9. Хамзалиева Р.Б., Туровский А.Б. // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 12. № 21.
10. Reinecke S. Tschäkin M. Wintersuchung der wirksamkeit von oxymeta wlin out die Rhinitisdauer, MMW – Fortschritteder Medirin Orgina Ven, 2005. 3 (147jg), 113–118.
11. Schmidike M., Sauebm A., Wutder P. Besiizen oxymentazolinhaktige Nasen – Sprays line antivirius Wirkung gegenuber Influenzavizen. Chemother J. 2005. 14: 207–11
12. Ledford R.M., et al., J. Virol., 2004. 78. P. 3663–3674.

Резюме

М.Т. Абдырахманова

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

(Обзор литературы)

В представленном обзоре показана адекватная терапия ОРВИ у беременных женщин, которые имеют свои особенности. При этом больным необходим индивидуальный подход при применении Називина с учетом периода беременности, показателей АД и ЧСС. Отмечается эффективность и безопасность Називина при предварительном применении препаратов Маример и Хьюмер-150.

Тұжырым

М.Т. Абдырахманова

ЕКІҚАБАТ ӘЙЕЛДЕРДЕ РЕСПИРАТОР-ВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ МЕН ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

(Әдебиетке шолу)

Бапта ЖРВИ-ды бірдей терапия өз ерекшелігі болатын екіқабат әйелдерде көрсетілген. Сонымен бірге, аурумен жеке ықпал ету жүктіліктің мерзімінің есепке алуы бар Називинның қолдануында қажетті, тозақ және үстің көрсеткіштері. Сонымен бірге Називинның биік Маримердің тиімділігі және қауіпсіздігі және Хьюмераның препараттарының алдын ала қолдануында біздікі атап өтілген – 150.

Summary

M.T. Abdrahmanova

FEATURES OF THERAPY AND PREVENTION RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN

(Revive of the literature)

The article shows adequate therapy SARS in pregnant women who have their own characteristics. Moreover, patients required an individual approach in applying Nazivina considering pregnancy, rates of blood pressure and heart rate. In this case we have noted the high effectinost Nazivina and security with the prior use of drugs and Marimer, Humer-150.

УДК 616.65.007.61.574

М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ИССЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН КОСТАНАЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «МУЖСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова, г. Алматы

В настоящее время наиболее актуальными проблемами при заболеваниях предстательной железы являются разработка и унификации последовательности и объемов обследования с целью ранней диагностики заболеваний предстательной железы, в том числе, рака. Необходимо определение критериев лечения и наблюдения пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях, решение вопросов обследования и лечения с учетом принципов преемственности и взаимодействия между различными лечебно-профилактическими учреждениями на всех этапах оказания медицинской помощи в условиях города.

До настоящего времени в Казахстане имелся опыт проведения всеобщей и ежегодной диспансеризации населения (Приказ № 770 Минздрава СССР 1986 г). Однако для массовых обследований мужчин на тот период времени единственным методом диагностики заболеваний предстательной железы являлось пальцевое ректальное исследование. За период, прошедший с 1986 года, произошли существенные социальные изменения. Были пересмотрены патогенез, диагностика и лечение заболеваний предстательной железы.

Одной из социально значимых причин преждевременной смертности мужчин является рак предстательной железы. Триада патологических процессов, развивающихся в предстательной железе, патогенетические механизмы которых тесно переплетаются, а именно: хронический простатит, доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы составляют доминирующую группу заболеваний по сравнению с любыми нозологическими единицами у мужчин. Вместе с тем, каждое из этих заболеваний имеет свою клиническую симптоматику, которая нередко проявляется достаточно поздно в далеко зашедших стадиях. Поэтому возникает реальная необходимость применения методов диагностики, которые позволяют выявлять патологический процесс на ранних стадиях развития и, что особенно важно, выделять группы риска.

Для унификации последовательности и объема обследования мужчин для раннего выявления заболеваний предстательной железы возникла необходимость в создании нового алгоритма урологического диспансерного обследования лиц мужского пола. Вышеизложенное определяет актуальность и значимость настоящей работы [1–6].

Цель нашего исследования: ранняя диагностика, а также выявление уроandroлогической патологии среди мужского населения, в том числе и детей, методом ультразвукового исследования.

Материал и методы. Нами было обследовано 210 мужчин в возрасте 15–76 лет, средний возраст составил $35 \pm 4,5$ лет, а также 64 мальчика в возрасте от 1–15 лет, средний возраст составил $10 \pm 2,5$ лет. Данное обследование проходило в городе Костаная с 13 по 14 октября 2011 года в рамках программы «Мужское здоровье», организованное директором Научного центра урологии имени Б.У. Джарбусынова профессором М.К. Алчинбаевым.

Распределение пациентов по возрастной категории

Возраст	Количество больных (n=210)	
	абс	%
15–25	35	16,6
26–35	55	26,2
36–45	23	11,0
46–55	29	13,8
56–65	26	12,4
66–75	29	13,8
>76	13	6,2
<i>Итого:</i>	210	100

Как видно из таблицы наибольшее количество пациентов были в возрасте 26–35 лет, который является наиболее трудоспособным.

Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы, а именно почек, мочевого пузыря, предстательной железы и органов мошонки.

Результаты. В результате проведенного ультразвукового исследования у 210 пациентов в возрасте от 18 до 79 лет, 53 пациента, что составило 25,2% от общего количества обследуемых пациентов, методом трансабдоминального исследования был выявлен хронический простатит с сопутствующей патологией – везикулит, кальцинаты простаты, у 37 пациентов в возрасте от 49 до 85 лет (17,6%) была выявлена ДГПЖ с сопутствующей патологией – кальцинаты, везикулит, у 32 пациентов в возрасте от 20 до 56 лет (15,2%) выявлен везикулит, у 5 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет (2,4%) выявлены камни почек, у 10 пациентов в возрасте от 15 до 27 лет (4,8 %) выявлено варикоцеле слева, у 9 пациента в возрасте 10 лет (4,3%) был выявлен крипторхизм, у 6 пациентов в возрасте от 10–47 лет (2,8%) выявлены кисты придатков и у 2 пациентов в возрасте от 45–56 лет (1,0%) были выявлены кисты простаты. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по нозологии и возрастной категории

Заболевания	Возраст	N=210	%
ХП	18–79	53	25,2
ДГПЖ	49–85	37	17,6
Норма	16–44	56	26,7
Везикулит	20–56	32	15,2
Камни почек	45–65	5	2,4
Варикоцеле	15–27	10	4,8
Крипторхизм	10	9	4,3
Киста придатков	10–47	6	2,8
Киста простаты	45–56	2	1,0

Результаты ультразвукового исследования детей

Нами были обследованы 57 мальчиков в возрасте от 1 года до 14 лет. Было выявлено: нейромышечная дисплазия – 5 детей (8,8%), гидронефроз – 6 детей (10,5%), гипоспадия – 3 (5,3%), варикоцеле – 4 (7,1%), гипогонадизм – 6 (10,5%), нейромышечная дисфунк-

ция мочевого пузыря – 2 (3,5%), гидроцеле – 6 (10,5%), фимоз – 5 (8,8%), хронический пиелонефрит – 6 (10,5%), МКБ – 1 (1,7%), аномалии развития (нефроптоз) – 2 (3,5%), крипторхизм 6 – (10,5%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс – 1 (1,7%). Таким образом, у – 53 мальчиков (92,9%) обнаружена патология, 4 детей – (7,1%) здоровы (таблица 3).

Таблица 3

Результаты урологического скрининга детей (мальчиков) от 1 до 15 лет

№	Патология	абс.	%
1	Нейромышечная дисплазия	5	8,8
2	Гидронефроз	6	10,5
3	Гипоспадия	3	5,3
4	Варикоцеле	4	7,1
5	Норма	4	7,1
6	Гипогонадизм (микропенис)	6	10,5
7	Нейтрогенная дисфункция мочевого пузыря	2	3,5
8	Гидроцеле	6	10,5
9	Фимоз (рубцовый)	5	8,8
10	Хронический пиелонефрит	6	10,5
11	МКБ	1	1,7
12	Аномалия развития почки (нефроптоз)	2	3,5
13	Крипторхизм	6	10,5
14	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	1	1,7
	<i>Итого:</i>	57	100

Выводы:

1. По результатам УЗИ за период с 13 по 14 октября 2011 года в городе Костаная было обследовано 210 пациентов, из них 57 мальчиков в возрасте от 1 года до 14 лет.
2. У 53 пациентов выявлен хронический простатит, у 37 пациентов ДГПЖ, у 27 пациентов были сопутствующие патологии, у 56 пациентов патологии не выявлено.
3. Всего обследовано 64 мальчика с 1 по 14 лет, у 61 (92,9%) обнаружена патология, 4 (7,1%) детей здоровы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асаяд О., Мешков В.В. Урологические осложнения рака предстательной железы // Международный медицинский журнал. 2002. № 4. С. 23.
2. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение. // Материалы X Всероссийского съезда урологов. 2002. С. 33–45.
3. Воробьев А.В. Скрининг мужского населения, стандартное обследование пациентов, классификация рака предстательной железы. //Практическая онкология. 2001. № 2 (6). С. 8–16.
4. Воробьев А.В. Рак предстательной железы: эволюция взглядов. //Вопросы онкологии. 2009. Т. 55. № 2. С. 241–249.
5. Аполинхин О.И., Дзеранов Н.К., Шишкин С.С., Казаченко А.В., Тотров К.И. Клиническая значимость потенциальных маркеров рака предстательной железы с использованием протеомных технологий. // Фундаментальные исследования в уронефрологии. Материалы Российской научной конференции с международным участием. Изд-во Саратовского гос. мед. университета. 2009. С. 416–417.
6. Лопаткин Н.А., Мартов Д.Г. Состояние и перспективы развития урологической помощи в Российской Федерации // Материалы X Всероссийского съезда урологов. 2002. С. 5–30.

Резюме

М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ИССЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН КОСТАНАЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «МУЖСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

В статье представлены сведения по выявлению уроandroлогической патологии среди мужского населения, в том числе и детей Костаная методом ультразвукового исследования.

Тұжырым

М.К. Алыынбаев, Н.М. Қадырбеков, А.К. Бұйрашев, А.А. Муравьев

«ЕРЛЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫ» АТТЫ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ МАҚСАТЫ БОЙЫНША ҚОСТАНАЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ЕРЛЕРІН СКРИНИНГТІ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Мақалада Қостанай қаласындағы ерлердің және балалардың арасында ультрадыбысты зерттеу әдісі арқылы уроandroлогиялық патологиясын анықтау мәліметтері берілген.

Summary

M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buyrashev, A.A. Muraviev

THE RESULTS OF A SCREENING STUDY OF MEN C. KOSTANAI THE PROGRAM «MEN'S REPRODUCTIVE HEALTH»

The article presents information on identifying uroandrologich pathology among the male people c. Kostanay, including children by ultrasound methods study.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616.65.007.61.574

М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ИССЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН ТАЛДЫКОРГАНА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «МУЖСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова, г. Алматы

Необходимость разработки новых подходов для оказания профилактической помощи больным, в частности, с заболеваниями предстательной железы, обусловлена не только продолжающимся ухудшением показателей здоровья взрослого населения, но и крайне неудовлетворительной продолжительностью жизни мужчин в Казахстане [1].

Заболевания предстательной железы занимают значимое место во всей урологической практике. Частота обращений к урологу из-за проблем, связанных с заболеваниями предстательной железы, ежегодно возрастает. Вместе с тем, диагностика и лечение ряда заболеваний, таких как хронический простатит, рак и доброкачественная гиперплазия простаты, представляют собой не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему [2].

Проблема хронического простатита остается одной из актуальных проблем урологии. Различные статистические исследования показали, что хроническим простатитом страдают наиболее социально активные группы мужского населения. По данным различных авторов заболеваемость хроническим простатитом колеблется от 8 до 35%.

Хронический простатит в 28% случаев является причиной обращений мужчин к урологу; в 59% простатит диагностируется как самостоятельное заболевание и 85% – в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы [3].

Сочетанное поражение предстательной железы доброкачественной гиперплазией и раком встречается в 10% случаев, а по ряду авторов – в 20%. Однако четкой взаимосвязи этих двух заболеваний в литературе мы не нашли [4–5].

Одной из социально значимых причин преждевременной смертности мужчин является рак предстательной железы. Триада патологических процессов, развивающихся в предстательной железе, патогенетические механизмы которых тесно переплетаются друг с другом, а именно: хронический простатит, доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы составляют доминирующую группу заболеваний по сравнению с любыми нозологическими единицами у мужчин. Вместе с тем, каждое из этих заболеваний имеет свою клиническую симптоматику, которая нередко проявляется достаточно поздно в далеко зашедших стадиях. Поэтому возникает реальная необходимость применения методов диагностики, которые позволяют выявлять патологический процесс на ранних стадиях развития и, что особенно важно, выделять группы риска. Все это привело к необходимости разработки новых подходов к ранней диагностике заболеваний предстательной железы.

Цель нашего исследования: ранняя диагностика, а также выявление уроandroлогической патологии среди мужского населения, в том числе и детей, методом ультразвукового исследования.

Материал и методы. Нами было обследовано 353 мужчин в возрасте 15–76 лет, средний возраст составил $35 \pm 4,5$ лет, а также 64 мальчика в возрасте от 1 до 15 лет, средний возраст составил $10 \pm 2,5$ лет. Данное обследование проходило в городе Талдыкургане с 8 по 9 сентября 2011 года в рамках программы «Мужское здоровье», организованной директором Научного центра урологии имени Б.У. Джарбусынова профессором М.К. Алчинбаевым.

Распределение пациентов по возрастной категории представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастной категории

Возраст	Количество больных ($n=353$)	
	абс	%
дети 1–15 лет	64	18
15–25	35	10
26–35	65	18
36–45	55	16
46–55	46	13
56–65	42	12
66–75	38	11
>76	8	2
<i>Итого:</i>	353	100

Как видно из таблицы, наибольшее количество пациентов было в возрасте 26–35 лет, который является наиболее трудоспособным.

Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы, а именно почек, мочевого пузыря, предстательной железы и органов мошонки.

Результаты. В результате проведенного ультразвукового исследования у 106 пациентов в возрасте от 18 до 79 лет, что составило 36,7% от общего количества обследуемых пациентов, методом трансабдоминального исследования был выявлен хронический простатит с сопутствующей патологией – везикулит, кальцинаты простаты, у 39 пациентов в возрасте от 49 до 85 лет (14%) была выявлена ДГПЖ с сопутствующей патологией – кальцинаты, везикулит, у 10 пациентов в возрасте от 20 до 56 лет (3,5%) выявлен везикулит, у 3 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет (1,0%) выявлены камни почек, у 5 пациентов в возрасте от 15 до 27 лет (1,7%) выявлено варикоцеле слева, у 1 пациента в возрасте 10 лет (0,3%) был выявлен крипторхизм, у 6 пациентов в возрасте 10–47 лет (2,1%) выявлены кисты придатков и у 2 пациентов в возрасте 45–56 лет (0,7%) были выявлены кисты простаты. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по нозологии и возрастной категории

Заболевания	Возраст	к-во	%
ХП	18–79	106	36,7
ДГПЖ	49–85	39	13,5
Норма	16–44	117	40,5
Везикулит	20–56	10	3,5
Камни почек	45–65	3	1,0
Варикоцеле	15–27	5	1,7
Крипторхизм	10	1	0,3
Киста придатков	10–47	6	2,1
Киста простаты	45–56	2	0,7

Результаты ультразвукового исследования детей

Нами были обследованы 64 мальчика в возрасте от 1 года до 14 лет. У 61 (95,3%) обнаружена патология, 3 детей (4,7%) здоровы. Таким образом, из общего количества обследованных обнаружена паховая грыжа у 3 детей (4,7%), гипоплазия яичек у 2 детей (3,1%), нейрогенная дисплазия мочеточника у 1 ребенка (1,6%), варикоцеле у 9 детей (14,0%), меатостеноз у 1 ребенка (1,6%), с недержанием мочи у 4 детей (6,2%), гипоспадия головчатая форма – 3 (4,7%), гипоспадия, стволовая форма – 3 (4,7%), нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – 9 (14,0%), гидроцеле – 6 (9,4%), фимоз – 3 (4,7%), хронический пиелонефрит – 7 (10,9%), хронический гломерулонефрит – 1 (1,6%), единственно функционирующая почка – 3 (4,7%), крипторхизм – 6 (9,4%).

Таблица 3

Результаты урологического скрининга детей (мальчиков) от 1 до 15 лет

№	Патология	абс.	%
1	Паховая грыжа	3	4,7
2	Гипоплазия яичек	2	3,1
3	Нейрогенная дисплазия мочеточника	1	1,6
4	Варикоцеле	9	14,0
5	Меатостеноз	1	1,6
6	Недержание мочи	4	6,2
7	Гипоспадия, головчатая форма	3	4,7
8	Гипоспадия, стволовая форма	3	4,7

9	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	9	14,0
10	Гидроцеле	6	9,4
11	Фимоз	3	4,7
12	Хронический пиелонефрит	7	10,9
13	Хронический гломерулонефрит	1	1,6
14	Единственно функционирующая почка	3	4,7
15	Крипторхизм	6	9,4
16	Здоровы	3	4,7
	<i>Итого:</i>	64	100

Выводы:

1. По результатам УЗИ за период с 8 по 9 сентября 2011 года в городе Талдыкоргане было обследовано 353 пациента, из них 64 мальчика в возрасте от 1 года до 14 лет.
2. У 106 пациентов выявлен хронический простатит, у 39 пациентов – ДГПЖ, у 27 пациентов были сопутствующие патологии, у 117 пациентов патологии не выявлено.
3. Всего обследовано 64 мальчика от 1 до 14 лет, у 61 (95%) обнаружена патология, 3 (5%) детей здоровы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Асаяд О., Мешков В.В.* Урологические осложнения рака предстательной железы // Международный медицинский журнал. 2002. № 4. С. 23.
2. *Винаров А.З., Асламазов Э.Г.* Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение. // Материалы X Всероссийского съезда урологов. 2002. С. 33–45.
3. *Воробьев А.В.* Скрининг мужского населения, стандартное обследование пациентов, классификация рака предстательной железы // Практическая онкология. 2001. № 2 (6). С. 8–16.
4. *Воробьев А.В.* Рак предстательной железы: эволюция взглядов // Вопросы онкологии. 2009. Т. 55 № 2. С. 241–249.
5. *Аполихин О.И., Дзеранов Н.К., Шишкин С.С., Казаченко А.В., Топров К.И.* Клиническая значимость потенциальных маркеров рака предстательной железы с использованием протеомных технологий. Фундаментальные исследования в уронефрологии. Материалы Российской научной конференции с международным участием. Изд-во Саратовского гос. мед. университета. 2009. С. 416–417.
6. *Лопаткин Н.А., Мартов Д.Г.* Состояние и перспективы развития урологической помощи в Российской Федерации // Материалы X Всероссийского съезда урологов. 2002. С. 5–30.

Резюме

М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев

**РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ИССЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН ТАЛДЫКОРГАНЕ
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «МУЖСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

В статье представлены сведения по выявлению уроандрологической патологии среди мужского населения Талдыкоргана, в том числе и детей, методом ультразвукового исследования.

Тұжырым

М.К. Алышбаев, Н.М. Қадырбеков, А.К. Бұйрашев, А.А. Муравьев

**«ЕРЛЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫ» АТТЫ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ
МАҚСАТЫ БОЙЫНША ТАЛДЫКОРҒАН ҚАЛАСЫНЫҢ ЕРЛЕРІН СКРИНИНГТІ
ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Мақалада Талдыкорған қаласындағы ерлердің және балалардың арасында ультрадыбысты зерттеу әдісі арқылы уроандрологиялық патологиясын анықтау мәліметтері берілген.

Summary

M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buyrashev, A.A. Muraviev

THE RESULTS OF A SCREENING STUDY OF MEN C. TALDYKORGAN IN THE PROGRAM «MEN'S REPRODUCTIVE HEALTH»

The article presents information on identifying uroandrologich pathology among the male people c. Taldykorgan, including children by ultrasound methods study.

Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)

C.C. САГАТБЕКОВА

КВАНТОВАЯ ГЕМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

(Обзор литературы)

Алакольская районная больница, Алматинская область

Половые бородавки, или остроконечные кондиломы, имеют вирусную природу. Кондиломы – внешнее проявление вируса папилломы. В настоящее время известно более 100 типов вирусопапилломы человека (ВПЧ). Некоторые его разновидности – их называют типами ВПЧ высокого онкориска – способны спровоцировать предраковые заболевания или рак шейки матки, вульвы и влагалища. Заражение происходит в основном при половом контакте, в том числе при петтинге и орально-генитальном контакте, при этом презерватив от инфицирования не защищает. По данным ряда авторов носителями вируса являются около 75% молодых женщин. Заразиться вирусом папилломы может любой человек. Заражаются также и при непосредственном бытовом контакте.

Инфекция длительное время может протекать скрыто, никак не проявляясь. Большое число людей являются носителями папилломавирусной инфекции, даже не подозревая об этом. Поэтому в первую очередь заражаются супруги и те люди, с которыми имеется тесный контакт. Если у одного из супругов их пока нет, это не значит, что они не могут появиться. Поэтому кому-то из них все равно надо обследоваться у уролога или вирусолога и лечиться необходимо всем вместе в одно и то же время, иначе от инфекции не избавиться.

Чаще всего папилломавирусная инфекция активизируется на фоне гинекологических заболеваний, при которых происходит активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) [1] и снижение активности антиоксидантной системы (АОС) [1], также страдает иммунитет. Вследствие этого нужно лечить основное заболевание и поддерживать иммунитет с коррекцией ПОЛ-АОС.

Если они не вызывают каких-либо неприятных ощущений – ни физических, ни моральных, то их можно не удалять.

Остроконечные кондиломы могут исчезать сами и без лечения. Когда же они достигают больших размеров или травмируются бельем, одеждой, то их лучше удалить. Повреждение кондилом приводит к образованию долго незаживающих, легко кровоточащих ранок, в которые тоже может внедряться инфекция. Дальнейшее разрастание кондилом зависит от иммунитета человека. При этом хорошие результаты дает лазерное облучение крови – как внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), так и экстракорпоральное лазерное облучение крови (ЭЛОАК). Лазерное облучение крови

было признано официальной медициной не так давно. А до этих пор эта методика считалась экспериментальной и представляла скорее научный, чем практический интерес. В настоящее время ситуация кардинальным образом изменилась.

Такую метаморфозу можно объяснить с двух позиций: во-первых, лазерное облучение крови дает великолепные результаты, а во-вторых, отличается редкостной простотой. В поверхностную локтевую вену вводят одноразовый световод и оставляют там на некоторое время. Длительность сеанса зависит от типа лазера и вида болезни. Обычно курс состоит из 5–10 сеансов. Но уже после первой процедуры в большинстве случаев заметно хотя бы небольшое улучшение.

С уверенностью можно сказать, что сейчас не осталось ни одной медицинской отрасли, в которой не использовалось бы лазерное облучение крови. Оно практикуется в кардиологии, гинекологии, хирургии и даже психиатрии [4]. Такое широкое распространение лазерное облучение крови получило благодаря своему разностороннему действию. Мощное световое излучение «работает» во многих направлениях, и поэтому результат достигается с помощью сразу нескольких лечебных эффектов.

Лазерное облучение крови обладает выраженной противовоспалительной активностью и репаративными свойствами, улучшает микроциркуляцию крови, обладает антиоксидантными и анальгетическими свойствами. Кроме того, лазерное облучение улучшает кровоснабжение поврежденных тканей и способствует их быстрому восстановлению. Все эти механизмы полностью оправдывают использование лазерного облучения крови в гинекологии [1–13].

Оно ускоряет заживление разреза, предотвращает воспалительные осложнения и уменьшает болевые ощущения, которые всегда беспокоят больного после оперативного вмешательства. Оно помогает человеку намного легче и безболезненнее пережить это сложное время. Зачастую используется эта процедура и в гинекологии [4]. С ее помощью борются с хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы [4]. Кроме того, лазерное облучение крови часто применяется при лечении болезней, передающихся половым путем: хламидиоза, трихомониаза, микоплазмоза, герпеса, ВПЧ и других [4]. Оно не только усиливает эффект антибиотиков, но и стимулирует работу собственной иммунной системы. Так что лазерное облучение крови является прекрасным дополнением к антибактериальной терапии и помогает в минимальные сроки победить инфекцию.

Совсем недавно английские ученые доказали, что лазерное облучение прекрасно сказывается не только на самочувствии человека, но и на его настроении [13]. Такой вывод был сделан после наблюдения за авиадиспетчерами, которым в течение нескольких дней проводили кратковременные сеансы лазерного облучения крови. После первых же процедур «подопытные» отмечали восстановление нормального эмоционального фона, снижение уровня тревоги и агрессии. После этого лазерное облучение стало считаться универсальным средством и от физического недуга, и от душевной хандры.

Однако, как и любое лекарство, лазерное облучение крови имеет свои противопоказания. К ним относятся пониженное артериальное давление, выраженная сердечная недостаточность и анемия. Поэтому перед первым сеансом лазеротерапии необходима консультация специалиста.

Кроме того, необходимо принимать средства, стимулирующие противовирусный иммунитет: поливитамины с микроэлементами – «Компливит», «Юникап», «Интерферон».

Остроконечные кондиломы удаляются препаратами: Солкодермом, Солковагином, а также хирургическим лазером или прижиганием электроотоком. Небольшие образова-

ния можно прижигать химическими и веществами. Достаточно безопасным и эффективным методом лечения является криотерапия с применением жидкого азота и других веществ. Удаление кондилом не приводит к выведению вируса из организма. При снижении иммунитета, переохлаждении, вирусном заболевании, при гормональных нарушениях, после аборта, введения внутриматочной спирали могут снова сформироваться кондиломы. Но удалять их как очаг инфекции желательно, особенно перед планируемой беременностью. И чем раньше это сделать, тем меньше вероятность их появления.

Для лечения остроконечных кондилом у беременных лучше всего применять лазеротерапию или «электрокоагуляцию», поскольку они безопасны и надежны. У большинства таких женщин излечение наступает после одного сеанса. Получившие лечение беременные рожают обычным путем, в срок, каких-либо осложнений в родах или у новорожденных, как правило, нет.

Беременным женщинам необходимо тщательно выбирать лечебные препараты, особенно если у них обнаруживаются какие-либо урогенитальные инфекции, в том числе ВПЧ [10–14].

По нашим наблюдениям и данным, прекрасные результаты дают ректальные свечи Виферон. Они безопасны.

Виферон®, суппозитории ректальные, выпускаются в 4 дозировках (150000МЕ, 500000МЕ, 1000000МЕ, 3000000МЕ), различающихся по количеству входящего в состав рекомбинантного интерферона альфа. Их можно использовать с четырнадцатой недели беременности, во время кормления грудью и даже у новорожденных детей.

Такие свечи на основе интерферона могут похвастаться иммуномодулирующим и противовирусным действием. За счет антиоксидантов они обладают противовоспалительным, мембраностабилизирующим и регенерирующим свойствами. К тому же применение данного препарата позволяет снизить терапевтические дозы антибактериальных и гормональных лекарственных средств.

Как правило, свечи Виферон® используют в комплексной терапии у взрослых, в том числе у беременных женщин, с урогенитальной инфекцией. Например, при хламидиозе, цитомегаловирусной инфекции, трихомониазе, гарднереллезе, папилломавирусной инфекции, бактериальном вагинозе, рецидивирующем вагинальном кандидозе и микоплазмозе.

Они практически не имеют побочных эффектов. В редких случаях возможно развитие аллергических реакций в виде кожных высыпаний и зуда. Но эти явления краткосрочны. В течение 72 часов после прекращения использования препарата они бесследно проходят.

Для лечения беременных с урогенитальной инфекцией, в том числе герпетической, назначают Виферон®, суппозитории ректальные 500 000 МЕ, по 1 суппозиторию два раза в сутки (через 12 часов) в течение 10 дней (20 свечей), далее по 1 суппозиторию дважды в неделю (10 свечей). Учитывая противохламидийное действие Виферона, возможно использование монотерапии этим препаратом при поливалентной аллергии к антибиотикам.

Целесообразность проведения повторной терапии определяется динамикой клинико-лабораторных показателей. При необходимости проведение лечебного курса может быть осуществлено и перед родами.

В заключение необходимо отметить, что терапия остроконечных кондилом должна носить комплексный характер, как было сказано выше, с использованием квантовой гемотерапии (ВЛОК и ЭЛОАК), которая стимулирует иммунитет и корректируют ПОЛ АОС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жуманкулов М.С., Шумаева А.Р., Карибаев К.Р. и др. Роль свободнорадикального окисления липидов в патогенезе некоторых заболеваний // Наука и здравоохранение. 2008. № 3. С. 20–22.
2. Деденко И.К. Влияние внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на гомеостаз больных острым панкреатитом // Действие низкоэнергетического лазерного излучения на кровь // Тезисы Всесоюзной конференции 27–29 сентября 1989 г. Киев, 1989. С. 84–85.
3. Девятков Н.Д., Зубкова С.М., Лапун И.Б., Макеева Н.С. Физико-химические механизмы биологического действия лазерного излучения // Успехи современной биологии. 1987. Т. 103. Вып. I. С. 31–43.
4. Жуманкулов М.С., Джаспарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. // Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический архив. 2011. № 02 (30). С. 54.
5. Жуманкулов М.С., Молдабеков Т.К., Имангалиев Е.Е. и др. // Фотогемотерапия при стрессовой гипертензии // Терапевтический архив. 2011. № 02 (30). С. 54–55.
6. Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Ерсаханова Б.К. и др. Квантовая гемотерапия в лечении бронхиальной астмы с сопутствующими ЛОР-заболеваниями // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении области (Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. С. 21–23.
7. Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Экстракорпоральное лазерное облучение крови в комплексном лечении кохлеарного неврита // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области (Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. С. 27.
8. Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Аутоотрансфузия УФ-облученной крови в лечении сенсоневральной тугоухости // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области (Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. С. 27–28.
9. Злотников К.Л. Лазер для гайморита // Женское здоровье. № 2. 2004. С. 14–15.
10. Золотова Н.Б., Мазихина Д.А., Журавский С.Г. и др. Слухоулучшающий эффект лазерной терапии при хронической сенсоневральной тугоухости на фоне сахарного диабета типа 2 // Оториноларингология – Бас, Мойын Хирургиясы. 2011. № 1–2. С. 109.
11. Зубкова С.М., Лапун И.Б., Соколова З.А., Попов В.И. Окислительные и синтетические процессы в тканях печени и мозга при действии излучения гелий-неонового лазера // Биол. науки. 1981. № 4. С. 24–31.
12. Иванов А.С., Барышникова Г.В., Гончарова Л.Л. и др. Состояние окислительно-восстановительной системы крови при лазеротерапии экспериментальных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Влияние лазерного излучения на здоровье человека / Сборник научных трудов Ленингр. санитарно-гигиенического мед. ин-та. Л., 1985. С. 42–46.
13. Ковалева И.В. Лазер против агрессии // Женское здоровье, 2003. № 4. С. 6.
14. Павловский М.П., Масляк В.М., Мацяк Ю.А. Использование лазерной терапии в комплексном лечении заболеваний дистального отдела прямой кишки и промежности // Применения лазеров в хирургии и медицине / Тезисы Международного симпозиума, Самарканд, 18–20 октября 1988 г. М., 1989. Ч. I. С. 82–84.

Резюме

С.С. Сагатбекова

КВАНТОВАЯ ГЕМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

(Обзор литературы)

В данной статье отражено комплексное лечение остроконечных кондилом, в которые входят удаление кондилом препаратами Солкодерм, Солковагин и Виферон, хирургическим лазе-

ром и электрокоагуляцией, криотерапией с применением жидкого азота. А также стимуляция противовирусного иммунитета с применением поливитаминов с микроэлементами. Показана эффективность ВЛОК и ЭЛОАК.

Тұжырым

С.С. Сағатбекова

ШОШАҚ ТӨБЕ КОНДИЛОМАЛАРДЫ ЕМДЕУ МЕН АЛДЫН АЛУДАҒЫ КВАНТТЫҚ ГЕМОТЕРАПИЯ

(Әдебиетке шолу)

Препараттармен кандиломен алып тастаулар кіретін шошақ төбе кондиломалардың жан-жақты емдеуі осы бапта қайтарған: Солкодерм, Солковагин, және хирургиялық лазермен және электрокоагуляциямен Виферон, сұйық азотты қолдануы бар криотерапия. Сонымен бірге микроэлементтері бар поливитаминдардың қолдануы бар вирусқа қарсы иммунитетінің стимуляциясы. Влок және Элоак тиімділік көрсетілген.

Summary

S.S. Sagatbekova

QUANTUM NEMATHERAPY IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF GENITAL WARTS

(Revive of the literature)

This article reflects the complex treatment of genital warts, which include removing drugs Kandil: Solcoderm, Solkovagina and Viferon surgical laser and electrocoagulation, cryotherapy with liquid nitrogen. As well as stimulation of antiviral immunity using a multivitamin with trace elements. The efficiency and VLOK ELOAK.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК: 616.24-022.7

А.А. СЕЙТБАЕВА

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Сельская больница, с. Каргалы, Алматинская область

Проблема внебольничной пневмонии (ВП) в клинике внутренних болезней остается актуальной в связи с высокой распространенностью, тяжестью течения и жизнеугрожающими осложнениями [1, 2]. Согласно официальной статистике, в 2009 г. в России среди лиц в возрасте 18 лет и старше зарегистрировано 440 000 (3,9%) случаев ВП [3]. Заболеваемость пневмонией в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год, госпитализации подлежит 20–50% больных ВП, из которых около 2% требуют лечения в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии [4, 5]. Смертность от пневмонии сохраняется практически неизменной на протяжении последних десятилетий (~ 30/100 000), а летальность составляет 4–14% среди госпитализированных больных [6]. Тем не менее многие вопросы, касающиеся особенностей течения и рациональной антибактериальной терапии внебольничной пневмонии, изучены недостаточно.

Внебольничная пневмония представляет серьезную медико-социальную проблему. Ключевыми препаратами для лечения пациентов ВП являются цефалоспорины III

поколения – цефтриаксон и цефотаксим [7, 8]. Сегодня фармацевтический рынок перенасыщен цефалоспоридами III поколения от разных производителей, отличающихся между собой по качеству. В связи с этим изучение терапевтической эквивалентности цефтриаксона и цефотаксима имеет важное значение в целенаправленном применении цефалоспоринов III поколения при ВП.

Цель исследования – провести комплексное клинико-функциональное исследование больных внебольничной пневмонией с последующей оптимизацией медикаментозного лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено целенаправленное обследование и лечение 118 пациентов нетяжелой и тяжелой ВП, из них 60 больных (50,8%) имели нетяжелое, а 58 (49,2%) – тяжелое течение пневмонии.

С целью изучения клинико-функциональной эффективности цефтриаксона и цефотаксима сформированы группы больных, сопоставимые по возрасту, полу, тяжести и течению заболевания. Группу наблюдения составили 60 больных, получавших цефтриаксон в дозе 1–2 г внутривенно капельно 1–2 раза в сутки. В группу сравнения включено 58 больных, лечившихся цефотаксимом в дозе 1–2 г внутривенно или внутримышечно 2–4 раза в сутки. В ряде случаев при нетяжелом течении пневмонии допускалась комбинированная терапия с современными макролидами (азитромицин, кларитромицин). При тяжелой пневмонии в сравниваемых группах больных в одинаковой дозировке дополнительно назначались макролиды (азитромицин, кларитромицин), фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин) или метронидазол.

Длительность антибактериальной терапии при нетяжелой ВП составила $7,3 \pm 0,4$ дня, при тяжелой пневмонии без деструкции – $9,9 \pm 0,9$ дня, при тяжелой деструктивной пневмонии – 21 день. Средняя продолжительность госпитализации у пациентов нетяжелой ВП составила $14,5 \pm 0,6$ дня, при тяжелой ВП – $17,3 \pm 1,1$ дня, а при деструктивной пневмонии – $24,5 \pm 2,6$ дня.

Работа выполнялась на основе информированного добровольного согласия больных в соответствии с международными этическими требованиями, предъявляемыми к медицинским исследованиям с участием человека.

Окончательная оценка клинической эффективности у пациентов нетяжелой ВП проводилась через 10–14 дней от начала антибактериальной терапии, при тяжелой пневмонии без деструкции – через 14 дней, при тяжелой деструктивной пневмонии – через 21–24 дня.

При оценке терапевтической эффективности антибактериальных препаратов в динамике лечения использовались результаты полного анализа крови с подсчетом лейкоцитарной формулы. В крови определяли уровни общего белка и белковых фракций, фибриногена, креатинина, С-реактивного белка. Уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартат-аминотрансферазы (АСТ), общего билирубина, щелочной фосфатазы, протромбинового индекса, глюкозы крови, калия и натрия крови.

Больным ВП проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях на рентгеновских аппаратах. При затяжном характере пневмонии для дифференциальной диагностики с другими патологическими процессами (рак легкого, туберкулез) и выявления распространенности воспалительной инфильтрации, полостей деструкции легочной ткани в исследовании больных использовался компьютерный томограф.

Исследование функции внешнего дыхания проводилось пациентам ВП в острый период заболевания (3–7 суток) и после проведенного лечения на компьютерном спирографе. В ходе исследования оценивались следующие показатели: форсированная жизненная

емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), максимальные потоки выдоха на уровне 75% (МОС₇₅), 50% (МОС₅₀) и 25% (МОС₂₅) ФЖЕЛ. Определение сатурации кислорода (SaO₂) осуществлялось пульсоксиметром.

Статистическая обработка данных исследования включала традиционные методики: вычисление относительных (Р) и средних величин (М) с определением их ошибок ($\pm m$), обоснование достоверности различий показателей (t). Для определения наличия связи между признаками использовался коэффициент ранговой корреляции (ρ).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди наблюдаемых больных ВП преобладали мужчины, составляя при нетяжелой ВП 57,4 \pm 5,9%, а при тяжелой пневмонии – 67,8 \pm 6,2%. Однако при тяжелом течении заболевания их процент был существенно выше по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). Подавляющее большинство больных были в трудоспособном возрасте, составляя при нетяжелой ВП – 81,7%, а при тяжелой – 74,1%. Средний возраст больных нетяжелой ВП составил 41,2 \pm 6,1 лет, при тяжелой ВП – 45,6 \pm 5,7 лет. Кроме того, выявлена сильная положительная корреляция между возрастом больных и тяжестью течения пневмонии ($\rho = 0,88$). Средняя длительность заболевания до поступления в стационар у пациентов нетяжелой пневмонией составила 4,6 \pm 0,7 дня, при тяжелой пневмонии – 7,1 \pm 0,8 дня.

Заслуживает внимания тот факт, что при тяжелой ВП 22 пациента (37,9%) страдали хронической алкогольной зависимостью, а при нетяжелой пневмонии только 6 (10,0%). Кроме того, количество активных курильщиков при нетяжелом течении заболевания было меньше (31,7%) по сравнению с тяжелой пневмонией – 41,4%. Индекс курящего человека при тяжелой ВП составил 21,7 \pm 3,1 пачко-лет, а при нетяжелой – 14,3 \pm 1,9. У 79,7 \pm 5,2% пациентов внебольничной пневмонией выявлялась различная сопутствующая патология, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.

При нетяжелой ВП чувство нехватки воздуха и дыхательного дискомфорта испытывало 23,3% пациентов, экссудативный плеврит наблюдался у 31,7% пациентов, кровохарканье – в 13,3% случаев. При тяжелом течении пневмонии у всех пациентов наблюдалась дыхательная недостаточность, экссудативный плеврит выявлен в 46,7% случаев, деструкция легочной ткани – в 27,7%, токсический гепатит – в 36,2%, токсическая нефропатия – в 36,2%, сепсис – в 5,2%, энцефалопатия – в 6,9%, миокардит – в 3,4% случаев.

У 16 пациентов (27,7%) тяжелой ВП наблюдалось осложнение в виде деструкции легочной ткани. Все больные были в трудоспособном возрасте. Доля мужчин составила 87,5% (14 человек), а женщин – 12,5% (2 человека). У 75,0% больных (12 человек) имела место хроническая алкогольная зависимость.

При поступлении в стационар все больные предъявляли жалобы на общую слабость, сухой кашель или с отделением мокроты, боль в грудной клетке, одышку в покое и при физической нагрузке, повышение температуры тела выше 38,30° С, снижение аппетита. В 66,7% случаев у пациентов нетяжелой ВП мокрота выделялась в скудном количестве, преобладал слизистый характер мокроты у 57,1% пациентов. У 24 больных (57,1%) тяжелой пневмонией, неосложненной деструкцией, преобладало умеренное количество (до 50 мл) отделяемой мокроты, она чаще носила слизисто-гнойный (41,1% случаев) и гнойный характер (36,6%). Из 16 пациентов тяжелой деструктивной пневмонией у 10 (62,5% случаев) отмечалось большое количество (более 50 мл) мокроты, а в 37,5% случаев – умеренное количество. Преобладала гнойная мокрота у 75,0% больных.

При рентгенологическом исследовании у больных нетяжелой пневмонией преобладала правосторонняя локализация патологического процесса (58,3%) с поражением двух и более сегментов нижней доли. У пациентов тяжелой ВП в 43,1% случаев на-

блюдалась двусторонняя локализация патологического процесса, при одностороннем поражении преобладала правосторонняя инфильтрация (39,6%) с полисегментарными пневмоническими фокусами.

Результаты проведенного исследования свидетельствовали о положительной динамике клинических данных на фоне лечения как цефотаксимом, так и цефтриаксоном: наблюдалось достоверное снижение температурной реакции на 3-и сутки лечения во всех сравниваемых группах больных. При нетяжелой ВП нормализация температуры у всех пациентов отмечалась уже на 3-и сутки лечения, при тяжелой пневмонии без деструкции – на 7-е сутки, при тяжелой деструктивной пневмонии – на 10–14-е сутки от начала лечения.

В процессе лечения у пациентов как нетяжелой, так и тяжелой ВП без деструкции в сравниваемых группах отмечалось снижение интенсивности кашля уже на 3-и сутки антибактериальной терапии, при тяжелой деструктивной пневмонии – только на 7-е сутки. Уменьшение количества и характера мокроты наблюдалось на 3-и сутки лечения у больных нетяжелой ВП обеих сравниваемых групп, при тяжелой пневмонии, в том числе и деструктивной, – на 7-е сутки терапии.

На фоне антибактериальной терапии у всех пациентов ВП независимо от степени тяжести заболевания имело место достоверное снижение выраженности одышки (дыхательного дискомфорта, чувства нехватки воздуха) и интенсивности болевого синдрома на 3-и сутки лечения.

Достоверных отличий в средних сроках нормализации основных клинических показателей в сравниваемых группах больных не выявлено.

При лабораторном контроле лечебного процесса на 3-и сутки терапии наблюдалась нормализация уровня лейкоцитов периферической крови при нетяжелой ВП в обеих сравниваемых группах больных. При тяжелом течении заболевания нормализация этого показателя отмечалась на 7–10-е сутки лечения, при тяжелой деструктивной пневмонии – только на 14-е сутки от начала терапии. В процессе проводимой терапии во всех сравниваемых группах больных отмечалось снижение уровня сегментоядерных нейтрофилов, скорости оседания эритроцитов и увеличение уровня лимфоцитов периферической крови.

В динамике проводимого лечения наблюдалось увеличение уровня альбуминов ($p<0,05$), снижение уровня α 2-глобулинов ($p<0,05$), γ -глобулинов ($p<0,05$) и фибриногена ($p<0,05$) во всех группах больных. У пациентов нетяжелой ВП группы наблюдения отмечалось достоверное снижение уровня С-реактивного протеина с $61,4\pm 15,7$ до $1,9\pm 0,3$ мг/л ($p<0,001$), у больных тяжелой ВП – с $243,2\pm 31,8$ до $1,9\pm 0,5$ мг/л ($p<0,001$). Показатели группы сравнения были аналогичными.

У пациентов тяжелой ВП наблюдался синдром цитолиза, что свидетельствовало о токсическом поражении печени. После проведенного лечения отмечалось снижение уровня АЛТ и АСТ.

В ходе лечения отмечалось увеличение сатурации кислородом гемоглобина (SaO_2) у больных в группе наблюдения с $89,4\pm 1,9$ до $96,1\pm 0,8\%$ ($p<0,01$), а в группе сравнения – с $89,1\pm 1,5$ до $95,7\pm 0,6\%$ ($p<0,001$).

В результате проведенной терапии рентгенологическая инфильтрация отсутствовала у 29 пациентов (96,7%) нетяжелой пневмонией как группы наблюдения, так и группы сравнения. При тяжелой пневмонии без деструкции инфильтрация рассосалась в 86,4% случаев (19 больных) группы наблюдения и в 85,0% случаев (17 человек) группы сравнения. При деструктивных пневмониях отсутствие инфильтрации у пациентов, лечившихся как цефтриаксоном, так и цефотаксимом, наблюдалось в 62,5%

случаев. При рентгенологическом улучшении у больных сохранялись периваскулярная и перибронхиальная инфильтрация легочной ткани, отдельные мелкие очаги деструкции диаметром менее 1,0 см без уровней жидкости, наблюдалось значительное уменьшение объема инфильтрации.

Достоверных различий в показателях функции внешнего дыхания у больных нетяжелой ВП в сравниваемых группах до и после лечения не выявлено, а у пациентов тяжелой ВП как группы наблюдения, так и группы сравнения имело место статистически значимое увеличение ФЖЕЛ, ОФВ₁ и МОС₇₅.

Таким образом, ведущими клиническими симптомами внебольничной пневмонии независимо от тяжести течения являются интоксикационный синдром, кашель, выделение мокроты, одышка, болевой синдром в грудной клетке, наличие побочных дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании больных нетяжелой внебольничной пневмонии преобладает правосторонняя локализация пневмонической инфильтрации с поражением двух и более сегментов нижней доли, а у пациентов тяжелой внебольничной пневмонии – в 43,1% случаев двусторонняя локализация патологического процесса, в 39,6% при одностороннем поражении правосторонняя локализация. Выявлено выраженное положительное влияние цефтриаксона по сравнению с цефотаксимом: выздоровление при нетяжелой внебольничной пневмонии отмечено у 93,3% пациентов (в группе сравнения – у 96,7%), при тяжелой внебольничной пневмонии без деструкции – в 86,4% случаев (в группе сравнения – в 85,0%), при тяжелой деструктивной пневмонии – у 62,5% больных (в группе сравнения – у 62,5%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М.: Издательский дом «М-Вести», 2006. 76 с.
2. Авдеев, С.Н. Внебольничная пневмония // Consilium medicum: приложение «Кашель и одышка». 2002. С. 11–18.
3. Дворецкий Л.И. Внебольничная пневмония: диагностика и антибактериальная терапия // Consilium medicum. 2006. Т. 8, № 3. С. 25–30.
4. Нонинов В.Е. Лечение пневмонии: тактика и стратегия применения антибактериальных препаратов // Consilium medicum: приложение «Болезни органов дыхания». – 2007. С. 21–26.
5. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Ведение больных внебольничной пневмонией: ключевые положения // Пульмонология и аллергология. – 2008. № 3. С. 9–15.
6. Croisier-Bertin D., Piroth L., Charles P.E., Larribeau A., Biek D., Ge Y., Chavanet P. Ceftaroline versus ceftriaxone in a highly penicillin-resistant pneumococcal pneumonia rabbit model using simulated human dosing // Antimicrob Agents Chemother. 2011, Jul; 55 (7):3557–63.
7. Molchanova O.V., Suleimanov S.Sh., Ostrovskii A.B. Antibiotic therapy of severe community-acquired pneumonia // Antibiot Khimioter. 2009; 54 (3–4):29–31.
8. Marcos P.J., Restrepo M.I., Vereza H. Community acquired pneumonia: severity scores as an adjunct to clinical judgement // Eur Respir J. 2012 Feb; 39 (2):509.

Резюме

А.А. Сейтбаева

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Проведено комплексное клинико-функциональное исследование больных внебольничной пневмонией с последующей оптимизацией медикаментозного лечения. Ведущими клиническими симптомами внебольничной пневмонии независимо от тяжести течения являются интокси-

кационный синдром, кашель, выделение мокроты, одышка, болевой синдром в грудной клетке, наличие побочных дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании больных тяжелой внебольничной пневмонией преобладает правосторонняя локализация пневмонической инфильтрации с поражением двух и более сегментов нижней доли, а у пациентов тяжелой внебольничной пневмонией – в 43,1% случаев двусторонняя локализация патологического процесса, в 39,6% при одностороннем поражении – правосторонняя локализация. Выявлено выраженное положительное влияние цефтриаксона по сравнению с цефотаксимом.

Тұжырым

А.А. Сейтбаева

КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМ ЖӘНЕ АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫҢ ЕМДЕУІНІҢ КЕЙБІР ТҰРҒЫЛАРЫ

Бапта дәрі-дәрмекпен емдеуді келесі ықшамдауы бар ауруханадан тыс пневмонияның ауруларының кешенді клинико-функционалдық зерттеуі өткізілген. Ағымның ауырлықтары ауруханадан тыс пневмонияның бастаушы клиникалық симптомдарымен тәуелсіз уланған синдромдар болып табылады, қатерлі қосымша тыныс шулардың емшектегі клетке, бар болуына қатерлі синдром, ентікпе, ерекшелік қақырық, жөтел. Екі-ші ұтылуы бар инфильтрацияның оң жақты оқшау бөлігі ауыр емес ауруханадан тыс пневмонияның ауруларының рентгенологиялық зерттеуінде басым болады және төменгі еншінің сегменттері көп, ауыр ауруханадан тыс пневмонияның емделушілерінде – патологиялық процесстің екі жақты оқшау бөлігінің 43,1% жағдайларында, 39,6% оң жақты оқшау бөлігі біржақты ұтылуда. Цефтриаксонның бейнеленген оң ықпалы айқындалған, цефотаксиммен салыстырғанда.

Summary

A.A. Seitbaeva

SOME ASPECTS OF THE CLINICAL CURRENT AND TREATMENT OF THE EXTRAHOSPITAL PNEUMONIA

Complex clinic-functional research is conducted in article sick of an extrahospital pneumonia with the subsequent optimization of medicament us treatment. Leading clinical symptoms of extra hospital pneumonia irrespective of weight of a current are intoxication the syndrome, cough, phlegm allocation, a short wind, a painful syndrome in a thorax, presence of collateral respiratory noise. At radiological research of patients of not heavy extrahospital pneumonia right-hand localization pneumonic infiltration with defeat of two and more segments of the bottom share, and at patients of a heavy extrahospital pneumonia – in 43,1 % of cases bilateral localization of pathological process, in 39,6 % prevails at unilateral defeat right-hand localization. The expressed positive influence ceftriaxon, in comparison with cefotaxim is revealed.

УДК 579

*М.И. МАТАКОВ, Т.А. КИМ, Н.П. ЧИЖОВА, Е.Т. АЙМУРЗАЕВА, Г.Т. СЕЙКЕТОВА
Б.Т. БЕГЕУБАЕВА, А.К. ОСПАНОВА, Б.Д. ДАУТХАНОВА, А.Т. КАРБУЗОВА,
Н.Г. НОСЕРБЕКОВА, Р.Н. ОСПАНОВА, С.И. КУДИНА, К.М. БИМЫРЗАЕВА*

МИКРОБНЫЕ БИОПЛЕНКИ. ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ИХ ЭРАДИКАЦИИ

(Обзор литературы)

Городская централизованная бактериологическая лаборатория, г. Алматы

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время многими исследователями активно изучаются сообщества микроорганизмов в окружающей среде, в том числе и в макроорганизме. Это стало возможным благодаря развитию и применению новых микробиологических и молекулярно-биологических методов исследования, при помощи которых было показано, что микроорганизмы преимущественно находятся в составе биопленок. Планктонные (свободно плавающие) бактерии составляют лишь минимальную часть по сравнению с биопленочными формами, и присутствие их в организме обычно носит транзитный характер. Культуральный метод, используемый в микробиологии, основанный на выделении чистой культуры разработан для планктонных форм бактерий, тем самым предоставляя клиницисту лишь часть информации в плане диагностических и терапевтических возможностей. В клиническом плане актуальность изучения бактерий в составе биопленок связана, прежде всего, с важными отличительными биологическими особенностями (устойчивость к физическим и химическим факторам, антибиотикорезистентность, взаимодействие с факторами иммунной системы макроорганизма и т.д.) по сравнению с их состоянием в планктонной форме. Многочисленными работами по исследованию хронических воспалительных процессов различных локализаций в организме человека доказано присутствие биопленок микроорганизмов и их роль в развитии и поддержании хронического воспаления [1, 2, 3]. Установлена прямая корреляционная связь между выраженностью способности микроорганизмов к образованию биопленок и длительностью течения заболевания, что позволяет оценивать данное свойство как маркер хронизации инфекционного процесса [4].

Способность бактерий к образованию биопленок как на биотических, так и абиотических поверхностях создает массу проблем в области трансплантологии, кардиохирургии, травматологии и т. д. Биопленки могут формироваться на различных медицинских изделиях (катетеры, протезы, клапаны, импланты и т. д.), что способствует развитию различных послеоперационных осложнений [5, 6]. Актуальность проблемы биопленок в первую очередь связана с инфекциями в стационарах. По данным Центра по контролю заболеваемости (США), до 65% заболеваний человека может быть связано с формированием биопленок [7].

Так по данным Белобородовой Н.В., внутрибольничные инфекции, пневмонии, сепсис связаны с наличием бактериальных биопленок. Такие проблемные микроорганизмы, как клебсиелла, кишечная палочка, продуцирующая б-лактамазы расширенного спектра, приобрели устойчивость почти ко многим препаратам. Следует также отметить *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Stenotrophomonas*

maltophilia – микроорганизмы, ответственные за инфекционные осложнения у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. Среди грамположительных бактерий следует отметить стафилококки, как метициллинрезистентный золотистый стафилококк (MRSA), так и метициллинрезистентный эпидермальный стафилококк (MRSE), энтерококк, не только faecalis, но и faecium и целый ряд грибковых возбудителей [8].

Таким образом, в целях успешного решения вышеуказанных проблем в медицинской практике требуется дальнейшее углубленное изучение в области управления микробными биопленками.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ БИОПЛЕНОК

Первые наблюдения за биопленками можно отнести еще к XVII веку, когда Антони ван Левенгук, используя свои простые микроскопы, впервые наблюдал микроорганизмы на поверхности зубов.

В 1973 году Characklis изучал микробные штаммы в промышленных системах водоснабжения и показал, что они были не только очень живучи, но и обладали высокой устойчивостью к дезинфицирующим средствам, таким как хлор [9]. Применение электронного микроскопа с более высоким разрешением позволило ученым более детально изучить биопленки. Так Jones и соавт., изучая биопленки на фильтрах сточных вод показали, что они состоят из различных по морфологии клеток, а матрикс, окружающий организмы по своей природе является полисахаридом [10].

Costerton и соавт. изучив полимерные вещества, удерживающие сообщество микроорганизмов вместе, в 1978 году выдвинул теорию, которая объясняла механизм образования биопленки [11].

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БИОПЛЕНКИ

Вначале биопленка рассматривалась как агрегат микроорганизмов, заключенный в полимерный матрикс, адгезированный к какой-нибудь поверхности. По мере дальнейшего изучения биопленок оказалось, что это сложное организованное, взаимодействующее сообщество микроорганизмов, регулируемое QS-системой. Биопленки гетерогенны по своему составу и могут включать различные виды микроорганизмов. Они образуются в условиях текучести на границе двух средовых фаз. Биопленки формируются практически в любых местах соприкосновения твердых тел с жидкостями и газами.

Структура биопленки в основном представлена микробными клетками и экстрацеллюлярной полимерной субстанцией, последняя может составлять от 50 до 90% от общего органического углерода биопленки [12]. У грамотрицательных бактерий матрикс в основном состоит из нейтральных и полианионных полисахаридов. У грамположительных коагулазонегативных стафилококков слизь состоит из тейхоевых кислот и небольшого количества протеинов [13].

Формирование биопленки проходит несколько стадий – это первичная адгезия или сорбция к поверхности, причем чем гидрофобнее поверхность и грубее тем быстрее происходит этот процесс. Затем клетки фиксируются на поверхности при помощи внеклеточных полимеров, фимбрий или жгутиков. Исследования, проводимые Korber и др. на подвижных и неподвижных штаммах *Pseudomonas fluorescens* показали, что жгутики играют важную роль на ранних стадиях прикрепления, помогая преодолевать силы отталкивания от субстрата [14]. Клетки, прикрепившиеся к поверхности облегчают прикрепление других клеток, которые прочно удерживаются внеклеточным матриксом. Накапливаются питательные вещества и клетки начинают делиться.

Вследствие чего образуется зрелая биопленка. Периодически происходит дисперсия биопленки и отдельные клетки через некоторое время образуют новую колонию.

КОЛЛЕКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БАКТЕРИЙ

Как уже упоминалось выше важные процессы, происходящие в биопленках, опосредуются через QS (Quorum Sensing) – особый тип регуляции экспрессии генов. Феномен социального поведения бактерий, или «чувство кворума» был впервые описан при изучении биолюминесценции у морской бактерии *Vibrio fischeri*. Регуляция опосредуется через низкомолекулярные сигнальные молекулы различной природы – аутоиндукторы, которые накапливаются в культуре при высокой плотности популяции бактерий [15]. С помощью аутоиндукторов осуществляется коммуникация бактерий – передача информации между клетками бактерий, принадлежащих к одному и тому же или к разным видам, родам и даже семействам. Наиболее изученными аутоиндукторами у грамотрицательных бактерий являются ацил-гомосерин лактоны (AHLs). У грамположительных бактерий в качестве молекул, регулирующих социальное поведение, чаще всего выступают пептиды или модифицированные пептиды. Аутоиндуктор-2 был найден в различных бактериях и считается универсальным QS молекулой [16].

Благодаря QS-регуляции, бактерии получают возможность координированно контролировать экспрессию генов во всем сообществе. Передача информации от клетки к клетке с использованием QS-систем приводит к индукции специализированных наборов генов, что способствует быстрой адаптации популяций бактерий к меняющимся условиям, в частности для сохранения своей экологической ниши. Например, было показано, что производимая *Pseudomonas aeruginosa* сигнальная молекула 3-оксо-C12-HSL, относящиеся к классу ацил-гомосерин лактонов, оказывает бактериостатическое и ингибирующее действие на факторы вирулентности *L. pneumophila*. Эта способность синегнойной палочки позволяет конкурировать за питательные вещества с другими микроорганизмами [17]. В настоящее время QS-регуляция обнаружена более чем у 50 видов бактерий. Регуляторные системы типа QS участвуют во взаимодействии бактерий с «высшими» организмами – животными и растениями, в регуляции вирулентности, формировании биопленок, регуляции экспрессии генов, связанных с синтезом различных экзоферментов, токсинов, антибиотиков и других вторичных метаболитов, в конъюгации и др. Используя QS-системы регуляции, патогенные бактерии, при достижении высокой плотности популяции начинают синхронный синтез факторов вирулентности, вызывающих разрушение тканей организма, что способствует успешному преодолению бактериями иммунного барьера организма-хозяина. Так, при исследовании клинических штаммов *Burkholderia cenocepacia* установлено, что большая часть из них продуцирует AHLs, которые содержат гены *CepI-CepR* QS системы и синтезируют потенциальные факторы вирулентности – экзопроотеазы, липазы и гемолизины [18].

МЕХАНИЗМЫ УСТОЙЧИВОСТИ БИОПЛЕНОК К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ И ФАКТОРАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Бактерии, находящиеся в составе микробных биопленок, становятся менее доступными для действия различных антимикробных агентов, включая антибиотики, иммунной системы хозяина, стрессам окружающей среды. По сравнению с планктонными бактериями биопленочные формы характеризуются повышенной степенью устойчивости к антибиотикам в 100–1000 раз [19]. По данным некоторых исследователей в опытах на штаммах *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*, было установлено, что при образовании биопленок этими микроорганизмами повышалась антибиотикорезистентность. Этот эффект не был связан с накоплением в популяции

резистентных клонов [20]. На пути к бактериям у антимикробных препаратов находятся поверхностные пленки и межклеточный матрикс, который защищает клетки [21]. Биопленки непроницаемы для достаточно крупных молекул антибиотиков [22]. В результате бактерии внутри сообществ лучше выживают в присутствии различных по природе и механизму действия антибактериальных препаратов [23].

В отличие от планктонных клеток у бактерий, находящихся в биопленках, значительно снижен метаболизм, причем чем глубже находится клетка, тем ниже уровень обмена веществ, т. е. для биопленки характерна физиологическая гетерогенность. Последние технологические достижения дали возможность визуализировать неоднородность биопленки. Метод окрашивания при помощи акридинового желтого использовали для выявления зон биопленки, которые отличались по относительному содержанию РНК. Для медленно растущих клеток было характерно относительно низкое содержание РНК, а для быстрорастущих – наоборот [24].

Различия в физиологической активности клеток биопленки также продемонстрированы в опытах с *Kl. pneumoniae* при обработке монохлораминном, который является биоцидным окислителем. При этом дыхательная активность клеток в биопленке в зависимости от локализации изменялась по-разному [25].

Некоторыми авторами было высказано предположение, что низкая скорость роста клеток в составе биопленок связана не с лимитом питательных веществ, а является общим ответом на стресс [26]. Ответная реакция микроорганизмов в составе биопленки на стрессовые факторы (изменение температуры, pH-среды, химические агенты) проявляется изменением физиологических процессов.

Как правило, антибактериальные препараты эффективны в отношении клеток с высокой скоростью обмена веществ. Высокая толерантность к антибиотикам обусловлена уменьшением числа мишеней из-за низкой пролиферативной активности клеток в биопленке.

Антибиотикорезистентные бактерии способны выделять внеклеточные ферменты и связывающие белки, тем самым защищая соседние антибиотикочувствительные бактерии в биопленке [27]. Такая коллективная нейтрализация группой клеток приводит к медленному или неполному проникновению антимикробных препаратов в биопленку.

В настоящее время исследователи пытаются выявить гены, ответственные за повышенную резистентность к антибиотикам, которые экспрессируются у клеток с биопленочным фенотипом. Исследования Maira-Litran, T. et al. 2000 г. показали, что экспрессия *mag*-оперона (оперон множественной резистентности к антибиотикам) наиболее выражена в глубине биопленки [28]. Дифференциальная экспрессия генов, наблюдаемая в разных местах биопленки приводит к гетерогенности функций бактерий в составе биопленки, что способствует выживанию всего сообщества.

В ряде работ показано, что во внеклеточном матриксе биопленки содержится внеклеточная ДНК, имеющая маркеры антибиотикорезистентности [29]. Бактерии в биопленке могут обмениваться плазмидами, причем физическая близость клеток в биопленке облегчает этот процесс [30].

Устойчивость бактерий к антибиотикам также может быть связана с формированием клеток персистеров, у которых уменьшена свободная поверхность за счет контактов друг с другом. Персистеры в результате дифференцировки временно находятся в состоянии полной устойчивости практически ко всем препаратам [31].

Роль QS-системы в становлении резистентности к биоцидам пока не ясна и требует дальнейших исследований [32].

В данное время имеется очень много работ по изучению механизмов устойчивости биопленок к антибиотикам и значительно меньше исследований, изучающих иммунобиологические свойства биопленок. Изучение взаимодействия биопленки с факторами иммунной защиты хозяина имеет важное клиническое значение, которое позволяет понять причины хронизации воспалительных процессов, что позволит в дальнейшем выработать соответствующую стратегию при лечении заболеваний не только инфекционного характера. Так, установлено, что ряд соматических заболеваний, таких как язвенная болезнь желудка, болезнь Крона, миокардиты, бронхиальная астма, диабет I типа и др., связаны с образованием биопленок, ассоциированных с активизацией QS-системы различных возбудителей, включая потенциально патогенные бактерии [33].

Предполагается, что механизм резистентности биопленки к киллингу лейкоцитами человека может включать следующее: 1) ограниченное проникновение лейкоцитов и их антимикробных факторов в биопленку; 2) инактивация или супрессия специфических процессов, опосредованных лейкоцитами; 3) сниженная способность лейкоцитов к фагоцитозу бактерий биопленки; 4) присутствие регуляторов и QS, которые повышают резистентность биопленки к лейкоцитам; 5) генетические факторы, детерминирующие повышенную устойчивость к компонентам иммунной системы человека [34].

Для изучения иммунобиологических свойств клеток с биопленочным фенотипом исследователями наиболее часто используются клинические изоляты *Ps. aeruginosa* от больных муковисцидозом. Работы, проводимые Krieg D.P. et al., по изучению влияния мукоидных и реверсионных мукоидных штаммов *Ps. aeruginosa* на макрофагальный ответ показали сниженный уровень хемилюминесценции и выработки перекиси водорода у макрофагов, которые отреагировали на мукоидные штаммы [35].

Многочисленными исследованиями было доказано ингибирующее действие альгината на функции нейтрофилов и лимфоцитов. Альгинат, который получали из клинических изолятов *Ps. aeruginosa* подвергали деградации при помощи ультразвука, альгиназы, действию температуры, обработки МКАТ к эпитомам альгината. Такая обработка частично или полностью отменяла ингибирующее действие этого вещества на миграцию и хемотаксис лейкоцитов, активировала гексозофосфатный шунт и трансформацию лимфоцитов [36].

Эксперименты, проведенные Jeff G.L. et al. показали, что лейкоциты в присутствии IFN- γ уничтожали бактерии биопленки, у которых отсутствовал альгинат. При добавлении экзогенного альгината к альгинат-негативным бактериям биопленки восстанавливалась резистентность биопленок к лейкоцитарному киллингу [37].

Исследования по изучению способности *C. albicans* формировать биопленки в присутствии или отсутствии мононуклеарных фагоцитов при помощи сканирующей электронной микроскопии показали, что последние повышают способность *C. albicans* к формированию биопленки. В отличие от взаимодействия мононуклеарных клеток с планктонными формами *C. albicans*, где они фагоцитировали грибковые клетки, биопленочные формы по-видимому не подвергались фагоцитозу. Большинство фагоцитов были локализованы в базальных и средних слоях биопленки. Такую способность мононуклеарных фагоцитов связывают с растворимым фактором, присутствующим в супернатанте биопленки и фагоцитов, который содержит различные цитокины [38].

Таким образом, вышеперечисленные особенности биопленочных форм бактерий обеспечивают многократно повышенную устойчивость по сравнению с планктонными микроорганизмами к антимикробным препаратам и факторам иммунной защиты хозяина.

СПОСОБЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БИОПЛЕНКУ

В настоящее время ведется активный поиск методов профилактики образования и способов разрушения уже сформировавшихся биопленок.

Уже в 90-е годы зарубежными исследователями были опубликованы работы по изучению действия некоторых препаратов, способных ингибировать образование экзополисахаридного матрикса, который продуцируется метициллинрезистентным золотистым стафилококком, на примере кларитромицина [39].

Так при изучении механизма действия кларитромицина на образование биопленки *Ps. aeruginosa* было установлено, что уменьшается количество альгината, гексозы, что приводит к истончению гликокаликса, тем самым увеличивается проникновение антимикробного препарата, в данном случае фторхинолона [40].

Тец В.В. и др. показали ингибирующее действие азитромицина на биопленки грамотрицательных и грамположительных бактерий, выделенных от больных с инфекцией верхних дыхательных путей, причем препарат был эффективен как на стадии образования, так и при действии на уже сформировавшиеся биопленки [41].

Высокая эффективность наблюдалась при местном применении сочетания ципрофлоксацина и окситоцина в лечении гнойных ран, что было обусловлено не только повышением антимикробного действия химиопрепарата в отношении патогена, но и подавлением образования биопленок микроорганизмами [42].

Другой способ воздействия на биопленку – это разрушение экзополисахаридного матрикса. Так Johansen С.Р. et al, применяя смесь ферментов, показали их способность подавлять биопленки, выращенные *in vitro* [43].

Результаты, полученные при действии папаина, трипсина и ферментного комплекса вобэнзима на биопленки, сформированные грамположительными и грамотрицательными бактериями, показали, что ферменты могут не только частично угнетать образование микробных биопленок, но и усиливать действие на них различных неродственных антибиотиков, что свидетельствует о неспецифичном общем увеличении поступления препаратов в биопленки [44].

Наиболее перспективными направлениями по борьбе с биопленками является изучение экологических закономерностей и взаимодействия микробных сообществ. Так, установлено подавляющее действие метаболитов лактобацилл на формирование стафилококками биопленок. В клетках-мишенях выявлены ультраструктурные изменения, приводящие их к гибели [45].

Для борьбы с бактериальными инфекциями, осложненными образованием биопленок, предлагается использовать ионы серебра. Формирование биопленок *E. coli* AB1157 и *S. proteamaculans* 94 полностью ингибировалось при концентрации $AgNO_3$ 0,3 мкг/мл, *P. aeruginosa* PAO1 – при 0,6 мкг/мл. [46].

Актуальной является разработка нового поколения антипатогенных (не только бактерицидных) лекарственных средств, которые способны предупреждать развитие биопленки и подавлять факторы вирулентности микроорганизмов, в результате чего с инфекцией смогла бы справиться иммунная система макроорганизма. Мишенями для такого рода препаратов могут стать системы регуляции бактерий, контролирующей экспрессию факторов вирулентности. Одним из таких средств локального применения являются препараты на основе полимерных полигексаметиленбигуанидов. На модели культуры клеток фибробластов кожи эмбриона человека оценивали способность этих препаратов предупреждать адгезию и образование биопленок бета-гемолитическим стрептококком. Полученные результаты показали перспективность использования таких антисептиков для профилактики и лечения стрептококковой инфекции [47].

Изучаются возможности воздействия на работу QS-системы, включая подавление образования аутоиндукторов, распространения и восприятия их сигналов. Например, близкие аналоги ацилированных лактонов гомосерина – галогенированные фураноны, образуемые красной водорослью *P. Delysea*, создают своего рода «дезинформационные помехи» для бактериальных клеток и являются эффективными антимикробными агентами [48].

В настоящее время активно изучается воздействие на биопленки физических факторов. Еще в 90-е годы Zips et al продемонстрировал разрушительное действие ультразвука – до 95% на биопленки *Ps. diminuta*, адгезированную на ультрафильтрационной мембране [49]. Лечение гнойно-некротических ран методом ультразвуковой кавитации оказалось эффективным в плане подавления бактериальных биопленок [50].

Изучение влияния электромагнитного воздействия на различных частотах молекулярного спектра поглощения и излучения (МСПИ) показало, что облучение культуры бактерий *Ps. aeruginosa* на частоте оксида азота NO снижает ее способность к пленкообразованию и способствует переходу в планктонный рост, а при облучении МСПИ O₂ – наоборот [51].

Исследования по оценке бактериостатического действия низкочастотного магнитного поля с частотой 0,001–100 Гц и величиной магнитной индукции 450 мкТл на грамотрицательные бактерии *Ps. aeruginosa*, образующие биопленки, показали умеренное снижение роста клеток [52].

Таким образом, современные представления о биопленках изменяют подходы к диагностике и стратегии лечения инфекционных поражений, основанных на методах, воздействующих на механизмы формирования и функционирования микробных биопленок.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Романова Ю.М., Диденко Л.В., Толордава Э.Р., Гинцбург А.Л. Биопленки патогенных бактерий и их роль в хронизации инфекционного процесса, поиск средств борьбы с биопленками // Вест. РАМН. 2011. № 10. С. 31–39.
2. Миленин Д.О. Микробная биопленка *Helicobacter Pylori* и ее роль в патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Фарматека. 2010. № 20. С. 20–24.
3. Гинцбург А.Л., Романова Ю.М. Бактериальные биопленки как естественная форма существования бактерий в окружающей среде // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2011. № 3. С. 99–109.
4. Немцева Н.В., Фадеев С.Б. Формирование биопленок возбудителями хирургической инфекции мягких тканей // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2009. № 4. С. 114–117.
5. Околов И.Н., Гурченко П.А. Роль бактериальных биопленок в развитии послеоперационных инфекционных осложнений в офтальмохирургии // Офтальмохирургия. 2008. № 4. С. 53–56.
6. Белобородова Н.В., Байрамов И.Т. Роль микробных сообществ, или биопленок, в кардиохирургии // Антибиотики и химиотерапия. 2008. № 11. С. 44–59.
7. Potera C. Forging a link between biofilm and disease. // Science. 1999. Vol. 283. P. 1837–1839.
8. Туркутюков В.Б., Слабенко Э.В., Фомин Д.В. Особенности формирования биологических пленок штаммами *P. aeruginosa* при внутрибольничных пневмониях // Дальневосточный медицинский журнал. 2008. № 1. С. 59–61.
9. Characklis W.G. Attached microbial growths-II. Frictional resistance due to microbial slimes. // Water Res. 1973. № 7. P. 1249–1258.
10. Jones H.C., Roth I.L., Saunders W.M. Electron microscopic study of a slime layer // J. Bacteriol. 1969. Vol. 99. P. 316–325.

11. Costerton J.W., Geesey G.G., Cheng K. // J. How bacteria stick. Science Am. 1978. Vol. 238. P. 86–95.
12. Flemming H.C., Wingender J. Physico-chemical properties of biofilms. In: Evans LV, editor. Biofilms: recent advances in their study and control. // Amsterdam: Harwood Academic Publishers. 2000. P. 19–34.
13. Hussain M., Wilcox M.H., White P.J. The slime of coagulase-negative staphylococci: biochemistry and relation to adherence. // FEMS Microbiol Rev. 1993. Vol. 104. P. 191–208.
14. Korber D.R., Lawrence J.R., Sutton B., Caldwell D.E. Effect of laminar flow velocity on the kinetics of surface recolonization by Mot⁺ and Mot⁻ Pseudomonas fluorescens. // Microb Ecol. 1989. Vol. 18. P. 1–19.
15. Miller M.B. & Bassler B.L. Quorum sensing in bacteria. // Annu Rev Microbiol. 2001. Vol. 55. P. 165–199.
16. Xavier K.B. & Bassler B.L. LuxS quorum sensing: more than just a numbers game. // Curr Opin Microbiol. 2003. 6. C. 191–197.
17. Soichiro Kimura, Kazuhiro Tateda, Yoshikazu Ishii, Manabu Horikawa. Pseudomonas aeruginosa Las quorum sensing autoinducer suppresses growth and biofilm production in Legionella species. // Microbiology. 2009. 155. C. 1934–1939.
18. Веселова М.А. Изучение Quorum sensing систем регуляции у Ps. chlororaphis и Burkholderia cepacia. // Автореф. Москва. 2008.
19. Olson M.E. et al. Biofilm bacteria: formation and comparative susceptibility of antibiotics. // Can J Vet Res. 2002. April 66 (2). C. 86–92.
20. Бельский В.В. Изучение влияния Quorum sensing на проявление признака антибиотикорезистентности у Ps. aeruginosa и St. aureus. <http://tele-conf.ru/aktualnyie-problemyi-infectologii-i-para>.
21. Guiot E. Heterogeneity of diffusion inside microbial biofilms determined by fluorescence correlation spectroscopy under two-photon excitation / E. Guiot [et al.] // Photochem. Photobiol. 2002. Vol. 75, N 6. P. 570–579.
22. Коробов В.П. и др. Изменение антибиотикочувствительности стафилококков в условиях реализации эффекта пептидного антибактериального фактора // Антибиотики и химиотерапия. 2002. № 47. С. 11–15.
23. Заславская Н.В., Артеменко Н.К., Чижевская М.М., Тец В.В. Особенности выживаемости бактерий в микробных сообществах. // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 2000. № 2. С. 2–19.
24. Wentland E.J. et al. Spatial variations in growth rate within Klebsiella pneumoniae colonies and biofilm. // Biotechnol. Prog. 1996. Vol. 12. P. 316–321.
25. Huang, C.T. et al. Nonuniform spatial patterns of respiratory activity within biofilms during disinfection. // Appl. Environ. Microbiol. 1995. Vol. 61. P. 2252–2256.
26. Brown M.R. and Barker J. Unexplored reservoirs of pathogenic bacteria: protozoa and biofilms. // Trends Microbiol. 1999. Vol 7. P. 46–50.
27. Hall-Stoodley L. Evolving concepts in biofilm infection // Cell Microbiol. 2009. Vol. 11, N 7. P. 1034–1043.
28. Maira-Litran T. et al. (2000) Expression of the multiple antibiotic resistance operon (mar) during growth of Escherichia coli as a biofilm. // J. Appl. Microbiol. 2000. Vol. 88. P. 243–247.
29. Тец В.В., Кнорринг Г.Ю., Заславская Н.В. Влияние экзогенных ферментов на передачу плазмидных генов в смешанных бактериальных биопленках. // Антибиотики и химиотерапия. 2009. № 9. С. 3–5.
30. Harriot M.M., Nover M.C. Candida albicans and Staphylococcus aureus form polymicrobial biofilms: Effects on Antimicrobial Resistance// Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2009. Vol. 53. P. 3914–3922.
31. Shah K.D., Spoering A.N., Lewis K.K. Specialized persister cells and the mechanism of multidrug tolerance in Escherichia coli. // J. Bacteriol. 2004. Vol. 186. P. 8172–80.
32. Mah T.C., o'Toole G.A. Mechanisms of biofilm resistance to antimicrobial agents. // TRENDS in Microbiology. 2001. Vol. 9, № 1. C. 34–38.
33. Бондаренко В.М., Бехало В.А., Сысолятина У.И., Нагурская У.В. Иммунобиологические особенности бактериальных клеток медицинских биопленок // Журн. Микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2010. N 4. С. 97–105.

34. *Leid J.G., Willson C.J., Shirliff M.E.* The Exopolysaccharide Alginate Protects *Pseudomonas aeruginosa* Biofilm Bacteria from IFN- γ -Mediated Macrophage Killing // *The Journal of Immunology*. 2005. Vol. 75. P. 7512–7518.
35. *Krieg D.P., Helmke R.J., German V.F., Mangos J.A.* Resistance of mucoid *Pseudomonas aeruginosa* to nonopsonic phagocytosis by alveolar macrophages in vitro. // *Infect Immun*. 1988. Vol. 56 (12). P. 3173–3179.
36. *Mai G.T., Seow W.K., Pier G.B., McCormack J.G.* Suppression of lymphocyte and neutrophil functions by *Pseudomonas aeruginosa* mucoid exopolysaccharide (alginate): reversal by physicochemical, alginate, and specific monoclonal antibody treatments // *Infect Immun*. 1993. Vol. 61 (2). P. 559–564.
37. *Leid J.G., Willson C.J., Shirliff M.E.* The exopolysaccharide alginate protects *Pseudomonas aeruginosa* biofilm bacteria from IFN – γ mediated macrophage killing // *J. Immunology*. 2005. Vol. 175. P. 7512–7518.
38. *J. Chandra T.S., McCormick, Imamura Y., Mukherjee P.K.* Interaction of *Candida albicans* with adherent human peripheral blood mononuclear cells increases *C. albicans* biofilm formation and results in differential expression of pro- and anti-inflammatory cytokines // *Infection and Immunity*. 2007. Vol. 75. № 5. P. 2612–2620.
39. *Sano M., Hirose T., Nishimura M. et al.* Inhibitory action of clarithromycin on glycocalyx produced by MRSA. // *J. Infect Chemother*. 1998. Vol. 5. P. 10–5.
40. *Yasuda H., Ajiki Y., Koga T. et al.* Interaction between biofilms formed by *Pseudomonas aeruginosa* and clarithromycin // *Antimicrob Agents Chemother*. 1993. Vol. 37 (9). P. 1749–1755.
41. *Тец В.В., Заславская Н.В., Артеменко Н.К., Тец Г.В.* Особенности действия азитромицина на бактериальные биопленки возбудителей пневмоний // *Антибиотики и химиотерапия*. 2007. № 6. С. 9–12.
42. *Бухарин О.В., Курлаев П.П., Перунова Н.Б., Скоробогатых Ю.И.* Экспериментальное изучение комбинации ципрофлоксацина с окситоцином на образование биопленок условно патогенными бактериями // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2010. № 6. С. 3–7.
43. *Johansen C.P., Falholt P., Gram L.* Enzymatic removal and disinfection of bacterial biofilms // *Appl. Environ. Microbiol*. 1997. Vol. 63. P. 3724–3728.
44. *Тец В.В., Кноринг Г.Ю., Артеменко Н.В.* Влияние экзогенных протеолитических ферментов на бактерию // *Антибиотики и химиотерапия*. 2004. № 12. С. 9–13.
45. *Бондаренко В.М., Рыбальченко О.В., Фиалкина С.В.* Дезорганизация биопленок клинических штаммов стафилококков метаболитами лактобацилл // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2010. № 6. С. 66–70.
46. *Хмель И.А., Кокишарова О.А., Радциг М.А.* Антибактериальные эффекты ионов серебра: на рост грамотрицательных бактерий и образование биопленок // *Молекулярная генетика, микробиология и вирусология*. 2009. № 4. С. 27–31.
47. *Афиногенова А.Г., Грабовская К.Б., Кулешевич Е.В.* Влияние бигуанидов на формирование стрептококковой биопленки на модели культуры клеток фибробластов кожи эмбриона человека // *Инфекции в хирургии*. 2011. № 1. С. 9
48. *Givskov M., de Nys R., Manefield M., Gram L., Maximilien R., Eberl L., Molin S., Steinberg P.D., Kjelleberg S.* Eukaryotic interference with homoserine lactone-mediated prokaryotic signalling // *J. Bacteriol*. 1996. Vol. 178. N 22. P. 6618–6622.
49. *Zips A.G., Schaule A.A., Flemming H.C.* Ultrasound as a means of detaching biofilms. // *Biofouling*. 1990. vol. 2. P. 323–333.
50. *Рисман Б.В., Рыбальченко О.В., Бондаренко В.М.* Подавление бактериальных биопленок при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы методом ультразвуковой кавитации // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2011. № 4. С. 14–19.
51. *Пронина Е.А., Швиденко И.Г., Шуб Г.М., Шаповал О.Г.* Влияние электромагнитного излучения на частотах молекулярного спектра поглощения и излучения кислорода и оксида азота на адгезию и образование биопленок *Ps. Aeruginosa* // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2011. № 6. С. 61–64.
52. *Алексеева Н.В., Миллер Г.Г., Мухачева А.Я.* Влияние низкочастотного магнитного поля на свойства *Ps. aeruginosa* // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2010. № 4. С. 86–89.

Резюме

*М.И. Матаков, Т.А. Ким, Н.П. Чижова, Е.Т. Аймурзаева, Г.Т. Сейкетова,
Б.Т. Бегеубаева, А.К. Оспанова, Б.Д. Даутханова, А.Т. Карбузова,
Н.Г. Носербекова, Р.Н. Оспанова, С.И. Кудина, К.М. Бимырзаева*

МИКРОБНЫЕ БИОПЛЕНКИ. ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ИХ ЭРАДИКАЦИИ

(Обзор литературы)

В данном обзоре литературы представлены основные понятия о биопленках микроорганизмов. Рассмотрена их клиническая значимость в развитии хронических воспалительных процессов, роль в распространении нозокомиальных инфекций. Описаны механизмы резистентности биопленок к антибактериальным препаратам и эффекторам иммунной системы макроорганизма. Приведены экспериментальные данные, имеющиеся в литературе о различных способах воздействия на биопленку и мерах профилактики.

Тұжырым

*М.И. Матаков, Т.А. Ким, Н.П. Чижова, Е.Т. Аймурзаева, Г.Т. Сейкетова,
Б.Т. Бегеубаева, А.К. Оспанова, Б.Д. Даутханова, А.Т. Карбузова,
Н.Г. Носербекова, Р.Н. Оспанова, С.И. Кудина, К.М. Бимырзаева*

МИКРОБТАРДЫҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ ПЛЕНКАСЫ. ОЛАРДЫ МҮМКІН ӘДІСТЕРМЕН ЭРАДИКАЦИЯЛАУ.

(Әдебиетке шолу)

Микроорганизмдердің биологиялық пленкасы жөнінде негізгі түсінік әдеби деректерде келтірілген. Созылмалы қабыну үрдісінің клиникалық маңыздылығы мен нозокоминалды індеттің таралуы қарастырылған.

Биологиялық пленканың антибактериалды дәрімектерге қарсы тұру механизмі мен иммундық жүйенің тиімділігі жазылған. Әр түрлі әдістермен биологиялық пленкаға әсерету және алдын алу әдеби деректерде тәжірибе жүзінде көрсетілген.

Summary

*M.I. Matakov, T.A. Kim, N.P. Chijova, E.T. Aimurzaeva, G.T. Seiketova,
B.T. Begeubaeva, A.K. Ospanova, B.D. Dauthanova, A.T. Karbuzova,
N.G. Noserbekova, R.N. Ospanova, S.I. Kudina, K.M. Bimirzaeva*

MICROBIAL BIOFILMS. POSSIBLE WAYS OF THEIR ERADICATION

(Revive of the literature)

The scientific review presents the basic concepts of microbial biofilms. The clinical significance in the development of chronic inflammatory processes, role in the spread of nosocomial infections. The mechanisms of biofilm resistance to antimicrobial agents and effectors of the immune system . The experimental data available in the literature about the various methods of treating the biofilm and prevention.

**ОПЫТ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЛИСТЕРИОЗ
ПО МАТЕРИАЛАМ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ г. АЛМАТЫ**

Городская централизованная бактериологическая лаборатория г. Алматы

С 1992 г. в России начата официальная регистрация листериоза, заболевания считавшегося ранее типичным зоонозом, а в настоящее время, отнесенное к сапрозоонозам. Основным резервуаром инфекции при последних являются различные субстраты внешней среды. Животные заражаются преимущественно через воду и корм, механизмы инфицирования человека – разнообразны. В Республике Казахстан в последние годы также зарегистрированы указанные заболевания. В связи с тем, что клиника листериоза характеризуется значительным полиморфизмом, решающее значение приобретает установление этиологического диагноза путем выделения возбудителя [1–3].

В настоящей работе представлены материалы о выделении листерий у больных Городской инфекционной клинической больницы, а также серологические исследования.

Всего было обследовано 434 человека, произведено 1911 анализов. При выделении и идентификации культур использовались среды и тесты, рекомендованные международными и республиканскими инструктивными документами, а также «Определитель Берги», 1980 г.

В частности, для культивирования листерий – обычные среды с добавлением 1% глюкозы и 2% глицерина, кровяной агар, в качестве элективных – агар Хоттингера с полимиксином и кровью, а также среды Hi Media Laboratories LTD. У выделенных культур определяли подвижность при 22° С, биохимическую активность в отношении сахаров, окислительно-восстановительный тест на среде Хью-Лейфсона, продукцию индола и сероводорода, утилизацию мочевины, оксидазную и каталазную активность, редукцию краски в индикаторной среде; для видового типирования – гемолитические свойства, ферментацию рамнозы и ксилозы.

Всего было выделено 47 культур от 31 больного, из них 30 культур *L. monocytogenes*, 10 культур – *L. grayi*, 7 – *L. denitrificans*.

Листерии были выделены из различных биологических субстратов – крови, мазков с миндалин, кожных аффектов, кала. Частота выделения культур из разного биоматериала колебалась от 2,8% из крови до 1,4% из кала. В 16,6% случаев отмечено одновременное выделение листерий из двух или более источников: крови, кожных аффектов, мочи, кала, отделяемое из зева. Кроме того были выделены 2 культуры листерий при обследовании беременных женщин из отделяемого влагалища и 2 культуры из мокроты при обследовании поликлинических больных.

Помимо бактериологического проводилось серологическое исследование больных методом РПГА с листериозным антигенным эритроцитарным диагностикумом. Изучались парные сыворотки от больных для выявления динамики образования антител. Всего произведено 630 анализов от 350 больных.

Было установлено, что удельный вес положительных анализов составил 4,7%, частота выявления лиц положительных при данном обследовании – 7,1%, а частота выявления положительных результатов у лиц с установленным диагнозом листериоз –

36,7%. Корреляция положительных результатов, выявленных при бактериологическом и серологическом обследовании больных составила – 9,8%.

Следует также отметить, что абсолютные значения титров антител в парных сыровотках были невысокими и колебались в пределах 1:50; 1:150–1:250.

Современные данные научных исследований и опыт лабораторной диагностики по указанной проблеме свидетельствуют о недостаточно детальной разработке методов серодиагностики. При определении специфических антител имеют место как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Указанное диктует необходимость усовершенствования и дальнейшей разработки доступных в настоящее время методов диагностики листериозов. Это касается также бактериологической диагностики заболевания. Опыт работы лаборатории по выделению листерий показал, что их выделение требует тщательной дифференциации с большим количеством грамположительных палочек и кокков (*Corynebacterium*, *Lactobacillus*, *Enteropelothrix*, *Actinomyces pyogenes*, стрептококками, энтерококками, микрококками). Предложенные для практики дифференциальные тесты – подвижность при 22° С и наличие каталазы, отсутствие оксидазы и другие, не всегда дают возможность провести четкую родовую идентификацию. Такое же положение обстоит и с установлением отдельных видов внутри рода листерий.

Выводы:

1. Установлена циркуляция некоторых видов листерий и их роль в этиологии заболеваний в г. Алматы.

2. РПГА оказалась не всегда эффективной при диагностике заболеваний.

3. Корреляция примененных методов лабораторного исследования на листериоз была невысокой и составила 9,8%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Листериоз. Методические рекомендации Москва. 2001. № 11. С. 1–7.
2. Руководство по применению комплексного лабораторного метода исследования на листериоз, пастереллез и иерсиниозы. Методические рекомендации. Астана. 2009. С. 1–20.
3. *Тартаковский И.С.* Факторы патогенности листерий и их роль в патогенезе и лабораторной диагностике листериоза. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2003. N 4. С. 31–36.

Резюме

Т.А. Ким

ОПЫТ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЛИСТЕРИОЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ г. АЛМАТЫ

Установлена циркуляция некоторых видов листерий и их этиологическая роль в инфекционной патологии. Методы микробиологической и серологической диагностики нуждаются в дальнейшем усовершенствовании.

Тұжырым

Т.А. Ким

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛҒАН БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ЛИСТЕРИОЗДЫ ЗЕРТХАНАДА ТӘЖІРИБЕ ЖҮЗІНДЕ ЗЕРТТЕУ

Айналымдағы листерилердің кейбір түрлері және залалды аурудың себептері анықталды. Келешекте серологиялық және бактериологиялық балау әдістерін жетілдіруді қажет етеді.

Summary

T.A. Kim

EXPERIENCE OF LABORATORY STUDIES ON LISTERIOSIS BASED ON CENTRALIZED BACTERIOLOGICAL LABORATORY IN ALMATY

Established the circulation of some species of listeria, and set their etiological role in infectious diseases. Methods microbiological and serological diagnosis in need of further improvement.

Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)

УДК 616.89

Г.К. КАУСОВА, А.А. ЖОЛАМАНОВА

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Психосоматические заболевания – это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе и психологический стресс. Психосоматические заболевания включают в себя бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, тиреотоксикоз, язвенную болезнь 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и ряд других болезней [1, 2, 3, 4]. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях. В ходе возникновения и формирования психосоматического заболевания принимают участие несколько значимых факторов, взаимосвязь которых обуславливает индивидуальную картину болезни. Тонкое переплетение соматических и психологических составляющих заболеваний подобного рода продолжает рождать огромный потенциал для изучения не только хода развития болезни, но и роли воздействия различных факторов [5].

Ряд авторов склонны делить причины психосоматических нарушений на внешние по отношению к организму – экзогенные и внутренние – эндогенные. К экзогенным болезнетворным агентам относят инфекции, интоксикации, травматические повреждения мозга, церебральные опухоли, психогении, соматогении. Эндогенные причины связаны с наследственностью, конституциональными особенностями человека, возрастными сдвигами. Разделением этиологических факторов на экзогенные и эндогенные часто пользуется практическая психиатрия; этиологический принцип является решающим в создании классификации психосоматических заболеваний. Теоретически же деление вредоносных факторов на экзогенные и эндогенные дискуссионно [6]. Все реакции организма человека сформировались в ходе длительной эволюции человека в ответ на разнообразные воздействия окружающей среды. Какая-то часть этих реакций, целесообразная с точки зрения выживания человеческого вида, закрепились в обмене веществ и стала наследственной особенностью. То есть индивидуальная в прошлом форма ответа на определенные средовые влияния оказалась запрограммированной для последующих поколений. Иными словами, то, что является эндогенным для данного субъекта, было экзогенным для его предков. На этом чрезвычайно сложном пути эволюции человека изменялись не только реакции приспособления организма к среде обитания, но и сама среда. Человек постоянно занимался преобразованием среды,

приспосабливая ее к себе. И эти преобразования в свою очередь изменяли самого человека. Встреча с вредоносным фактором еще не означает фатальной неизбежности заболевания. Так, среди находящихся в тесном контакте с инфекционными больными всегда имеются лица, нечувствительные или малочувствительные к инфекции. Для того чтобы неблагоприятное воздействие вызвало заболевание, необходимо определенное состояние организма.

Теоретическая модель психосоматической болезни – понятие типовое, обобщенное. В реальной действительности болезнь поражает определенного человека и наделена индивидуальными особенностями реагирования именно данного конкретного субъекта. Эти особенности находятся в зависимости от исходного состояния организма, типа высшей нервной деятельности и психологических черт, пола, возраста, наследственности, иммунологической реактивности, прошлого опыта, перенесенных заболеваний и других моментов, характеризующих конституцию больного.

Индивидуальное видоизменяет реагирование, способствует появлению отклонений в клинике болезни от ее усредненного профиля. Поскольку каждый человек представляет собой единственное и неповторимое явление природы, то атипичное в болезни более закономерно, чем типичное.

Нозологические заключения лишь в общей форме отражают реальную действительность. Они правдоподобны, но не отражают всей полноты события индивидуального значения. Все этиологические факторы лишь относительно патогенны, а возникающие патологические процессы в принципе неоднородны, потому что индивидуальны.

При постановке нозологического диагноза, чтобы понять происхождение атипичного в клинической картине, необходимо тщательное обследование больного с подробным анализом анамнестических данных на протяжении всей жизни. Знание вопросов патогенеза способствует разработке рациональной, так называемой патогенетической терапии. Такая терапия направлена на то, чтобы разорвать цепные реакции, являющиеся основанием для клинического выражения болезни [7]. При резком и массивном воздействии вредоносного фактора психосоматические заболевания начинаются остро. В других случаях граница между психическим здоровьем и болезнью бывает настолько нечеткой, что при определении начала и продолжительности психосоматического заболевания возможны ошибки, исчисляемые годами. Такое незаметное, медленное начало характерно для хронически протекающих психопатологий [8]. Вместе с тем наблюдаются случаи, когда остро начавшееся заболевание в последующем переходит в хроническую форму и растягивается на каком-то этапе на многие годы или, наоборот, длительное, постепенное начало болезни вдруг прерывается резким обострением с быстрым усложнением симптоматики, а затем происходит переход в устойчивую ремиссию с возвращением человека к нормальному образу жизни. Кроме того, то, что принимается за острое начало, при внимательном изучении иногда оказывается уже манифестацией психопатологии, не распознанной на раннем этапе постепенного накопления болезненных изменений.

На протяжении психосоматического заболевания выделяют следующие его основные периоды: продромальный – период наиболее ранних симптомов, манифестный – период разгара заболевания, период обратного развития и редукции симптоматики и затухания активности болезненного процесса [9].

Причина болезни с методологических позиций есть процесс взаимодействия болезнетворного влияния с организмом, способным соответствующим образом воспри-

нять это влияние. Даже при наличии одинаковой наследственности у близнецов психосоматическое заболевание одного из них не означает 100%-ного риска для другого. Вот почему в отношении эндогенной вредности следует говорить о наследовании не психосоматического заболевания, а предрасположенности к нему. Реализуется предрасположение в заболевание или нет – это в значительной степени зависит от условий той среды, в которой живет и работает человек. Эпидемиологическими исследованиями последних лет выявлено, что спонтанное начало заболевания отмечается лишь в $\frac{1}{3}$ случаев, у большинства больных начало болезни бывает спровоцировано психотравмирующей ситуацией, соматическими заболеваниями, алкогольной интоксикацией [10]. Кроме того, у больных, чувствительных к экзогенам, те же неблагоприятные факторы способны вызвать повторные обострения и рецидивы. Изучение внешнесредовых воздействий, в связи с которыми начинается заболевание, чрезвычайно важно для целей психопрофилактики.

Для болезнетворного воздействия экзогенных вредностей роль условий еще более значима. Доказано, что люди с сильным типом высшей нервной деятельности, прежде устойчивые к стрессу, после резкого изменения каких-либо факторов (тяжелого длительного заболевания) легко заболевают неврозами [11]. Велика роль пола и возраста как факторов, способствующих или препятствующих появлению определенных психосоматических заболеваний. Повышенная эмоциональность, более выраженная цикличность и обменные сдвиги, связанные с особенностями генеративной функции (менструальный цикл, беременности, роды, лактация, климакс), – все это объясняет намного большую частоту психосоматических нарушений у женщин, чем у мужчин. С различиями в социальном функционировании и образе жизни можно связать неодинаковую распространенность психопатологий среди мужского и женского населения.

Существует лишь небольшое число психосоматических заболеваний, которые прямо или косвенно в своем начале не привязаны к возрастному фактору. Резкие возрастные сдвиги (пубертатный криз, климакс) с присущими организму в эти периоды трудностями адаптации и компенсации являются предрасполагающими к началу многих психосоматических патологий. Еще более значима роль возрастного фактора при психопатологиях старческого возраста [11].

Производственный фактор предстает в разном качестве – как причина психического расстройства (при профессиональных заболеваниях) или как его условие. Например, шум, вибрация, эмоциональные перегрузки в условиях производства могут утяжелить сосудистое заболевание и тем способствовать появлению психопатологической симптоматики.

Фактор сезонности является значимым для периодически протекающих эндогенных психопатологий, метеотропный фактор играет существенную роль в развитии болезни у лиц с сосудистой патологией или с резидуальными последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы [12]. Можно назвать и другие факторы индивидуального или массового значения, способствующие началу заболевания. Важно подчеркнуть, что без наличия причины только предрасполагающие к этому условия не в состоянии вызвать психосоматическое заболевание. Таким образом, и причины болезней, и условия, провоцирующие их появление, могут быть как экзогенными, так и эндогенными. На практике крайне трудно, а порой и невозможно разделить причины и условия заболевания в каждом конкретном случае. Это в свое время дало основание для объявления некоторых заболеваний полиэтиологическими [13].

Психосоматическим расстройствам подвержены, хотя и в разной степени, все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст. В формировании психосоматических реакций у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, детская невропатия и неблагоприятные микросоциальные условия воспитания (неполная семья и др.). В последние годы выявляется все больше данных, согласно которым профилактикой психосоматических расстройств у детей являются нормальные роды и адекватные условия воспитания в первые годы жизни [14]. Прежде всего остановимся на той почве, которая оказывается благоприятной для возникновения психосоматических расстройств. Чаще речь идет о последствиях совсем нелеченых или недостаточно леченых соматических и органических заболеваний, в совокупности дающих картину «невропатической конституции» [15]. Особенно часто отмечается отсутствие должного внимания к последствиям черепно-мозговой травмы: этим больным (особенно детям) не дают «вылежаться» – их трудно удержать в постели в связи с появлением посттравматической эйфории, но на практике ее нетрудно снять транквилизаторами или парентеральным введением сульфата магния. Как правило, они не получают всего комплекса необходимых медикаментозных средств – снижающих внутричерепное давление, вегетотропных, рассасывающих. В последующем не проводятся динамическое наблюдение, поддерживающие курсы вегетотропного лечения и другие профилактические мероприятия. Следствием этого являются головные боли, головокружения, снижение памяти, отставание в учебе, плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте, утомляемость, вазо-вегетативные расстройства, плохая переносимость резких запахов и тяжелых физических нагрузок, особенно в согнутом положении, – т. е. те или иные проявления психоорганического синдрома [16]. Уже начиная с колыбели выявляется особое значение материнской заботы, лишение ее в раннем возрасте значимо как в плане формирования депрессии, так и психопатий. Условия неадекватного домашнего воспитания (особенно если оно по своей направленности совпадает с таковым же школьным) могут способствовать формированию психопатических личностных особенностей и явиться неиссякаемым источником невротизации ребенка и подростка.

У детей психосоматическая патология выражается главным образом отдельными симптомами в виде разнообразных психосоматических реакций. Эти реакции порой неотличимы от невротических, обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующей для ребенка ситуации. Из всех психосоматических расстройств у детей чаще всего отмечаются функциональные расстройства пищеварительной системы (анорексия, тошнота, рвота, психогенные запоры и поносы и др.). Среди перечисленных расстройств отмечается выраженное доминирование рвотной реакции, являющейся соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо. Рвота часто отмечается у детей при изменении стереотипа жизни: при первом посещении детского сада, школы и т. д. Реже отмечаются психосоматические реакции в виде невротического кашля, псевдоламингоспазма, энуреза и др. [17].

В подростковом возрасте психосоматическая патология практически не отличается от соответствующих расстройств у взрослых, здесь преобладают проявления эндокринных пертурбаций, а в возрасте обратного развития – нажитые сосудисто-органические поражения [18].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Корыстов Ю.Н.* Эмоции, стресс, курение, потребление алкоголя и рак – корреляционные и причинные связи // Журнал ВНД им. Павлова. 1997. № 4. С. 627–657.
2. *Селье Г.* Когда стресс не приносит горя (Стресс без дистресса). М.: РЭНАР, 1992. С. 122–123.

3. Щербатых Ю.В. Связь особенностей личности студентов-медиков с активностью вегетативной нервной системы // Психологический журнал, 2002. № 1. С. 118–122.
4. Гаврилова Е.А. Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания // Кардиология. 1999. № 9. С. 72–78.
5. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Том 02. № 1. <http://www.consilium-medicum.com/>
6. Смуглевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Том 2. № 2. <http://www.consilium-medicum.com/>
7. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995. С. 207–260.
8. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Том 5. № 3. <http://www.consilium-medicum.com/>
9. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. М.: Планета детей, 1997. 264 с. С. 245–261.
10. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. С.160–168.
11. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980. С. 47–74.
12. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург, 1996. С. 67–79.
13. Макарова О.Ф. Психология и практика // Ежегодник российского психологического общества. Ярославль, 1998. Т. 4, Вып. 5. С. 62–65.
14. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика // Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. С. 704–709
15. Мельченко Н.И. Клиническая психология. Самара: Сам ГМУ, 2002. 584 с.
16. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 360–376.
17. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. 216 с.
18. Буянов М. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. Руководство для врачей и логопедов. pedsoveti.mospsy.ru.

Резюме

Г.К. Каусова, А.А. Жоламанова

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Различные факторы играют важную роль в развитии психосоматических заболеваний, среди которых ведущую роль играют психологические факторы.

Велика роль пола и возраста как факторов, способствующих или препятствующих появлению определенных психосоматических заболеваний.

Тұжырым

Г.К. Каусова, А.А. Жоламанова

ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ДАМУЫНДАҒЫ ӘРТҮРЛІ ФАКТОРЛАРДЫҢ РӨЛІ

Жүйке жүйесі ауруларының ұлғаюына әртүрлі факторлар, олардың ішінде әсіресе психологиялық фактор өте маңызды рөл атқарады. Кейбір жүйке жүйесі ауруларының пайда болуына әсер етуші не кедергі болушы факторлардың ішінде адам жынысы мен жасының атқаратын рөлі ерекше.

Summary

G.K. Kausova, A.A. Zholamanova

THE ROLE OF VARIOUS FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PSYCHOSOMATIC DISEASES

Various factors play an important role in the development of psychosomatic diseases, among which the leading role played by psychological factors. The role of gender and age as factors that promote or hinder the emergence of certain psychosomatic disorders.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 615.851

А.А. ЖОЛАМАНОВА, Г.К. КАУСОВА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(Обзор литературы)

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Хронические заболевания относятся к числу факторов, которые способствуют стойкому снижению трудоспособности, потенциально приводят к инвалидизации. При этом одной из причин падения работоспособности могут быть изменения психики, возникающие у заболевших. Психологические проблемы человека с хроническим заболеванием находятся в настоящее время в центре внимания психологов, благодаря все возрастающему количеству всевозможных болезней, характеризующихся хроническим течением. Глобальной задачей психологии в данном случае является сохранение нормального качества жизни хронического больного. Изучение личности больного человека [1, 2] говорит о том, что в основе психической жизни больного лежат те же закономерности, что и у здорового человека. Психическая жизнь человека меняется не потому, что при тех или иных заболеваниях начинают действовать другие психические механизмы, а потому, что эти механизмы действуют в особых условиях, вызванных и измененных этими болезнями. Болезнь выступает как биологическая предпосылка изменения личности.

Клинические формы изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться как изменение эмоций – депрессия или эйфория; в виде нарушения эмоциональной сферы – апатия, бездушность; в виде изменения отношения к себе и к окружающим – ослабление критики, подконтрольности или в виде нарушения активности. У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентрического, особенно при ипохондрических нарушениях личности [3]. Изменение личности становится тем новообразованием в психике, в структуре которого отражается весь процесс перестройки психической жизни болеющего хронической соматической болезнью человека. Данная динамика заключается в создании нового ведущего мотива – мотива жизни и постепенном переподчинении ему других мотивов.

Таким мотивом чаще всего у больных людей становится мотив сохранения жизни как таковой. На начальной стадии заболевания этот мотив еще не является главным, он актуализируется только в периоды обострения состояния. В эти периоды больной начинает обследоваться, ограничивает свою жизнь, вырабатывает новые для себя правила жизни [4]. В это время преобладает эмоциональный уровень – страх, тревога по поводу возможного лечения, люди хотят оттянуть его начало всеми способами – стремятся к выписке из больницы, желают вернуться к прежнему образу жизни.

Типы реагирования на болезнь почти никогда не бывают однозначными. Нетрудно видеть, что различия эти в первую очередь обусловлены разным осознанием болезни, разными, в частности, преморбидными, особенностями формирования представлений о собственном теле [5]. Раз сформировавшись, представления о теле приобретают тенденцию к относительной стабильности. В сознании болезни различают ряд существенных взаимосвязанных аспектов. Во-первых, все новое для индивидуума изменения в организме отражаются в его сознании. Со временем, в результате повторения аналогичных или близких болезненных состояний или затяжного течения болезни, накапливаемые в его субъективном опыте знания о болезни соотносятся все более полно и детально [6]. Во-вторых, в непрерывном единстве с таким процессом отражения болезни в сознании больного формируется его индивидуальное отношение к происходящим изменениям в организме, к самой болезни, ее возможным индивидуальным последствиям. Такое отношение вначале находит выражение в особенностях общего самочувствия больного. Оно может у одних больных сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать различные формы выражения во сне (слова, обращения, жалобы, советы, просьбы, действия, поступки, поведение). На первых порах сознание болезни, оказываясь новым опытом для больного, может существенно не изменять саму психику. Однако более или менее длительное отражение (затяжных, инвалидизирующих) болезненных изменений, происходящих во внутренних органах, в сознании больного и сопутствующее усложнение его отношения к болезни приносят преходящие или стойкие изменения в ее клинику. Эти изменения при одной и той же болезни и при одинаковых объективных сдвигах в системах (органах) организма оказываются различными в связи с двумя главными обстоятельствами: во-первых, преморбидными особенностями психики больного и, во-вторых, особенностями его личности. Отражение в сознании возникших болезненных изменений во внутренних органах происходит в единстве с формированием отношения больного к ним. Однако между отражаемым объектом и его образом никогда не бывает тождества, между отражаемым в сознании больного представлением о болезни и объективным характером ее также никогда не возникает полного соответствия. Сознание болезни, внутренняя картина ее охватывают весь объем переживаний больного, связанных с его болезнью. Сюда входят: представления о значении для него первых проявлений болезни; особенности изменения самочувствия в связи с появлением расстройств; переживание болезненного состояния и его возможных последствий на высоте болезни; представления о начинающемся улучшении самочувствия на этапе обратного развития болезни и восстановления состояния здоровья после ее прекращения; представления о возможных последствиях болезни для себя, для семьи, для дальнейшей продуктивной деятельности; представления об отношении к нему во время болезни членов семьи, знакомых, медицинского персонала. Практически нет таких сторон жизни больного, которые бы не находили отражения в его видоизмененном болезнью сознании. Иначе говоря, болезнь – это жизнь в измененных условиях [7].

Все особенности осознания болезни можно разделить на две группы. Обычные формы сознания болезни представляют собой лишь особенности психологии больного человека, а сам он нуждается в повседневном разумном и щадящем подходе врача. Осознания болезни, сопровождающиеся реакциями на нее, выходящими за рамки типичных для данного человека, а тем более порождаемые болезнью стойкие изменения психики больного, являются уже болезненными состояниями психики, которые дополняют и усложняют клиническую картину основной болезни.

Больной отличается от здорового человека тем, что у него наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние. Болезнь меняет восприятие и отношение больного к окружающим событиям, к самому себе, в результате болезни у него возникает особое положение среди близких людей, иное положение в обществе.

Наиболее общими изменениями психики у психосоматических больных надо считать перестройку интересов по направлению от внешнего мира к собственным ощущениям, к функциям своего тела, к ограничению интересов. При этом происходят различные изменения всех сторон личности: меняются аффективная настроенность, моторика, речь. При серьезной угрозе жизни и благополучию может меняться и восприятие времени в виде его ускорения или замедления. В ряде случаев большое значение приобретают наплывы воспоминаний, выраженность и некоторая насильственность которые могут быть связаны с интоксикацией, вызванной болезнью [8]. Большое значение для больного имеет его представление о болезни, основанное на самых разнообразных сведениях. Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии, так как в связи с болезнью нарушается привычный ритм жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования. Происходит перестройка в значении ощущений. На внутренний мир больного обрушивается обилие интерцептивных сигналов, которые заполняют все его интересы и приобретают небывалую значимость. В это время особая роль принадлежит психотерапевтическому воздействию врача, который должен суметь объяснить больному особенности его состояния и ощущений от различных частей тела. Психотерапевтическое отношение к больному должно проявляться с первого осмотра и до постановки диагноза.

Не меньшие сложности представляет собой период выздоровления, когда у больного должна наступить компенсация или примирение с дефектом, который возник в результате болезни, с инвалидностью и в связи с этим – с новым положением в семье, в обществе. В тех случаях, когда болезнь неизлечима, врач должен уметь каждый день одобряюще смотреть в глаза больному, понять все своеобразие его состояния, быть внимательным ко всем мелочам по уходу за больным во время симптоматического лечения.

Каждому врачу теоретически хорошо известно, что все наши знания, наше поведение в процессе лечебной деятельности, более того – само лечение будет неудовлетворительными, если в основу его не будут положены целостное понимание человеческого организма, учет всей сложности его физических и психических проявлений [9].

Подход к состоянию больного на основе целостного понимания его организма всегда учитывает сложные взаимоотношения, которые существуют между психическим состоянием человека и его болезнью. Психическое напряжение, конфликтные ситуации могут отражаться на соматическом состоянии больного и вызывать так называемые психосоматические заболевания. Соматические же заболевания, в свою очередь, оказывают влияние на психическое состояние человека, на его настроение, восприятие окружающего мира, поведение и планы.

При соматических заболеваниях в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни могут наблюдаться различные психические нарушения, которые выражаются различными симптомами. При соматических заболеваниях изменение психической деятельности выражается наиболее часто невротическими симптомами. При большой выраженности интоксикации и остроте развития болезни возможны соматогенные психозы, сопровождающиеся состояниями измененного сознания. В ряде случаев соматические заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный

диабет) приводят к возникновению психоорганических расстройств. Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, «особое положение больного» в ряде случаев приводят к изменениям личности в виде патологического развития, при котором возникают черты характера, ранее не свойственные этому человеку. Изменения характера у этих больных могут препятствовать или затруднять лечение, приводить их к инвалидности, создавать конфликты в лечебных организациях, вызывать отрицательное отношение окружающих к этим больным. Врач должен уметь распознать эти болезненные изменения психики, предусмотреть и предвидеть их возникновение, лекарственными методами и путем проведения психотерапевтических бесед смягчить их проявления.

В зависимости от особенностей психических нарушений при соматических заболеваниях строится беседа врача с больными, поведение медицинского персонала и вся тактика медицинских мероприятий. При нарастающей интоксикации у больных нарушаются сон и аппетит, появляются раздражительность, повышенная обидчивость и плаксивость. Сон у таких больных становится поверхностным – они легко просыпаются, шумы, свет, разговоры, прикосновение одежды становятся неприятными. Больные становятся тревожными, испытывают страхи, часто просят не гасить ночью свет или посидеть около них.

Врач должен понять больного в таком его состоянии, внимательно отнестись к его жалобам и по возможности устранить раздражители. На фоне астенических симптомов (раздражительная слабость) иногда появляются навязчивые страхи за свое здоровье или не свойственные ранее истерические реакции. Врач всегда должен помнить, что истерическая реакция – это болезненное проявление и относиться к ней необходимо как к болезни.

Некоторые психосоматические заболевания сопровождаются депрессивным состоянием [10]; это одно из проявлений таких заболеваний, как спастический язвенный колит. Такие больные часто подавлены, мрачны, малоподвижны. Они испытывают тревогу в ранние предутренние часы, разбитость и слабость, но иногда на фоне этой подавленности и вялости у них возникают несвойственная болтливость и оживленность, когда они шутят, смеются, веселят окружающих. Врачи должны знать, что подобные состояния возникают нередко, но не эти состояния определяют основной фон настроения [11], а кажущаяся веселость – явление временное. В этом состоянии больные часто нарушают предписанный им режим лечения.

Выраженность и качество изменений психической деятельности при соматических заболеваниях находятся в зависимости от многих причин и в первую очередь – от природы самого заболевания (оказывает ли оно прямо или косвенно влияние на мозговую деятельность), а также от типа течения и остроты развития болезни. Так, при остром и бурном начале, при наличии выраженной интоксикации наблюдаются расстройства, достигающие помрачения сознания, при подостром или хроническом течении чаще отмечаются невротические симптомы.

На изменение психической деятельности оказывает влияние и этап развития соматической болезни: если в остром периоде бывают состояния измененного сознания и невротические симптомы, то на отдаленном этапе ее развития могут наблюдаться изменения характера, личности, астения и психоорганические расстройства. На психическую деятельность при соматических заболеваниях оказывают влияние сопутствующие вредности. Так, пневмония или инфаркт миокарда протекают с большими нарушениями психической деятельности у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Реакции личности на соматическую болезнь у ряда больных могут носить патологический

характер и проявляться в виде психогенных невротических, тревожно-депрессивных реакций. У других больных эти реакции выражаются психологически адекватными переживаниями факта болезни. Нервно-психические нарушения при соматических заболеваниях обычно складываются из психических соматогенных расстройств и из реакции личности на болезнь [12].

В этой сложной структуре психических нарушений выраженность указанных факторов не равнозначна. Так, при сосудистых заболеваниях, особенно при гипертонической болезни, атеросклерозе, эндокринных заболеваниях, решающая роль принадлежит именно соматогенным факторам, при других заболеваниях – личностным реакциям (обезображивающие операции, дефекты лица, потеря зрения).

Реакция личности на болезнь находится в прямой зависимости от многих факторов:

- характера заболевания, остроты его и темпа развития;
- представления об этом заболевании у самого больного;
- характера лечения и психологической обстановки;
- личности больного;
- отношения к болезни дома родственников и сослуживцев на работе.

Считается, что адекватность реакции на болезнь зависит от степени зрелости личности и интеллектуальных ее возможностей. Так, у инфантильных субъектов часто наблюдается вытеснение или отрицание болезни или, наоборот, синдром «ухода в болезнь». У лиц астенических, тревожно-мнительных часто не очень серьезное заболевание вызывает бурную реакцию тревоги, беспокойства с последующими депрессивно-ипохондрическими и стойкими расстройствами.

Реакция личности на болезнь зависит от возраста больного. На одну и ту же болезнь с одинаковым исходом у больных отмечается различная реакция. У молодых болезнь ведет к нарушению планов на будущее, у больных среднего возраста она препятствует выполнению замыслов, пожилыми воспринимается как неизбежный конец. В соответствии с реакцией личности врач должен создать для больного новую жизненную установку, обязательно с учетом его возможностей. Личностные реакции зависят и от нарушения психической деятельности, которые вызваны соматическим заболеванием. Яркость невротических реакций уменьшается при наличии тяжелой соматогенной астении и органических расстройствах.

Объективно изменившееся положение человека в мире, в конкретной социальной среде еще не вполне осознано человеком, но это новое положение – хронически больного человека. Оно находит отражение в эмоциональной реакции на ситуацию в целом [13].

В литературе неоднократно описано сужение круга общения, пассивность больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, что обусловлено сужением круга актуальной мотивации. Доминирование мотива сохранения жизни меняет всю картину мира больного человека, систему его отношений и ценностей. Часто это связано с возрастанием эгоистической фиксации на себе. Больные становятся более равнодушными к близким людям, менее отзывчивыми на события внешнего мира. Наблюдается снижение жизненной активности, если она противоречит мотиву сохранения жизни. Появляются самые разные типы «уходов» – в болезнь, в семью, в работу, которые по сути являются разными формами замещения одних целей другими. В ходе лечения может произойти перестройка мотивационной сферы, появятся новые мотивы, но мотив сохранения жизни изначально приводит к появлению новой деятельности по сохранению здоровья, по контролю за его состоянием. На начальных этапах заболевания такой контроль не всегда бывает систематическим и он подчинен цели вернуться

к труду. Но впоследствии контроль за своим состоянием может стать смыслом жизни больного.

Преморбидные особенности личности больного определяют содержание деятельности по сохранению здоровья. Если до болезни смысл жизни человека был связан с работой, которой он лишился из-за недуга, то происходит утрата смысла жизни. Резко сужаются интересы, больной долго лежит в постели, пассивен, мало читает, погружен в свое состояние.

Вместе с изменением мотивов меняется и временная перспектива: больных интересуют только ближайшие цели, они живут одним днем, дальние события (как прошлого, так и будущего) их не интересуют. Смещенность интересов на события настоящего времени способствует снижению тревоги за неопределенное будущее и имеет защитный характер.

Это наиболее типичное изменение мотивации у больных хроническими соматическими заболеваниями, несущими витальную угрозу. Болезненный процесс развивается по так называемой психосоматической спирали: соматические нарушения вызывают трудности в социальной адаптации, а переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению соматического состояния [14].

Трудности, вызванные заболеванием, приводят к актуализации защитных механизмов личности, к вытеснению неприятных переживаний, связанных с болезнью, использованию компенсаторных приемов для уменьшения дефектов внешности. Действие защитных механизмов помогает адаптации к болезни.

Следовательно, анализ психической деятельности больных с соматическими заболеваниями открывает перед исследователями широкий спектр противоречий в развитии человека, отражающих особенности психической жизни больного человека, – это противоречие между энергетической и содержательной стороной деятельности (сила есть, но она может тратиться впустую); противоречие между возможностями деятельности и смысловыми, личностными (могу, но не буду, не хочу); противоречие между смыслообразующими и реально действующими мотивами (знаю, что нельзя, но очень хочется); противоречие между наличными возможностями деятельности и ее реализацией в будущем (сейчас не могу и никогда не смогу или, наоборот, сейчас могу и всегда буду уметь это делать); противоречия между отражением актуального состояния в психике больного и перспективами его развития (я сейчас себя чувствую плохо, хуже уже быть не может) [15]. Изучение этих противоречий помогает построить модель внутреннего отношения к болезни и осуществлению психодиагностики и при проведении психотерапевтической работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Зейгарник Б.В.* Теории личности в зарубежной психологии. М., 1982.
2. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987.
3. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Том 4. № 1. <http://www.consilium-medicum.com/>.
4. *Бройтгам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 567 с.
5. *Губачев Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. 216 с.
6. *Ивлева Е.И., Щербатых Ю.В., Макарова А.Г., Гамачук П.В.* Половые особенности структуры личностных страхов Психология и практика. Ежегодник Российского Психологического Общества. Ярославль. ДИА-пресс. 1995. С. 283–285

7. *Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А.* Головная боль напряжения. Казань: Медицина, 2001. 132 с.
8. *Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург. 1996. С. 67–79.
9. *Макарова О.Ф.* Психология и практика. Ежегодник Российского Психологического общества. – Т. 4, Вып. 5, Ярославль, 1998. С. 62–65.
10. *Дубницкая Э.Б.* Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями. Психиатрия и психофармакотерапия. – Том 2/№ 2/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>.
11. *Дюкова Г.М., Вейн А.М.* Вегетативные расстройства и депрессия. Психиатрия и психофармакотерапия. – №1/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>.
12. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с. (С. 360–376).
13. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика // Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. С. 704–709.
14. *Мельченко Н.И.* Клиническая психология. Самара: Сам ГМУ, 2002. 584 с.
15. *Смулевич А.Б.* Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. Том 2/№ 2/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>

Резюме

А.А. Жоламанова, Г.К. Каусова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(Обзор литературы)

Анализ и оценка психической деятельности больных с хроническими заболеваниями открывает широкий спектр противоречий в развитии человека, отражающих особенности психической жизни больного человека. Изучение этих противоречий необходимы для осуществления психодиагностики и проведения психотерапевтической работы.

Тұжырым

А.А. Жоламанова, Г.К. Каусова

СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

(Әдебиетке шолу)

Созылмалы аурумен ауыратындардың жүйке жүйесінің қызметіне баға беру мен талдау ауру адамның жүйке жүйесіндегі аурудың дамуына қарсы кедергілерге кең жол ашады. Бұл кедергілерді танып – білу аурудың диагнозын анықтау мен оны емдеу жұмыстарын жүргізу үшін де өте қажет.

Summary

A.A. Zholamanova, G.K. Kausova

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC DISEASES

(Review of literatur)

The analysis and estimation of mental activity of patients with chronic diseases opens a wide spectrum of contradictions in development of the person, reflecting features of mental life of the sick person. Studying of these contradictions are necessary for realization of a psychodiagnosis and carrying out of psychotherapeutic work.

УДК 615.851

А.А. ЖОЛАМАНОВА, Г.К. КАУСОВА, Ж.А. КАЛМАТАЕВА

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

(Обзор литературы)

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

Проблема психосоматических соотношений – одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократ и Аристотеля. Психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. В основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы. [1, 2].

Наиболее важную информацию для распознавания психосоматических заболеваний можно получить при выявлении, учете и анализе клинических признаков и знаков – симптомов. Симптомы являются производными заболевания, его частью. Они порождены теми же причинами и патогенетическими механизмами, что и болезнь в целом. Поэтому своими особенностями симптомы отображают и общие свойства самого заболевания, и его отдельные качества [3]. Динамикой симптоматики создается история развития заболевания – не только в прошлом, но и в дальнейшем. На основании знания закономерностей формирования симптомов, их содержания, сочетаний, чувствительности к терапевтическому воздействию можно не только успешно диагностировать психосоматическое заболевание, но и судить о тенденциях его дальнейшего развития. Диагностическая значимость симптома определяется степенью его специфичности [4]. Информационная емкость симптомов неодинакова. Напр., ускорение или замедление темпа мышления, двигательное возбуждение, истощаемость внимания и другие симптомы практически не бывают представлены самостоятельно. Они могут лишь рассматриваться в комплексе с другими, связанными с ними признаками болезни. Истощаемость внимания, бессонница, головная боль, раздражительность, снижение настроения и другие астенические и аффективные симптомы наблюдаются не только при психосоматических заболеваниях, но и при тяжелых соматических, неврологических и психических заболеваниях [5].

Степень специфичности и диагностическая значимость симптома тем больше, чем ближе он к индивидуальным особенностям данного случая. Любой обобщенный симптом малоспецифичен; при его констатации никогда нельзя сказать, о каком заболевании идет речь. Конкретное же заболевание привносит в клиническую картину симптомов свои черты, свои особенности, по которым распознается не симптом вообще, а симптом, свойственный тому или иному заболеванию [6]. Напр., на бессонницу жалуется и больной неврастенией, и больной, страдающий церебральным атеросклерозом, и больной психопатией. Но все эти больные не спят по-разному. Для неврастеника характерна недостаточность внутреннего торможения, определяющая появление раздражительной слабости, нетерпеливости и других симптомов [7]. При слабости

тормозных реакций сон оказывается очень поверхностным, больные на протяжении ночи часто пробуждаются под воздействием незначительных раздражителей. Вполне естественно, что такой сон не дает отдыха.

Больной психозом всю ночь не может сомкнуть глаз. Он ни на минуту не в состоянии отвлечься от своих тягостных переживаний; прошлое кажется ему цепью ошибок, будущее – беспросветно. За ночь больной так измучивается, что к утру, убежденный в безвыходности своего положения, начинает всерьез обдумывать свой уход из жизни. Для больного с церебральным атеросклерозом характерна быстрая истощаемость всех психических процессов, что проявляется слабодушием, неустойчивостью внимания, недостаточностью памяти. Истощаемость сочетается с инертностью реакций, вследствие чего возбужденный событиями дня, разговорами больной долго не может уснуть. Заснув, через 2–3 часа просыпается вследствие истощаемости механизмов сна. Предпринимает отчаянные попытки заснуть снова. Наконец, к 6–7 часам утра засыпает, но вскоре просыпается по звонку будильника [8]. То есть одни и те же психопатологические симптомы в данном случае выглядят по-разному при разных заболеваниях, поскольку существуют различия в патогенезе. Вместе с тем, объединенные единством происхождения, все симптомы одной и той же болезни имеют общие черты.

Отграничение психосоматических расстройств от других заболеваний проводится в двух направлениях – путем дифференциации от соматической патологии и исключения эндогенных психических заболеваний, маскирующихся соматизированными и ипохондрическими проявлениями [8]. Специалист, работающий в области психосоматической патологии, должен быть в достаточной мере осведомлен о клинических проявлениях заболеваний внутренних органов, которые следует дифференцировать от основного. Наибольшие диагностические трудности вызывают соматические и неврологические заболевания, сопровождающиеся (особенно на начальных этапах) стертыми проявлениями (рассеянный склероз, хронические системные инфекции, системные болезни соединительной ткани, альвеолиты). При этом в качестве опорных пунктов, позволяющих исключить соматическое заболевание, выступают такие характерные для соматизированных и конверсионных расстройств признаки, как чрезмерность, экспрессивность, полиморфизм клинических проявлений [8], сочетание различных симптомокомплексов, никогда не встречающихся при одном и том же заболевании [9]; особая динамика (изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения), видоизменение и нарастание симптомов под влиянием новой (и особенно индивидуально значимой) информации [10]. Необходимость в отграничении от соматической и неврологической патологии возникает и при алгиях (цефалгиях, кардиалгиях, алгиях в опорно-двигательной сфере). В случаях цефалгий, сочетающихся с головокружениями, явлениями астазии-абазии или диссоциативными расстройствами, необходимо исключить опухоли мозга, рассеянный склероз, а также поражения базальных ганглиев. Отсутствие признаков топической локализации и изменчивость проявлений на протяжении болезни, а также тесная связь манифестаций алгий с ситуационными и стрессорными факторами свидетельствуют о вероятности функциональной природы страдания [11].

Правильная оценка болевого синдрома, выступающего в рамках соматизированных психических реакций в виде нейроциркуляторной дистонии, позволяет исключать наличие не только ишемической болезни сердца, но и других форм экстракардиальной патологии [Сыркин А. Л., 1992]. При дифференциации «ишемических» и «невротических» болей необходимо знать, что приступ стенокардии обычно для каждого больного стереотипен по всем параметрам: обстоятельства возникновения, характер болей, ло-

кализация, иррадиация [12]. При нейроциркуляторной дистонии эти параметры изменчивы.

В случаях экстракардиальной патологии диагностические ошибки чаще всего возникают при дифференциации нейроциркуляторной дистонии и корешкового синдрома нижней шейной или верхнегрудной локализации. При этом гипердиагностика корешкового синдрома основана на преувеличении клинической ценности рентгенологических изменений соответствующих отделов позвоночника [13]. При отграничении от нейроциркуляторной дистонии должны учитываться локализация боли, определенные болевые точки, связь боли с теми или иными позами и движениями, сопутствующие симптомы (мышечная слабость, цианоз кисти и др.) [14].

При дифференциации психосоматической патологии и суставных болей следует помнить, что алгические проявления при ревматических заболеваниях, как правило, не связаны с неблагоприятными физическими раздражителями (за исключением барометрических влияний), их выраженность не подвержена суточным колебаниям (например, уменьшение боли в ночное время и усиление в утренние часы). Не характерны для рассматриваемой соматической патологии ни свойственные психалгиям повышенная чувствительность при надавливании, ни «мигрирующий» их характер (напр., ломота в плечевом суставе предшествует болям в зоне надколенника, а затем алгические ощущения распространяются на крестцовую область) [15]. Известные сложности представляет отграничение начальных проявлений бронхиальной астмы и так называемого синдрома гипервентиляции, предпочтительного для психических реакций [16]. Для нарушений дыхания при бронхиальной астме характерны «дистанционные» (свистящие, жужжащие) хрипы, изменение соотношения между продолжительностью вдоха и выдоха (более чем 1:1). Синдром гипервентиляции может выражаться в равномерном учащении дыхания, либо в периодических «глубоких вдохах», либо в попеременной смене учащенного, но неглубокого дыхания на замедленное, глубокое [17].

Значительные сложности в плане диагностики может вызвать оценка астенического синдрома. Признаки астении чаще всего обнаруживаются при соматизированных психических реакциях и нозогениях. При этом нельзя упускать из виду возможности соматогенной природы расстройства и наличия эндогенного заболевания [18]. В случаях, когда астения носит стойкий характер и приобретает психопатологическую завершенность, в клинической картине преобладают явления утомляемости, вялости, а не общей психической гиперестезии с повышенной чувствительностью к нейтральным внешним воздействиям, следует исключить миастению и приобретенные миопатии, а также признаки анемии [19].

При клинических проявлениях, способствующих распознаванию того или иного эндогенного заболевания, присоединившегося к соматической патологии, существенную роль играет оценка психосоматических корреляций. В этом плане обращает на себя внимание прежде всего несоответствие проявлений соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания (например, резкое снижение массы тела и нарушение менструального цикла при гипертиреозе, несмотря на незначительное повышение уровня гормонов щитовидной железы в крови; длительные алгии в грудной клетке, не характерные для стенокардии напряжения; стойкая агриппия при отсутствии ночных приступов бронхиальной астмы). Имеет значение также несоответствие между стереотипом развития соматовегетативных расстройств и динамикой соматического заболевания (напр., отсутствие аппетита, персистирующие тошнота и боли в верхней половине живота и другие гастроинтестинальные жалобы при зарубцевавшейся язве желудка и двенадцатиперстной кишки; расстройства

сна, снижение либидо, сохраняющееся в клинической картине, несмотря на успешное лечение гипотиреозидизма) [20].

Проблема исключения циркулярной депрессии может возникнуть при нозогенных аффективных реакциях [21]. Стертые гипотимические расстройства, свойственные ларвированным депрессиям, нередко развертываются и под маской соматовегетативных проявлений, относящихся к патологии внутренних органов. Особые трудности в этом плане представляет «депрессия без депрессии», в клинической картине которой доминируют явления отчуждения базисных витальных влечений – сна, аппетита, либидо, в то время как собственно гипотимия редуцирована [Зеленина Е. В., 1996; Schneider K., 1925]. При разграничении психосоматических и аффективных расстройств в качестве основных могут выступать следующие признаки депрессии: патологически сниженное настроение выражается в подобных случаях, преимущественно феноменами негативной эффективности – апатией, ангедонией; эти проявления гипотимии наряду с другими симптомами депрессивной триады (когнитивными, двигательными) подчинены в своей интенсивности суточному ритму; выявляется типичный содержательный комплекс депрессии (идеи малоценности, виновности, суицидальные мысли). При решении диагностической альтернативы должны также приниматься во внимание свойственные больному на протяжении жизни черты дистимии или хронической гипертимии, а также перенесенные в прошлом аффективные фазы и/или суицидальные попытки [22–23].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Урываев Ю., Бабенков Г. Психосоматические расстройства. М., 1981. С. 7.
2. Парцернак С. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. СПб., 2002. С. 20.
3. Анохин П.К., Судаков К.В. Функциональные системы организма // БМЭ. М., 1985. Т. 26. С. 455–465.
4. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л. и др. Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты, доклад на ОКМ РАМН, 1998 г., RE. Moulder's World.
5. Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. М., 2000.
6. Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Соматика и психика. М., 1998.
7. Франц Александер. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
8. Березанцев А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. 2001. № 5. С. 1–10.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 4. С. 81–97.
10. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. М.: Русский врач, 2000. С. 78–105.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384 с.
12. Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М.: ВНИИМИ, 1980. 68 с.
13. Вуули М.А. У больных ИБС на качество жизни влияет не столько функция сердца, сколько наличие депрессии. – JAMA, 2003 г., Cardiosite.ru
14. Мешков А.П. Функциональные (неврогенные) болезни серд. Нижний новгород, 1999.
15. Довженко Т.В., Майчук Е.Ю. Кардиалгический синдром при сердечно-сосудистых заболеваниях различного генеза. Клинические, психопатологические, терапевтические аспекты. РМЖ, Т. 9, № 25, 2001.
16. Истаманова Т.С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. М.: Медгиз, 1958. 262 с.

17. *Палеев Н.Р.* Болезни органов дыхания: руководство для врачей. – Медицина, 1989. Т. 1, Т. 3.
18. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
19. *Аведисова А.* Терапия астенических состояний // Фармацевтический вестник, 2003.
20. Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М.: ВНИИМИ, 1980. 68 с.
21. Психосоматическая проблема: психологический аспект. М., 1992.
22. *Дубницкая Э.Б.* Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями. Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Том 2. № 2. <http://www.consilium-medicum.com/>.
23. *Дюкова Г.М., Вейн А.М.* Вегетативные расстройства и депрессия. Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. № 1. <http://www.consilium-medicum.com/>

Резюме

А.А. Жоламанова., Г.К. Каусова, Ж.А. Калматаева

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

(Обзор литературы)

В основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Тұжырым

А.А. Жоламанова, Г.К. Каусова, Ж.А. Калматаева

ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛУЫН АНЫҚТАУ ҚИЫНДЫҚТАРЫ

(Әдебиетке шолу)

Жүйке жүйесі ауруларының негізінде адам ағзасындағы құрылымдық өзгерістер мен тұқым қуалаушылықтан бастау алатын эмоциялық қобалжуларға деген реакциясы жатады. Осы сәйкестік зақымданған ағза мен ағза құрылысын таңдауға әсер етуі мүмкін.

Summary

A.A. Zholamanova, G.K. Kausova, Zh.A. Kalmataeva

THE PROBLEM OF DIAGNOSIS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

(Review of literature)

The basis of psychosomatic disease is a reaction to the emotional experience, accompanied by functional changes, and pathological disturbances in the organs. The corresponding susceptibility may influence the choice of striking an organ or system.

УДК 614.039:616.084

Б.А. ОТЕП

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА В СРАВНЕНИИ С СИТУАЦИЕЙ ПО РК

Многопрофильная больница, село Ушқоңыр, Карасайский район

В настоящее время состояние здоровья сельского населения и уровень медицинского обслуживания значительно отстают от требуемых. Объем и качество оказания медицинской помощи не удовлетворяют растущие потребности населения. Ухудшение здоровья населения усугубляется неблагоприятной экологической обстановкой, недостатком в снабжении чистой питьевой водой. Развитие сети учреждений здравоохранения в сельской местности должно осуществляться с учетом характера расселения исходя из целей обеспечения, доступности и своевременности оказания медицинской помощи в каждом населенном пункте, при наличии хорошей дороги, телефонной связи, транспортного обеспечения.

Основным направлением развития системы здравоохранения в ауле является реальное снижение заболеваемости населения посредством повышения качества и доступности медицинских услуг. Реализация этой задачи предусматривается путем совершенствования финансовых инструментов на рынке медицинских услуг, улучшения обеспечения доступа к медицинским услугам жителей села, активизации мероприятий по пропаганде здорового образа жизни.

Статистические данные по заболеваемости населения РК на 2010 г представлены на рис. 1.

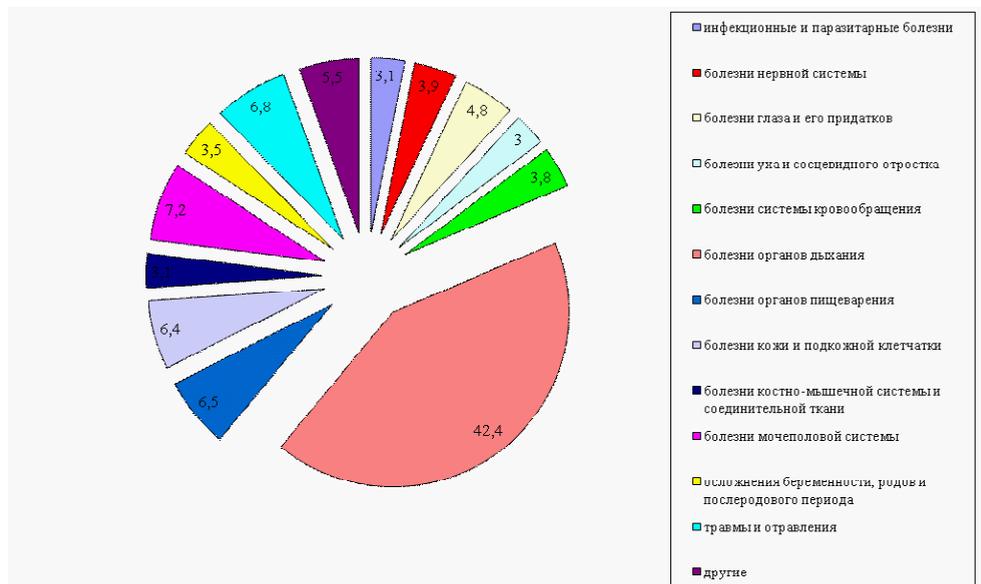


Рис. 1. Структура заболеваемости населения РК в 2010 г.

Для реализации поставленных целей и задач, в первую очередь, необходимо начинать с совершенствования организации терапевтической службы. Необходимо осознавать, что качество и эффективность деятельности системы здравоохранения, прежде всего, зависит от состояния первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1, 2]. ПМСП, специализированная и высокоспециализированная помощи, главным образом, осуществляются терапевтической службами, силами врачей общей практики и семейных врачей, в подавляющем большинстве состоящих из терапевтов и педиатров. Врачи терапевтического профиля составляют самую многочисленную часть среди врачей лечебно-диагностического профиля. Несмотря на успехи медицинской науки в открытии и изобретении новых методов диагностики и лечения наблюдается неуклонный рост терапевтической патологии во всех развитых странах мира.

Для того, чтобы реально представить состояние здоровья населения необходимо ориентироваться на основные эпидемиологические показатели и в зависимости от них проводить реформирование структуры здравоохранения.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют, что в ближайшие годы существенного снижения терапевтической заболеваемости не ожидается, напротив, будет наблюдаться тенденция к увеличению. По данным ВОЗ (2005 г.), показатель преждевременной смертности населения вследствие хронических неинфекционных заболеваний (в возрасте 0–64 года) в Казахстане является одним из первых позиции по величине среди стран Европейского региона, и почти в 5–6 раз выше среднего уровня в странах Западной Европы. Рост показателей общей заболеваемости, первичной заболеваемости, инвалидности и смертности населения вследствие хронических неинфекционных заболеваний актуален во всем мире, что обуславливает активную позицию медицины в этом направлении.

По уровню смертности и инвалидности терапевтические заболевания находятся на первом месте, представляя социальную проблему не только для системы здравоохранения, но и в целом для экономических систем отрасли. Так как, это приводит к снижению и потере трудовых кадровых ресурсов.

Удельный вес смертности населения от терапевтических заболеваний, из года в год растет, и к настоящему времени составляет около 80–85% среди всех причин смертности [3]. Учитывая вышеуказанные факты, можно говорить, что распространенность терапевтических заболеваний может вызывать некоторую угрозу безопасности дальнейшего развития страны, вследствие этого может являться одним из важных стратегических приоритетов решения проблемы здравоохранения.

В силу чрезвычайной актуальности проблемы лечения терапевтических заболеваний во всем мире усиленно ведутся исследования по созданию эффективных лечебно-профилактических программ, превентивных мероприятий при хронических неинфекционных заболеваниях.

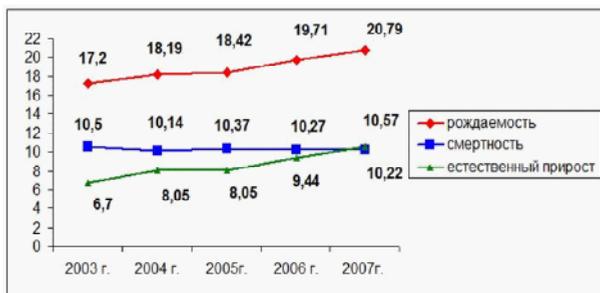


Рис. 1. Динамика демографических показателей (на 1000 человек населения) в Республике Казахстан в 2003–2007 годы

Как видно из рис. 1 за последние годы в Казахстане отмечается повышение уровня рождаемости населения с 18,42 (2005 год) до 20,79 (2007 год), стабилизация показателя смертности – 10,22 (2005 год – 10,37), увеличение коэффициента естественного прироста населения до 10,57 (8,05) на 1 000 населения [4, 5]. По данным показателям в Карасайском районе на 2010–2011 гг. также отмечается снижение рождаемости с 23,3 до 15,3, уровень смертности снизился с 9,4 до 6, естественный прирост снизился с 13,9 до 9,3. В целом можно отметить только значительное снижение рождаемости в сравнении с данными по стране.

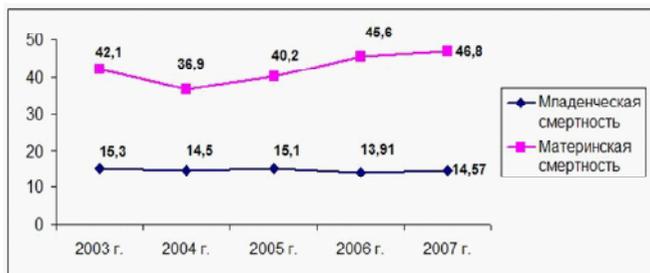


Рис. 2. Динамика показателей материнской (на 100 тысяч живорожденных) и младенческой (на 1000 родившихся живыми) смертности в Республике Казахстан в 2003–2007 годы

Несмотря на тенденцию снижения показателя младенческой смертности с 15,3 на 1000 родившихся живыми (2003 год) до 14,57 (2007 год), этот показатель превышает аналогичные индикаторы развитых стран и большинства стран СНГ. В Карасайском районе уровень младенческой смертности в период 2010–2011 снизился с 10,5 до 7. Хотя в целом размахи показателей по различным СНГ составили от 142,8 до 7,4. В Глобальном индексе конкурентоспособности (ГИК), Казахстан занимает 87 позицию по уровню младенческой смертности с показателем 27,0 на 1 000 родившихся живыми (2007 год), при этом различия статистических данных обусловлены использованием расчетов на основе международных критериев живо- и мертворождения. Структура младенческой смертности соответствует таковой развивающихся стран и обусловлена предотвратимыми причинами (асфиксия, родовые травмы и инфекции). В текущем году в республике закончена реализация отраслевой Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008–2010 годы, в рамках которой введены международные критерии живорождения и мертворождения. В итоге это снизит уровень материнской смертности до 40,0 и младенческой смертности до 24,0 к 2011 году (рисунок 2).



Рис. 3. Динамика показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза (на 100 тысяч населения) в Республике Казахстан в 2003–2007 годы

Как видно из рисунка 3, отмечается снижение показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза (со 147,3 до 126,4 и с 20,8 до 18,1 на 100 000 населения соответственно), однако, эпидемиологическая ситуация остается напряженной. Показатели первичной заболеваемости по Карасайскому району в 2010–2011 гг. составили 101,2 и 68,2 соответственно. В целом ситуация более благоприятная, чем в остальных регионах РК. В рейтинге ГИК Казахстан занимает 94 место по заболеваемости туберкулезом (показатель за 2007 год 130,0) и 111 позицию по влиянию туберкулеза на бизнес. Положительные сдвиги в этом направлении связаны с расширением роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в раннем выявлении туберкулеза (внедрение стимулов за раннее выявление). Кроме того, в 2009 году были усилены меры по принудительному лечению и изоляции больных мультирезистентными формами туберкулеза.

Показатель терапевтической первичной заболеваемости в 2008 году составил 1944,1 на 10 тыс. (о/000) населения, это 45,3% от всей первичной заболеваемости (4287,6о/000) в данном году, и в сравнении с данными 2007 года (1870,9о/000) имеет тенденцию к повышению (в 2004 г. – 2193,0о/000) [5]. Наибольший уровень первичной заболеваемости по терапевтическому профилю в 2008г. как и в предыдущие годы отмечалось в Алматинской (2858,7о/000), Кызыл-Ординской (2813,5о/000), Мангистауской (2500,2о/000) областях, в городах Алматы (2581,6о/000) и Астана (2723,2о/000). По Карасайскому району данный показатель лучше, чем в области и составил 1807,1.

Общая заболеваемость в 2008 г. в Алматинской области составила 700,9 по сравнению с 2007 г. – 663,6, из них взрослых – 551,1 (516,6), подростков – 827,2 (858,5). Одним из важных показателей здоровья населения является уровень заболеваемости социально-значимыми заболеваниями. Отмечается снижение заболеваемости острыми вирусными гепатитами с 45,7 в 2007г. до 44,0 в 2008 г. на 100 тыс. населения, в Карасайском районе положительная динамика – снижение заболеваемости с 52 до 37 (2010 и 2011 гг. соответственно). Заболеваемость по терапевтическим нозологиям в 2008 г. Среди взрослого населения области выглядит следующим образом (в сравнении с 2007г.) на 10 тыс. взрослого населения.

Болезнями крови и кроветворных органов – 215,3 против 225,9 в 2007 г.; эндокринными болезнями, расстройствами питания и обмена веществ – 52,3 против 44,2, в т. ч. сахарным диабетом 20,8 против 16,6; болезни системы кровообращения – 441,7 против 388,0, из них ОРЛ – 0,6 против 0,8; ХРБС – 3,9 против 4,6, АГ – 194,9 против 126,8 в 2006 г., ИБС – 50,3 против 48,9 в 2007 г., ОИМ – 4,5 и 4,3; цереброваскулярные болезни – 15,1 против 16,8; болезни органов дыхания – 1547,7 против 1524,6 в 2007г., в т.ч. пневмонии – 19,4 против 22,3, хронический бронхит и неуточненный, эмфизема – 43,6 против 44,1; бронхиальная астма 3,4 против 3,5; болезни органов пищеварения – 393,8 против 391,4 в 2007 г., в т. ч. язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки – 11,8 против 11,6; нефрологические заболевания в т. ч. гломерулярные болезни 0,8 против 0,5; почечные тубулоинтерстициальные болезни – 122,0 против 111,2 в 2007 году. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению: число посещений к врачам терапевтического профиля в 2008 г. составило 4 193 007, в 2007 г. – 4 008 967, число посещений к врачам терапевтического профиля на 1 жителя – 3,8 и 3,7 соответственно. Дневные стационары в 2008 г. были развернуты при 229 амбулаторно-поликлинических организациях на 1050 койках, где пролечилось 50426 больных, в том числе инвалидов 3502, лиц старше 60 лет – 13 970, больных с сердечнососудистой патологией – 12 276 больных, с заболеваниями органов дыхания – 12 145, с заболеваниями ЖКТ – 5 622, с заболеваниями МПС – 6 338, опорно-двигательного аппарата – 4702. В стационарах на дому пролечилось 21 460 больных (в 2007 г. – 20 400).

Число дневных стационаров при 53 лечебных организациях в 2008г. составляло 190 коек, в которых пролечено 4216 больных, количество дневных стационаров в 2007 г. при 52 лечебных учреждениях – 190 коек, число пролеченных больных за 2007 г. – 4200.

В Карасайском районе при многопрофильной больнице села Ушконыр функционирует дневной стационар. За 2011 г. пролечено 894 пациента, из них женщины составили 521, дети и подростки – 85, ИОВ и УВОВ – 8, пенсионеров – 43.

Нозологическая структура пролеченных в дневном стационаре представлена в таблице 1.

Таблица 1

Нозологическая структура пациентов дневного стационара за 2011 г.

№/№	Нозология	Кол-во пациентов
1	Новообразования	0
2	Болезни крови и кроветворных органов	18
3	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	78
4	Болезни системы кровообращения	337
5	Болезни органов дыхания	274
6	Болезни органов пищеварения	119
7	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4
8	Болезни кожно-мышечной системы и соединительной ткани	19
9	Болезни мочеполовой системы	82
10	Беременность, роды и послеродовый период	1

Как видно из таблицы нозологическая структура в целом сопоставима с ситуацией по Республике.

Резюмируя все вышеизложенное, можно отметить, что по некоторым эпидемиологическим показателям в Карасайском районе эпидемиологические показатели лучше, чем в целом по области. Нозологическая структура практически не отличается от таковой по стране.

В связи с этим, для решения имеющихся проблем и дальнейшего развития системы здравоохранения в нашем районе необходимо:

- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия сельского населения, за счет регулярной санитарно-просветительной работы, улучшения водоснабжения, налаживание взаимосвязей с акиматом района;
- систематическое повышение квалификации медицинских работников сельского здравоохранения. Повышение уровня социальной защищенности молодых специалистов здравоохранения путем их обеспечения жильем;
- повсеместная пропаганда здорового образа жизни и охрана материнства и детства;
- оказание специализированной медицинской помощи больным туберкулезом.

Для достижения наилучших результатов необходимо обеспечить консолидацию, усовершенствование и эффективную реализацию всех межведомственных программ по укреплению здоровья, пересмотр соответствующих отраслевых программ в сторону усиления профилактической направленности. Следует обеспечить необходимые меры по приоритетному развитию ПМСП, утвержденные Государственной программой, в том числе: реализация права граждан на свободный выбор врача, развитие общеврачебной практики, экономическая мотивация развития кадров ПМСП, развитие конкуренции в этом секторе и другие. Необходимо внедрение принципов пациент-ориенти-

рованной помощи на уровне ПМСП (развитие патронажа на дому, домашние, дневные «стационары», «горячие» линии в амбулаториях), реализация программ по снижению социально значимых заболеваний, а также достижение конечных результатов.

В итоге увеличится средняя продолжительность жизни, снизится бремя болезней и распространенность поведенческих факторов риска.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аканов А.А.* Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010–2015 годы. Астана, 2006. 243 с.

2. *Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К.* Общественное здравоохранение в Казахстане: Концепция, проблемы и перспективы. Алматы, 2001. 100 с. World Health Statistics Quarterly. / WHO-1988. Vol. 41. № 3/4. P. 275.

3. World Health Statistics Quarterly. /WHO-2000.

4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 1989–2009 годах (стат. материалы). Алматы, 1989–2009.

5. Терапевтическая служба Республики Казахстан: показатели, тенденции, проблемы, научно обоснованные подходы к совершенствованию, современные модели профилактической системы здравоохранения. Алматы, 2010. 312 с.

Резюме

Б.А. Өмен

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА В СРАВНЕНИИ С СИТУАЦИЕЙ ПО РК

В статье показаны сравнительные эпидемиологические показатели Карасайского района и РК в целом. Отмечено, что качество и эффективность деятельности системы здравоохранения, прежде всего, зависит от состояния первичной медико-санитарной помощи. Представлены показатели дневного стационара при многопрофильной больнице села Ушкөңыр. Предложены меры по дальнейшему совершенствованию оказания медицинской помощи в районе, развитию профилактического направления.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-002.5(574.54)

К.П. САДИКОВА

ТУБЕРКУЛЕЗ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Кызылорда

Анализ современного состояния эпидемиологической ситуации по туберкулезу отражает заболеваемость туберкулезом в Кызылординской области.

Для населения Аральского региона туберкулез представляет небывалые страдания. Оно связано с создавшейся эпидемиологической ситуацией.

Высыхание Арала – большая экологическая катастрофа, создавшая кризисную ситуацию во всем Среднеазиатском регионе и в Казахстане, обернувшаяся жизненной трагедией для миллионов людей, животного мира и природного ландшафта. Экологическое и социальное неблагополучие в регионе в первую очередь пагубно отразилось на здоровье населения, особенно на здоровье женщин и детей.

Учеными Республики Казахстан доказано, что экологическая катастрофа в регионе Приаралья, особенно в Кызылординской области, является одной из причин роста числа многих заболеваний, в т. ч. туберкулеза. Высокое содержание в воздухе пылесосных частиц и загрязнение питьевой воды ведет к снижению иммунитета населения, ослаблению организма, что нередко ведет к повышению восприимчивости инфекции организмом человека.

До внедрения программы ВОЗ эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Кызылординской области была критической, в 1999 году заболеваемость на 100 тыс. населения составляла 291,4; на 100 тыс. населения в Республике 141,0 на 100 тыс. населения; смертность от туберкулеза составляла 47,6 при показателе РК 38,4 на 100 тыс. населения.

Целью исследования явилась оценка основных эпидемиологических показателей по туберкулезу (заболеваемости общей, детей, подростков), а также смертности от туберкулеза.

Статистика показывает, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу из года в год по области стабилизируется.

Материалы и методы: районные, городской и областной противотуберкулезные диспансеры с показателями деятельности.

Противотуберкулезная помощь населению оказывается сетью противотуберкулезных учреждений, стационарных коек по области насчитывается на начало 2012 года 925. В ноябре 2011 года по области была проведена реструктуризация противотуберкулезных коек, в связи с чем было сокращено с 1085 до 925 коек.

В области построены и работают четыре новые противотуберкулезные диспансеры в Аральском, Казалинском, Кармакшинском и Сырдарьинском районах. Для принудительного лечения больных, уклоняющихся от лечения, при городском противотуберкулезном диспансере имеется отделение на 30 коек. Для лечения мультирезистентных больных при облтубдиспансере и гортубдиспансере имеются 2 отделения, рассчитанных на 110 коек.

Взрослый областной противотуберкулезный санаторий, функционирующий в Жанакорганском районе, в 2010 году был расширен с 80 до 200 койко-мест.

Противотуберкулезная помощь детскому населению оказывается сетью противотуберкулезных учреждений. При облтубдиспансере имеется 80 коек для лечения детей и подростков, функционируют 2 санаторные школы-интернаты на 600 мест в г. Кызылорда и в Аральском районе, а также имеются 15 детских санаторных садиков на 1545 мест.

Детский противотуберкулезный санаторий областного значения рассчитан на 100 мест и обслуживает как детей, так и подростков.

Результаты и обсуждение. Анализ показал, что в динамике за последние годы заболеваемость и смертность от туберкулеза снизилась.

Тем не менее в Кызылординской области сохраняется опасная тенденция роста устойчивых форм туберкулеза. По области осуществляется большая программа обучения специалистов противотуберкулезных учреждений и врачей общей лечебной сети. В областном противотуберкулезном диспансере функционирует постоянно действующий курс обучения для медработников области. Обучение проводят сами специалисты облтубдиспансера, специально обученные методам клинического преподавания.

Эффективная борьба с туберкулезом в области позволила улучшить эпидемиологическую ситуацию и добиться значительных успехов. Сравнительный анализ показателя заболеваемости населения туберкулезом по итогам 2008–2011 годов свиде-

тельствует о ее снижении в целом по республике на 23,9%, по области – на 33,3%, рисунок 1.

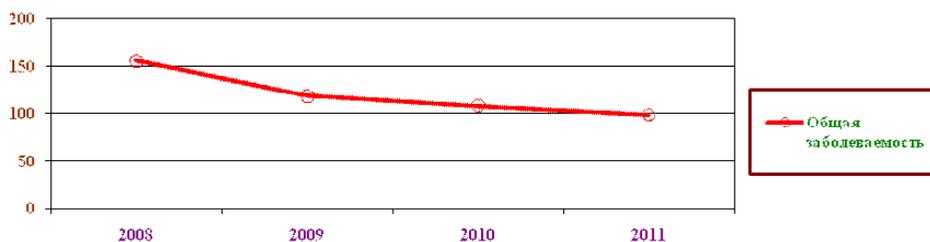


Рис. 1. Показатели заболеваемости туберкулезом населения по Кызылординской области за 2008–2011 гг.

Важным индикатором эпидемиологической ситуации является заболеваемость детей. Отмечается темп снижения заболеваемости детей как по республике, так и по области. Темпы снижения показателя заболеваемостью туберкулезом среди детей по республике составляют – 28,8%, по области – 4,9%, рисунок 2.

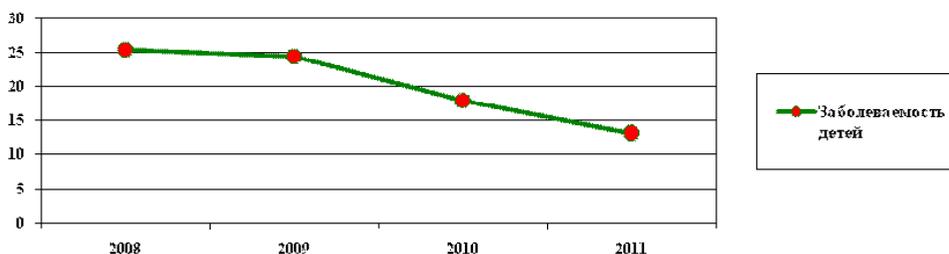


Рис. 2. Показатели заболеваемости туберкулезом детского населения по Кызылординской области за 2008–2011 гг.

По области также отмечается тенденция снижения заболеваемости туберкулезом среди подростков. Темпы снижения данного показателя по республике составляют 13,7%, а по области – 27,9%, рисунок 3.

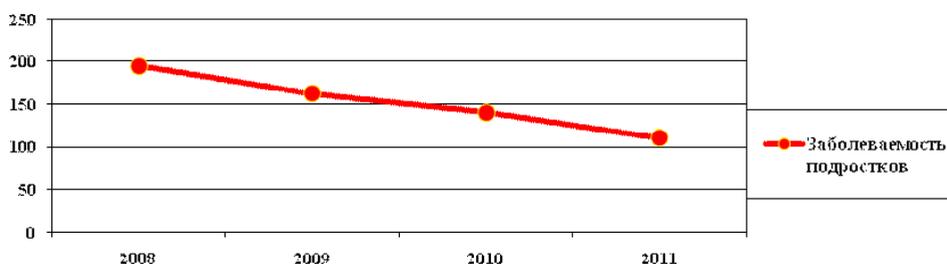


Рис. 3. Показатели заболеваемостью туберкулезом подростков по Кызылординской области за 2008–2011 гг.

Одним из важных показателей, отражающих эпидемиологическую обстановку в области, является смертность от туберкулеза.

Данный показатель за период 2008–2011 гг. уменьшился с 19,5 до 9,3 на 100 тыс. Темпы снижения показателя смертности от туберкулеза по сравнению с 2008 годом составил 52,3%.

По республике данный показатель снизился с 16,9 до 10,6 на 100 тыс. населения и составил 39%, рисунок 4.

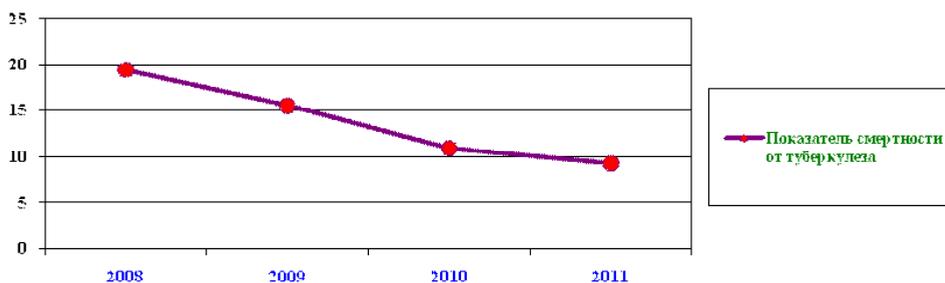


Рис. 4. Показатели смертности от туберкулеза в Кызылординской области за 2008–2011 гг.

Успех лечения больных туберкулезом обеспечивается системой постоянного контроля по приему противотуберкулезных препаратов пациентами. С этой целью в области выделено 65,75 штатных ставки химизаторов, укомплектованных 103 физическими лицами, для амбулаторных больных.

Региональная программа по борьбе с туберкулезом в Кызылординской области позволила улучшить финансирование здравоохранения, усилить социальную защиту больных туберкулезом, наладить лечение больных, уклоняющихся от лечения, и мультирезистентных больных.

Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу показывает, что в последние годы в области основные эпидемиологические показатели по туберкулезу из года в год стабильно снижаются.

Нас поддерживают такие авторитетные организации, как ВОЗ, Глобальный фонд, Международная Федерация Красного Креста и Красного Полумесяца, Американского Красного Креста, СиДиСи, ЮСАИД, Немецкий банк развития и др.

С повестки дня не снимаются такие проблемы как укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, обеспечение их современным диагностическим медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом.

Таким образом, в Кызылординской области за последние три года отмечаются положительные сдвиги в организации противотуберкулезных мероприятий. Стабилизация и некоторое снижение официальных эпидемиологических показателей, а именно снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза в области, свидетельствует об успешной реализации Программы борьбы с туберкулезом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маханова С., Шарипова М.А. Садикова К.П. Развитие и становление противотуберкулезной службы // Фтизиопульмонология. 2011. № 1 (18). С. 93–96.
2. Fabio Scano. Остановить туберкулез. Политика ВОЗ по инфекционному контролю ТБ в учреждениях здравоохранения, в местах массового скопления людей и домашних условиях. Женева, 2009. С. 15–16.
3. Джоана Годинью, Ян Вин, Масуд Дара, Джеймс Черконе, Хосе Пачеко. Остановить туберкулез в Центральной Азии. Вашингтон. 2005. С. 3–26.
4. Нуржанов Г.К. Кайсарбеков М.Б. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детей в г. Сарыгаше ЮКО // Фтизиопульмонология. 2005. № 2 (8). С. 29–32.

Резюме

К.П. Садикова

ТУБЕРКУЛЕЗ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье дана оценка основных эпидемиологических показателей заболеваемости по туберкулезу Кызылординской области (заболеваемости общей, детей, подростков), а так же смертности от этого заболевания.

Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)

УДК 616-002.5

Ұ.М. САРИЕВА

КЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ БОЙЫНША 2006–2008 жж. АРАЛЫҒЫНДА МУЛЬТИТҰРАҚТЫ ТУБЕРКУЛЕЗ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ЕМ ТИІМДІЛІГІНІҢ БАҒАЛАУ

Қызылорда облыстық туберкулезге қарсы күрес диспансері

Бүгінгі таңда туберкулезбен алғаш рет және қайталап ауырғандар арасында туберкулез таяқшасының дәрілерге төзімді түрінің көбеюі аурудың өту деңгейіне, ем нәтижесіне орасан ықпал жасайтыны бірден-бір негізгі маңызы бар мәселенің бірі болуда [1–5].

Қызылорда облысы бойынша 2006–2008 жж. аралығында мультитұрақты туберкулезбен тіркелуі біртіндеп жоғарылау қарқыны байқалады. Оның ішінде зертханалық тұрғыда дәлелденген түрінің көбеюі орталықтандырылған зертхананың жаңа үлгідегі құрал жабдықтармен қамтамасыз етілуі нәтижесінде зертхана жұмысының жақсаруымен түсіндіріледі.

Кесте 1

Облыс бойынша 2006–2008 жж. мультитұрақты туберкулезбен тіктелесі

жылдар	IV санатқа тіркелгендер				
	барлығы	зертханалық дәлелденген мультитұрақтылық		күмәнді мультитұрақтылық	
		саны	%	саны	%
2006	255	165	64,7	90	35,3
2007	371	267	71,9	104	28,1
2008	390	346	88,7	44	11,3

Жалпы тіркелген МТТ науқастарының 14,5–25,3% жаңа жағдаймен тіркелгендер үлесін құраса, 49,4–65,3% қайталамалы туберкулезден және 5,9–7,4% созылмалы туберкулездер үлесіне тиеді.

2006–2008 жж. тіркелген МТТ науқастарының типіне байланысты жіктелісі

Жыл	Тіркелген науқастар	Жаңа жағдаймен			Қайталамалы			Ем тәртібін бұзушы			Ем сәтсіздігі			Созылмалы жағдай	
		барлығы	ТТ оң	ТТ теріс	барлығы	ТТ оң	ТТ теріс	барлығы	ТТ оң	ТТ теріс	барлығы	ТТ оң	клиника ренггендік өршу	абс	%
2006	255	14,5	28	9	65,3	64	77	9,4	21	3	13,4	29	5	19	7,4
2007	371	14,6	38	16	55,7	133	74	11,3	33	9	12,7	45	2	21	5,7
2008	390	25,3	55	44	49,4	151	41	7,1	25	3	12,3	46	2	23	5,9

Облыс бойынша резервті емге алынған жаңа жағдаймен тіркелген мультитұрақты науқастар арасында ем тиімділігі 2006 және 2007 жылдарда 90,9% құраса, 2008 жылы 86,4% құрады. Ал қайталамалы жағдайдан 2006 жылы 88,3% болса, 2008 жылы 85,4% аздап төмендеу қарқыны байқалды. Бұл қайталамалы типтен алынғандар арасында «ем сәтсіздігі» нәтижесінің артуымен түсіндіріледі және осы науқастарда зертханалық II қатарлы дәрілерге сезімталдықты анықтау барысында кең ауқымды тұрақтылық дәлелденді.

Жаңа жағдаймен және қайталамалы мультитұрақтылықпен ем нәтижесі

Тіркелу типі	Жылдар	Резервті қатар дәрілері тағайындалғаны	Жазылды	Емін аяқтады	Ем сәтсіздігі	Емі үзілген	Қайтыс болған	Ауыстырылған	Ем тиімділігі
			%	%	%	%	%		
Жаңа жағдайдан	2006	44	70,4	20,5	0,0	6,8	0,0	2,3	90,9
	2007	33	51,5	39,4	0,0	9,1	0,0	0,0	90,9
	2008	44	59,1	27,1	2,3	4,6	2,3	4,6	86,4
Қайталамалы жағдайдан	2006	48	75,0	10,4	8,3	2,1	4,2	0,0	88,3
	2007	28	60,7	17,9	7,1	14,3	0,0	0,0	78,6
	2008	48	62,5	22,9	2,5	0,0	2,1	0,0	85,4

Ал «ем тәртібін бұзушылар» арасында резервті емге алынғандардан салыстырмалы ем нәтижесі төмен, яғни 2006 жылы 42,9% болса, 2008 жылы 66,6% аралығында болды. Сонымен бірге резервті емге көрсетілімдер кеңейтіліп емге алынған созылмалы науқастар арасында ем тиімділігі 53,3–77,8% аралығында бағаланды.

Емге алынған науқастардың құжаттары ОДКБК отырысында әрбір 3 ай сайын бағаланып, емнің аралық нәтижелері де шығарылды. Аралық нәтижеге емнің 6 айындағы бактериоскопиялық қақырық сараптамасы мен жағынды егу нәтижелері алынды.

Жаңа жағдаймен тіркелгендер арасында бактериоскопиялық әдіспен конверсия 87,0%-дан 89,5% аралығында болса, егу әдісімен 90,9–91,8% аралығында болды.

Резервті емге 2006–2008 жж. алынған науқастардың өкпе ойығының консервативті және ота жасау әдістерімен жабылу көрсеткіштері

Жылдар	Емге алынған барлық науқастар	Оның ішінде өкпе ойығымен тіркелгені		Өкпе ойығының жабылуы		Оның ішінде			
						Консервативті әдіспен		Ота жасау әдісімен	
		саны	%	саны	абс	саны	%	саны	%
2006	166	134	80,7	95	70,9	91	95,7	4	4,3
2007	121	93	76,8	63	67,7	51	80,9	12	19,1
2008	158	129	81,6	104	65,8	89	85,6	15	14,4

Науқастардың қарқынды ем кезеңінің ұзақтығы тек бактериоскопиялық және егу әдістерімен конверсия болумен ғана бағаланған жоқ, сонымен бірге рентгендік және науқастың клиникалық жағдайларымен, асқынулар мен қосалқы ауруларының өрбуіне тікелей байланысты жүргізілді.

Динамикалық бақылау науқастардың өкпедегі ойық көлемінің кішірейіп жабылуына да жүргізілді, яғни 2006 жылы емге алынғандар арасында өкпе ойығы 80,7 пайызда болса, 2007 жылы 76,8%, ал 2008 жылы 81,6 пайызда анықталды. Өкпе ойығының жабылуы жалпы 65,8–70,9 пайыз аралығында болса, консервативті жолмен 80,9–95,7 пайызы жабылса, ота жасау арқылы ойық жабылуы сәйкесінше 4,3–19,1 пайызды құрады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. ҚР. ДСМ-нің 25.04.11 жылғы № 218 «Туберкулезбен күрес жөніндегі кейбір мәселелер» туралы бұйрығы.

2. Майкл Рич, Питер Цигельски. Причины лекарственной устойчивости при туберкулезе // Руководство ВОЗ по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. 2007. С. 5–8, 75–85.

3. Пасечникова А., Майкл Л. Рич. Обследование и мониторинг пациентов, проходящих курс лечения // Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. 2007. С. 35–98.

4. Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М., Берикова Э.А. Механизм развития и причины МЛУ ТБ, эпидемиология МЛУ ТБ // Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан. НЦПТ, 2009. С. 11–15.

Тұжырым

Ұ.М. Сариева

**ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ БОЙЫНША
2006–2008 жж. АРАЛЫҒЫНДА
МУЛЬТИТҰРАҚТЫ ТУБЕРКУЛЕЗ НАУҚАСТАРЫНЫҢ
ЕМ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

Мақалада мультитұрақты туберкулез және қайталамалы MDR, «қолайсыз жағдай» типі жағдайындағы науқастарды емдеу тиімділігінің нәтижесі берілген.

АДЕКВАТНОСТЬ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. АЛМАТЫ

ГКП на ПХВ «Поликлиника Карасайского района»

В последнее время резко возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи [1–2]. Прогрессирующий рост у молодежи венерических и гинекологических заболеваний, частоты случаев асоциального полового поведения (половой распущенности, проституции, сексуальной агрессивности), появление новых форм инфекций, бесплодие заставляют не только обратить внимание на проблему нравственно-полового воспитания, но и искать конкретные пути формирования ценностного отношения к репродуктивному здоровью [3–5]. Те меры, которые предпринимаются государством для улучшения демографической ситуации, будут эффективны только при условии достаточной подготовленности молодого поколения их воспринять. Отсюда – повышенное внимание к формированию осознанного репродуктивного поведения молодежи.

Исследования последних лет свидетельствуют о значительном «омоложении» поколения, имеющего опыт сексуальных контактов. Но меры социальной поддержки раннего полового созревания молодежи до сих пор отстают от реальных процессов.

Особую озабоченность вызывает высокий уровень абортот среди молодежи. Среди причин материнской смертности доля смертности по причине аборта составляет 24,0%. Если учесть, что более 50% абортот влекут за собой ранние или поздние осложнения, то при отсутствии действенных мер по снижению числа абортот при первой беременности имеет место реальная угроза потери здоровья будущего населения страны [6–7].

Наиболее остро стоит проблема формирования адекватного контрацептивного поведения девушек, получающих высшее образование. Заинтересованность в успешном окончании учебы, карьерные устремления в большинстве случаев, заставляют их откладывать рождение ребенка, по крайней мере, до окончания вуза. Следовательно, их контрацептивное поведение должно быть оптимизировано в отношении условий жизни и перспектив как карьеры, так и репродукции.

В связи с тем, что проблема контрацептивного поведения девушек-студенток носит комплексный медико-социальный характер, ее исследование перспективнее всего проводить в категориальном поле социологии медицины.

Цель исследования – определить социальные параметры отношения к контрацепции студенток вузов и разработать рекомендации по оптимизации их контрацептивного поведения. Объект исследования – девушки-студентки разных вузов.

Проведено анкетирование медико-социального обследования и изучения репродуктивного поведения студенток в рамках исследовательской программы «Здоровье и репродуктивное поведение молодежи». Основной базой исследования послужил г. Алматы, имеющий множество образовательных учреждений разного типа. Общее количество студенток составляет 2600 чел., обучающихся на разных факультетах различных вузов. Условиями анкетирования были добровольность участия и анонимность. При этом опрос проводился среди студенток как медицинского, так и немедицинских вузов с целью сравнительной оценки уровня информированности студенток о состоянии репродуктивного здоровья, особенностях сексуального пове-

дения. В медицинском вузе проведено анкетирование 1-го и 5-го курсов, клинических ординаторов и интернов.

Большинство девушек уже ведут половую жизнь. По анкетам видно, что это число возрастает с первого до последнего курса, но в данном случае этот параметр не имел значения для нашего исследования, поэтому мы ограничились рассмотрением средних значений. Большинство девушек имели первый половой контакт с хорошо знакомым человеком, что говорит о рациональных установках в сфере репродуктивного поведения. Такие установки ярче выражены у студенток медицинского института – у них не было первого полового контакта с незнакомым человеком, и практически никто не вступал в него случайно (0,5%). Среди студенток медицинского вуза 2,6% имели первый половой контакт после регистрации брака.

Будущие врачи склонны считать оптимальным возрастом для начала половой жизни 19–20 лет (41%), тогда как далекие от медицины студентки других вузов склоняются к более ранним срокам – 17–18 лет (49,3%) ($P < 0,001$). Кроме того, они в меньшей степени признают за женщиной право начинать половую жизнь тогда, когда она хочет, независимо от возраста (10,2% по сравнению с 30,8% у студенток медвуза). Установки на рациональное репродуктивное поведение проявляются яснее всего в ситуации предохранения/непредохранения при первом половом контакте. Достаточно высокий уровень подготовленности к половой жизни проявило большинство респонденток. Только 2% студенток медицинского вуза и 8,9% студенток остальных вузов не использовали методы контрацепции при первом половом контакте ($P < 0,01$).

Опрос выявил нестабильность половой жизни респондентов в настоящее время. Правда, эти данные носят не интерпретационный, а иллюстративный характер, поскольку мы получили очень мало ответов на данный вопрос.

Нас, естественно, интересовало отношение респондентов к прерыванию беременности. Студентки медицинского вуза заняли более лояльную позицию в отношении допустимости аборта – 24,6% из этой группы респондентов считают его допустимым, в то время как в немедицинских вузах таких только 11%. Категорически против абортов выступает 25,8% студенток немедицинских вузов и только 15,6% студенток-медиков ($P < 0,001$). А 20,8% среди них считают возможным только аборт по медицинским показаниям. В то же время они чаще признаются, что не задумывались над этой проблемой (6,5% против 2,6% в медицинском вузе) ($P < 0,05$).

Респонденты активно откликнулись на вопрос о профилактике абортов, хотя активнее опять были немедики. Выяснилось, что студентки медицинского вуза не доверяют в данном вопросе средствам массовой информации, предпочитают научный подход – лекции в вузе (35,8%), беседы в женской консультации (24,7%), они также не очень надеются на индивидуальную работу гинекологов с пациентками в этом вопросе (4,6%). Студентки немедицинских вузов отметили все возможные виды профилактической работы по снижению числа абортов, высоко оценив в отличие от своих коллег из медицинского вуза индивидуальную работу врача с пациенткой (21,8%) и роль СМИ (совокупно – 49,8% ответов в пользу ТВ, радио, газет и журналов).

Для получения общей картины отношения к гормональным контрацептивам девушек-студенток необходимо было прежде всего выяснить, какой процент респонденток использует их в настоящее время. Результаты были неутешительными – их использовали всего 5% студенток немедицинских вузов и 25% студенток-медиков.

Студентки немедицинских вузов продемонстрировали достаточно большой разброс мнений об эффективности гормональных контрацептивов, что свидетельствует об их слабой информированности в данном вопросе. А студентки медицинского вуза

очень четко определили свое отношение к ним из 28% ответивших на вопрос 28,9% поставили этому виду контрацепции «пятерку».

Мы сравнили опыт использования гормональных контрацептивов с опытом использования презервативов и опытом использования прерванного полового акта в качестве средств контрацепции.

Оказалось, что и в прошлом, и в настоящем презервативы используются чаще всего. Важно отметить негативную позицию студенток медицинского вуза по отношению к прерванному половому акту как средству контрацепции, что также подчеркивает их более рациональное отношение к ней, чем у студенток немедицинских вузов.

Источники информации о гормональных контрацептивах и их свойствах для студенток медицинского вуза распределяются в основном в достаточно узком поле. Значительное место здесь принадлежит научной литературе (20,6%), врачу женской консультации (18,2%) и подругам (18,2%). Информация студенток немедицинских вузов носит более случайный и пестрый характер.

Устойчивость установок на контрацептивное поведение была зафиксирована и при ответах на вопрос о причинах, по которым девушка могла бы решиться на аборт. Подавляющее большинство (47,2% в немедицинских вузах и 59,3% в медицинском) согласны прервать беременность только по медицинским причинам ($P < 0,05$). Нужно отметить, что медицинские показания для проведения аборта вполне могут присутствовать в жизни наших респонденток, поскольку, как мы выяснили в ходе опроса, многие из них перенесли гинекологические заболевания или на данный момент страдают ими. Набор заболеваний у студенток медицинского вуза значительно меньше, что вполне объяснимо их профессиональной ориентацией и, следовательно, особым вниманием к своему здоровью. Но те, которые представлены, имеют достаточно большое распространение в данной группе: кандидоз – 30%, нарушения менструального цикла – 15,2%, эрозия – 11,2%. У студенток немедицинских вузов палитра заболеваний гораздо богаче, но уровень заболеваемости гораздо ниже.

Таким образом, установлено следующее: респонденты, имеющие регулярные половые контакты, предпочитают в качестве основных средств контрацепции – гормональные оральные контрацептивы и презервативы; девушки, не имеющие постоянных половых контактов, отдают предпочтение презервативам; около 65% респондентов при выборе КС ориентируются на советы знакомых, подруг, родственников или на собственные убеждения; только 15% девушек прислушиваются к рекомендациям врача-акушера-гинеколога и около 11% – к советам фармацевтов. Для повышения эффективности профилактических мероприятий в отношении абортов среди студенческой молодежи разработать и внедрить в каждом вузе 5-летнюю комплексную программу санитарно-просветительных мероприятий для систематического, координированного, профессионально грамотного информирования девушек с использованием имеющихся СМИ, различных видов печатной продукции с учетом профиля вуза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудина О.Л. Оказание медицинской помощи девочкам-подросткам с нарушениями репродуктивной системы // Методические рекомендации: БелМАПО. 2005. 28 с.
2. Смоленко Е.Д. Репродуктивная культура женщин // Учебно-методич. материалы. Витебск: ВГУ им П.М. Машерова. 2005. 60 с.
3. Reproductive health research: the new directions: Biennial report, 1996–1997 // WHO; Ed. by J.Khanna, P.F.A. Van Look. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Geneva. 1998. 162 с.

4. Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шаранова Е.И. и др. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. Казань, 2001. С. 247.

5. Баласанян В.Г. Медико-социальные и этические проблемы лечебно-профилактической помощи девочкам с патологией репродуктивной системы // Автореф. дис. д-ра мед. наук. СПб., 1998. 46 с.

6. Стародубов В.И. Современные тенденции в состоянии здоровья в России // Вестник РАМН. 1999. № 9. С. 7–11.

7. Прилепская В.Н., Косарева Е.А. Репродуктивное поведение у женщин: современные тенденции (обзор литературы) // Контрацепция и здоровье женщины. 2000. № 2. С. 18–25.

Резюме

З.М. Мамедова

АДЕКВАТНОСТЬ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. АЛМАТЫ

В данной статье приводятся сведения о контрацептивном поведении студенток вузов. Установлено, что для повышения эффективности профилактических мероприятий в отношении абортс среди студенческой молодежи разработать и внедрить в каждом вузе программы санитарно-просветительных мероприятий с использованием имеющихся СМИ, различных видов печатной продукции с учетом профиля вуза.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 614.2

К.М. КОЖАСОВА, А.М. МАЗБАЕВА, О.П. СОЛОВЬЕВА, Б.К. ТЮЛЕГЕНБАЕВА

РОЛЬ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК

Городская поликлиника № 9, городская клиническая больница № 5, г. Алматы

Грань между ошибкой и халатностью в медицине как нигде стерта, и даже в странах с широко развитой практикой судебных разбирательств в медицине доказать вину медицинского работника в смерти или нанесении непоправимого вреда здоровью пациента считается делом сложным и постоянно вызывающим дискуссии как среди медицинских работников, так и в обществе.

Деятельность экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) сосредоточена на изучении качества выполнения медицинских технологий, адекватности использования имеющихся ресурсов (эффективности лечения), оценке степени риска опасности травмы или заболевания в результате медицинского вмешательства (ятрогении) и анализе удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием.

По определению группы экспертов ВОЗ, «гарантией КМП является обеспечение каждому больному такого комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и техники и такими биологическими факторами, как возраст, тяжесть основного заболевания, характер сопутствующей патологии, реакция на выбранный метод лечения; максимальным должно быть взаимодействие пациента с системой медицинской помощи и полученными результатами; для достижения последних должны быть привлечены минимальные средства; минимальным должен быть и риск дополнительного травмирования или утраты трудоспособности вследствие врачебного вмешательства».

В задачу экспертизы входит решение вопросов о наличии или отсутствии дефектов диагностики и лечения, выяснение связанных с ними последствий для больного; установлении прямой причинной связи между действием или бездействием медработника и наступившими вредными последствиями; соблюдении или нарушении соответствующих правил, инструкций и наставлений.

На сегодня мы имеем более 600 протоколов диагностики и лечения по наиболее часто встречающимся заболеваниям, которые предназначены не столько для объективизации контроля, сколько для доведения до врачей методов с доказанной эффективностью, наиболее действенных схем лечения.

В Национальном центре экспертизы лекарственных средств открылся и работает в сотрудничестве с международными организациями центр мониторинга побочных действий лекарственных средств.

Все это при определенном успехе проводимых мероприятий должно снизить остроту медицинской темы в обществе, которая сейчас имеет место.

Объектом экспертизы является качество медицинской помощи (КМП), отраженное в документах, субъектом – врач, обладающий высоким уровнем профессиональных знаний по разделу медицинской помощи (кардиология, нефрология, неонатология и т. д.) и специфике ее оказания на том или ином этапе (догоспитальном, стационарном, амбулаторно-поликлиническом).

Для решения задач по профилактике нарушений профессиональных обязанностей и медицинских ошибок:

- необходимо на всех уровнях создавать службы рассмотрения жалоб пациентов, недовольных качеством лечения или пострадавших от ошибки врача. Это поможет решить на месте многие проблемы, которые, как правило, только усугубляются при отсутствии понимания и сочувствия со стороны медицинских работников;

- во избежание повторения подобных ошибок, для предотвращения их в дальнейшей медицинской практике такие случаи должны систематически детально разбираться на клинко-анатомических конференциях;

- уменьшению врачебных ошибок будет способствовать систематическое повышение квалификации врачей, особенно в процессе повседневной работы;

- руководители организаций и местных органов управления должны создавать надлежащие условия для оказания медицинской помощи;

- необходимо принятие мер по повышению юридической грамотности врачей и медицинских сестер, а также по совершенствованию нашей нормативной базы в плане детализации механизма защиты как пациентов, так и медицинских работников;

- существование информационно-познавательного портала позволит обеспечить единую точку доступа населения к информационным ресурсам здравоохранения, будет предусмотрена возможность обсуждения на форуме актуальных тем для специалистов, организации любых типов встреч в виртуальном пространстве, начнется формирование электронных библиотек с удобной системой поиска необходимой информации;

- в целях совершенствования и приближенности к национальной системе здравоохранения периодические протоколы диагностики и лечения заболеваний и в дальнейшем с определенной периодичностью подвергать дополнениям и изменениям на основе анализа эффективности их практического применения и в соответствии с требованиями международных стандартов;

- в перспективе необходимо развить внешний контроль со стороны профессиональных медицинских ассоциаций, страховых компаний, медицинских и попечительских советов, обществ защиты прав пациентов;

– экспертиза качества медицинских услуг должна стать прерогативой независимых экспертов, неправительственных профессиональных организаций и страховых компаний. Необходимо наделить профессиональные медицинские ассоциации широкими полномочиями в части осуществления аккредитации субъектов здравоохранения, аттестации и категорирования медицинских кадров;

– необходимо наладить взаимосвязь и взаимодействие внутреннего контроля, государственного контроля и независимой экспертизы медицинской деятельности, посредством которой будет обеспечена единая система контроля качества медицинских услуг.

Резюме

К.М. Кожасова, А.М. Мазбаева, О.П. Соловьева, Б.К. Толегенбаева

РОЛЬ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК

Обсуждаются задачи и объекты экспертизы и решение задач по профилактике нарушений профессиональных обязанностей врачей и медицинских ошибок.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 618.3

А.Н. АЙГЫРБАЕВА

РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Центр первичной медико-санитарной помощи «Кулагер», г. Алматы

Экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным фоном развития беременности, который влияет на возможности адаптационных механизмов, а также усугубляет все осложнения, возникающие во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Задачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является выполнение одного из семи долгосрочных приоритетов Национальной стратегии «Казахстан-2030» – улучшение здоровья женщин и детей. Раннее выявление экстрагенитальной патологии в условиях первичной медико-санитарной помощи важно для профилактики акушерской патологии у женщины и перинатальной патологии у новорожденных, т. к. экстрагенитальные заболевания значительно повышают риск предстоящих родов. Работа специалистов первичного звена направлена на подготовку семейных пар к предстоящей беременности, на оказание населению консультативной и высококвалифицированной помощи по вопросам профилактики непланируемой беременности и выявлению экстрагенитальной патологии, медицинской помощи подросткам.

В настоящее время при большинстве экстрагенитальных заболеваний возможно благополучно провести беременность и роды при условии правильного наблюдения за женщиной во время беременности, а при необходимости – назначении специального лечения. Частота экстрагенитальной патологии довольно велика. По данным различных авторов, анемия наблюдается у 7–8% беременных, заболевания почек – у 6–7%, а также встречаются гипертоническая болезнь, диабет, заболевания желудочно-кишеч-

ного тракта и гепатобилиарной системы и т. д. Экстрагенитальная патология в среднем диагностируется у 25–30% беременных.

Диспансерная группа высокого риска состояла из женщин с относительными и с абсолютными противопоказаниями. Частота экстрагенитальных заболеваний у женщин фертильного возраста, по статистическим данным ГККП ЦПМСП «Кулагер» составила 39,7% (2010 г. – 38,8%, 2009 г. – 31,5%). Частота анемии у беременных составила 25%, заболевания мочеполовой системы – 20,3%, гипертензивные состояния при беременности – 5%, венозные осложнения – 2%, болезни эндокринной системы – 5%. Индекс здоровья беременных составил 40,8%. Экстрагенитальная патология занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности, что подчеркивает низкий уровень выявления и оздоровления женщин с соматической патологией на уровне участковой службы территориальных поликлиник. Исходя из этого, по данному вопросу обучено 4 врача-терапевта (100% от планируемого количества).

На показатели работы акушерского отдела влияет показатель ранней явки беременных, по ГККП ЦПМСП «Кулагер» этот показатель составил 64,9%. При поздней постановке на учет по беременности растет риск возникновения преждевременных родов, а также увеличения числа перинатальных потерь, случаев преэклампсии, эклампсии. Это является управляемым фактором по снижению показателя материнской и младенческой смертности.

Для предотвращения смертности необходимо наладить работу внутреннего аудита, разработку внутренних индикаторов качества работы, их анализ. Остается проблемой плохая приверженность к ранней явке беременных и лечение женщин с экстрагенитальной патологией. Необходимо активно и эффективно проводить информационно-просветительскую работу по выявлению экстрагенитальных заболеваний. Добиться роста объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи путем обеспечения доступности и качества гарантированного объема бесплатной медицинской помощи прикрепленному населению, осуществляя следующие мероприятия: проводить контроль над своевременным и качественным проведением диспансеризации; проводить дальнейшую работу по оздоровлению женщин фертильного возраста с ЭГП с целью снижения показателя перинатальной смертности и раннему охвату беременных диспансерным наблюдением.

Анемия беременных

Потребность в алиментарном железе во время беременности составляет 800 мг. Из них 300 мг идет к плоду, а 500 мг – на построение эритроцитов. Часто анемия беременных железодифицитная. Причинами возникновения железодифицитной анемии являются: дефицит Fe в диете, потери во время менструации тканевого железа, хотя Hb может быть нормальным, предыдущая беременность (физиологический интервал между родами 3 года), дефицит фолиевой кислоты (мегалобластическая анемия), снижение Hb наблюдается в норме за счет разведения крови (увеличение ОЦК при беременности).

При приобретенной анемии страдает в основном мать, т. к. плод захватывает железо из крови матери. Дефицит фолиевой кислоты (мегалобластическая анемия) наблюдается у женщин со сниженным потреблением животных белков и свежих овощей в рационе.

Пиелонефрит и беременность

При физиологической беременности в организме женщины происходят изменения регуляции водно-солевого и кислотно-щелочного обмена, общей и внутрипочечной гемодинамики и состояния мочевыводящих путей. При планировании бере-

менности необходимо проведение обследования, при выявлении патологии – санация мочевых путей. Инфекция проникает в мочевые пути восходящим путем (из мочевого пузыря), нисходящим – лимфогенным (из кишечника, особенно при запорах), гематогенным (при различных инфекционных заболеваниях).

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Поздний гестоз присоединяется не менее чем у 40% больных ПН (пиелонефрит), особенно хроническим. Невынашивание у них достигает 30% за счет преждевременных родов. Перинатальная смертность составляет 25–50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям. Некоторые дети рождаются с врожденным везикулезом, однако ни у одного из новорожденных не выявлен врожденный ПН. При наличии почечной гипертензии гораздо чаще возникают осложнения беременности, незрелость детей и перинатальная смертность.

Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности; при выявлении гипоксии или гипотрофии плода. Особое внимание надо уделять профилактике осложнений беременности у женщин, страдающих ПН, следить за динамикой артериального давления, массы тела, тонусом матки, состоянием плода, проводить профилактику невынашивания беременности. При выявлении признаков претоксикоза проводить активную профилактику позднего гестоза, мягкую стимуляцию диуреза в условиях женской консультации, профилактику обострения ПН.

В течение полугода после родов всем женщинам, перенесшим пиелонефрит в период беременности, рекомендуется наблюдение у врача-уролога, обследование – один раз в месяц, периодическая фитотерапия.

Таким образом, вопросы выявления и лечения экстрагенитальной патологии у женщин фертильного возраста в условиях первичной медико-санитарной помощи важно для профилактики акушерской патологии у женщины и перинатальной патологии у новорожденных.

Резюме

А.Н. Айгырбаева

РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье показана необходимость своевременного выявления экстрагенитальной патологии в условиях первичной медико-санитарной помощи, что важно для профилактики акушерской патологии у женщины и перинатальной патологии у новорожденных, т. к. снижает риск возникновения осложнений течения беременности и родов, предотвращая материнскую и перинатальную патологию у новорожденных.

Р.Р. ТЕНИЗБАЕВА

**КЛИНИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ,
ВЫЗВАННОЙ ПРОСТЫМ ГЕРПЕС-ВИРУСОМ**

Поликлиника № 6, г. Алматы

Герпесвирусная инфекция имеет широкое распространение в природе. В настоящее время установлено более 80 ДНК, содержащих герпес-вирусы. Одним из представителей герпесвирусной инфекции является вирус простого герпеса человека I и II типа – ВПГ 1–2, который довольно часто встречается и у детей, и у взрослого населения, протекает в основном в виде локализованной формы с поражением кожи, слизистых оболочек полости рта и глаз и не воспринимается населением как серьезная болезнь. Особенно опасен герпес-вирус для плода при заражении беременных в разные сроки беременности (1).

Первая встреча ребенка с герпесвирусной инфекцией может происходить уже в утробе матери, особенно неблагоприятно, если здоровая женщина заражается в первом триместре беременности. В этот период у плода иммунологические реакции только начинают формироваться и он получает герпесвирусные антигены, не имея достаточной иммунологической защиты. Это вызывает выраженные цитопатические реакции во всех формирующихся тканях плода и приводит к его гибели. У матери вирус постепенно исчезает из крови и мочи, но остается в клетках слизистой оболочки ротоглотки и слюнных желез, в лимфатических узлах и заболевание переходит в хроническую латентную форму и остается незамеченным до следующих родов (2).

При заражении матери во 2–3-м триместре беременности, когда пролиферация клеток и дифференциация различных тканей плода достигает максимального развития, цитопатический эффект окажется не столь фатальным, и плод может не погибнуть, но ребенок рождается с множеством тяжелых пороков развития: гидроцефалия, микроцефалия, атрофия зрительного нерва, комбинированные пороки сердца, бронхолегочного аппарата, мочевыделительной системы и ЖКТ. Большинство этих детей нежизнеспособны и погибают в раннем возрасте.

При заражении во 2–3-м триместре внутриутробная инфекция может протекать в локализованной, распространенной и генерализованной формах.

При локализованной форме поражаются кожа, слизистые оболочки полости рта и глаз.

При распространенной форме вовлекаются в процесс висцеральные органы – легкие, печень, селезенка, надпочечники.

При генерализованной форме сочетаются поражения кожи, слизистых, висцеральных органов и ЦНС (энцефалиты, менингоэнцефалиты).

Клиника герпетического менингоэнцефалита при ВПГ-2 начинается очень остро: с гипертермии, нарушения сознания, локальных и генерализованных судорог, менингеальных симптомов, повторной рвоты, эпилептоидных припадков, реже встречаются миелиты, энцефаломиелорадикулоневриты.

Первичная герпетическая инфекция у беременной женщины гораздо опаснее для плода (риск заражения до 50%), чем хроническая рецидивирующая герпетическая инфекция (риск заражения плода 3%).

При интранатальном и постнатальном заражении клинические проявления ГВИ у детей в периоде новорожденности появляются редко – может быть субфебрилитет, легкие катаральные явления на слизистых ротоглотки, снижение аппетита, легкая бледность возникают на первом году или в более ранние сроки, при этом ГВИ течет преимущественно латентно или субклинически (3).

Наиболее тяжелым проявлением у детей 1-го года является поражение глаз, сочетающееся с поражением кожи и слизистой ротоглотки. Офтальмогерпес начинается остро с появления на конъюнктиве герпетических пузырьков с последующим изъязвлением, переходящим на кожу века у ресничного края с исходом в кератиты, кератоиридоциклиты, периваскулиты сетчатки глаза и неврит зрительного нерва. Герпетиформный кератит имеет рецидивирующее течение в 30–70% случаев.

По нашим наблюдениям на педиатрическом участке герпесвирусная инфекция, вызванная ВПГ 1 и 2 проявляется характерными поражениями слизистых оболочек конъюнктив, ротоглотки, гениталий в виде везикул и афт, чувство жжения и зуда, интермитирующей лихорадкой или субфебрилитетом. У новорожденных детей и детей раннего возраста выражены явления интоксикации, вялость, слабость, бледность кожных покровов, незначительно выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Новорожденные дети с клиникой герпетических энцефаломенингитов нуждаются в немедленной госпитализации в стационар и комплексном патогенетическом лечении.

Герпесвирусная инфекция, вызванная простым герпес-вирусом I, II типа воспринимается населением несерьезно, довольно часто встречается как среди детей, так и взрослых и, как правило, у беременных женщин приводит к серьезным последствиям – к гибели плода, развитию врожденных пороков развития и тяжелым внутриутробным инфекциям.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Боковой А.Г., Таратина М.Э.* Современные проблемы клиники, диагностики и лечения герпесвирусных инфекций у детей. Методические указания. Москва, 2006. 26 с.
2. *Боковой А.Г.* Герпесвирусная инфекция у детей. Диагностика, клиника и лечение. Учебное пособие. Москва, 2008. С. 106–127.
3. *Ершов Ф.И.* Интерфероны и их индукторы // Клиническая фармакология и терапия. 2001, № 4, С. 71–77.

Резюме

Р.Р. Тенизбаева

КЛИНИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПРОСТЫМ ГЕРПЕС-ВИРУСОМ

В статье изложена клиника герпесвирусной инфекции, вызванной простым герпес-вирусом у детей, особенно у новорожденных, и наблюдения по данной заболеваемости.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ В РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ № 1

Городская клиническая больница № 1, г. Алматы

Сифилис – это общее инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, склонное без лечения к хроническому течению и рецидивам и способное поражать все органы и системы. Источником инфекции служит больной человек. Существуют прямой и непрямой пути заражения сифилисом.

В настоящее время, несмотря на достигнутые успехи в лечении сифилиса, он даже в ранних своих формах при своевременно начатой и полноценной терапии не проходит бесследно, оставляя при отсутствии явных клинических признаков анатомо-функциональные изменения у детей.

Осложнения беременности при сифилисе чаще всего проявляются угрозой невынашивания, анемией, гестозами. Беременность при сифилисе может закончиться выкидышем (на 12–16-й неделе беременности), мертворождением, преждевременными родами, рождением детей с ранними проявлениями врожденного сифилиса, рождением внешне здорового ребенка со стойко положительными серологическими реакциями, у которого в последующем развиваются симптомы сифилиса (раннего или позднего).

Во время родов у рожениц встречается слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, отслойка нормально расположенной плаценты, выраженная фетоплацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода (в основном по гипо- и диспластическому варианту), с преимущественным поражением его нервной, дыхательной и эндокринной системы.

При лечении беременных, больных сифилисом необходимо соблюдать следующие требования:

– предотвращение врожденного сифилиса при своевременно начатом лечении, хорошую переносимость и минимальное отрицательное воздействие на плод, невысокую стоимость, возможность лечения в условиях дневного стационара.

Единственной причиной врожденного сифилиса является сифилис у беременной матери, передающийся плоду через плаценту. Поэтому забота о здоровье беременных женщин в отношении сифилиса и других венерических заболеваний выходит на первый план.

Известно, что более 50% всех зарегистрированных случаев заболеваемости женщин сифилисом приходится на возраст от 18 до 29 лет, возраст, когда большинство женщин рождает детей.

Если женщина болела сифилисом до беременности и прошла полный курс лечения, то перед тем, как принять решение беременеть и рожать ребенка, ей необходимо пройти консультацию как у гинеколога, так и у венеролога. После того как будут сданы анализы, подтверждающие выздоровление женщины, она может беременеть. Женщины с ранее вылеченным сифилисом могут родить здорового ребенка естественным образом, не прибегая к кесареву сечению и без дополнительного профилактического лечения.

Для того чтобы оперативно выявить случаи сифилиса у беременных женщин, в перечень обязательных анализов, которые назначает врач-гинеколог, входит и анализ

на реакцию Вассермана. Этот анализ делается дважды или трижды за беременность – и в первой, и во второй ее половине. Если серологический анализ оказывается положительным, женщину обследуют и в случае подтверждения диагноза сифилиса госпитализируют для лечения.

Если беременная заразилась сифилисом в раннем сроке беременности – до 20 недель, то пациентка получает специфическую терапию и профилактическое лечение для плода после 20 недель, и у будущего ребенка есть много шансов родиться живым и здоровым без признаков врожденного сифилиса.

Если беременная заразилась сифилисом после 20 недель беременности, то специфическую терапию и профилактическую терапию для плода получает сразу же.

Если беременная заразилась в сроке 36 недель и выше начинает специфическую терапию, а профилактическую терапию для плода не успевает, в связи чем новорожденный получает профилактическое лечение в условиях инфекционной больницы и для этого дети переводится в инфекционную больницу.

Цель исследования. Анализ исходов сифилитической инфекции у родильниц и влияние на внутриутробное развития плода

Материалы и методы исследования. Необходимые данные были получены при анализе истории родов родильниц за 2009, 2010, 2011 гг. родильного дома ГKB № 1 г. Алматы.

Согласно приказу № 312 от 23.05.2011 года Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Положение об организации, оказывающей дерматовенерологическую помощь» по делам здравоохранения женщины в послеродовом периоде отнесены в группу повышенного риска по сифилису.

Нами проанализированы истории родов у родильниц, переболевших «сифилисом», впервые выявленным в родильном доме. Диагноз сифилис был установлен на основании комплексного обследования при совместной работе с консультантом дерматовенерологом из городского кожно-венерологического диспансера Ералиевой Г.С.

Таблица 1

Выявляемость сифилиса среди поступивших беременных на роды

Всего исследовано анализов крови на реакцию Вассермана беременных, поступивших на роды						Общее число выявленных с положительным анализом крови на реакцию Вассермана						Выявленные впервые сифилис и дети госпитализированные в инфекционную больницу					
2009		2010		2011		2009		2010		2011		2009		2010		2011	
абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
5897	100	5864	100	6023	100	79	1,3	70	1,1	59	0,9	9	0,1	7	0,1	11	0,1

Как видно из таблицы I, количество рожениц, получивших профилактическое лечение от сифилиса, составляет 209 (1,3%) и у них со стороны плода не было никакой патологии, и абсолютные число с впервые выявленным «сифилисом» за три года в сравнении составляет 27 родильниц (0,1%)

Женщины, болевшие сифилисом во время беременности и не лечившиеся, имеют некоторые особенности социального статуса. Обычно они рано начинают вести активную половую жизнь с частой сменой партнеров, беременеют и рожают ребенка, как правило, не будучи замужем и не имея постоянного партнера. Многие из этого контингента больных сифилисом женщин нигде не работают, имеют сомнительные источники доходов, злоупотребляют алкоголем, курением, употребляют наркотики.

Более 70% беременных этой группы не наблюдались в женской консультации или встали на учет слишком поздно, что не позволило вовремя диагностировать сифилис на дородовом этапе.

К сожалению, значительная часть женщин, больных сифилисом, либо не обращается в женскую консультацию вообще, либо обращается очень поздно. Именно эта ситуация приводит к тяжелым формам врожденного сифилиса, позднему выкидышу, мертворождению, рождению детей с пороками развития. Могут родиться дети совершенно нормальные по внешнему виду, но со стойко положительными серологическими реакциями, у таких больных впоследствии возникают поздние симптомы

Таблица 2

Проявление сифилитической инфекции на внутриутробное развитие плода

Форма проявления	ГОДЫ		
	2009	2010	2011
С задержкой роста плода	4	1	2
С пороками развития плода	2	1	2
С врожденным сифилисом	1	2	3
С антенатальной гибелью плода	2	3	4
<i>Всего</i>	9	3	11

Как видно из таблицы 2, проявления сифилитической инфекции на плод очень грозное. Поэтому знание основных его клинических симптомов и особенностей у беременных, влияния на развивающийся плод необходимо не только дерматовенерологам, но и акушерам-гинекологам, педиатрам, а также семейным врачам.

Таким образом, у беременных, обращающихся в женскую консультацию в первые два месяца беременности, сифилис выявляется еще при первом посещении, что дает возможность пролечить беременную женщину и сохранить здорового ребенка. Строго поставить работу по вопросам планирования и ведения желанной беременности гинекологам женской консультации. Предоставить полную диагностику на сифилис и другие половые инфекции, консультации по вопросам рождения здорового ребенка, а также повысить уровень жизни населения, снизить рост алкоголизма и наркомании и разработать государственную программу по профилактике сифилиса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ромашкина И.М., Кулага В.В. Лечение. Кожные и венерические болезни. Москва, 2006.
2. Бутова Ю.С. Кожные болезни и инфекции передаваемые половым путем. Москва, 2002.
3. Скрипкина Ю.К., Мордовцова В.Н. Кожные и венерические болезни. Москва, 1999.

Резюме

Г.Ю. Кенжаева, З.Г. Камзина

**АНАЛИЗ ИСХОДОВ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ
У РОДИЛЬНИЦ В РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ № 1**

В данной статье проведены результаты анализов за три года у родильниц с сифилитической инфекцией и ее исходы, влияние инфекции на состояние здоровья рожениц и ее последствия на плод.

К.С. МУСТАФАЕВА

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

(Случай из практики)

АО «Санаторий «Коктем»

Пролапс митрального клапана (ПМК) представляет собой клинко-анатомический синдром, сущность которого состоит в систолическом провисании одной или обеих митральных створок в полость левого предсердия, в ряде случаев с развитием митральной регургитации вследствие нарушения систолического смыкания створок [1].

По данным Н.А. Белоконь и Ю.М. Белозерова (1987, 2000) [1, 2]. ПМК чаще всего обнаруживается в возрастной группе от 7 до 15 лет, в основном у девочек (80%). Клиническая картина ПМК довольно разнообразна и имеет весьма богатую симптоматику и связана с выраженностью митральной дисфункции [1–3]. В одних случаях заболевание протекает бессимптомно и диагностируется случайно (так называемые немые формы ПМК, встречающихся в 20% случаев, в других – проявляется яркой манифестацией симптомов [1–4].

Наиболее частым осложнением идиопатического пролапса митрального клапана (ИПМК) является митральная регургитация (МР), которая может быть обусловлена как высокой степенью провисания створок МК, так и их миксоматозной дегенерацией [1–3]. Риск развития других осложнений ИПМК, таких как внезапная смерть, инфекционный эндокардит, желудочковые аритмии, увеличивается с прогрессированием митральной недостаточности [1–4]. Медикаментозная терапия должна быть направлена прежде всего на устранение вегетативной дисфункции, предупреждение нейродистрофии миокарда, нарушений ритма сердца и инфекционного эндокардита [1–5].

Таким образом, высокая распространенность, риск развития различных осложнений и нередко внезапная смерть подчеркивают актуальность своевременной диагностики и лечения детей и подростков с пролапсом митрального клапана. В этой связи приводится случай из наблюдения, свидетельствующий о положительной динамике в виде регрессии симптомов вегетативной дисфункции, клинических проявлений ПМК на фоне проведенного лечения.

Пациентке Ш, 15 лет. Клинический диагноз: идиопатический пролапс митрального клапана II степени с регургитацией II степени. НК0. Синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу. Астеноневротический синдром. Диагноз ПМК установлен в возрасте 9 лет. В течение последних 2-х лет часто беспокоят головные боли, головокружение, боли в области сердца, приступы сердцебиения, слабость, повышенная возбудимость и раздражительность, приступы внутреннего беспокойства, трудности засыпания. Объективно: высокорослая, астенического телосложения. Выражены симптомы астено-невротического синдрома. При осмотре выявлены следующие фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани: деформация грудной клетки II степени – «воронкообразная грудь», сколиоз грудного отдела позвоночника I степени, плоскостопие, миопия I степени. Кожные покровы бледные, дермографизм белый, стойкий. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, систолический «щелчок» с эпицентром в 5-й точке и на верхушке, «хордальный писк», усиливающийся в вертикальном положении, при психоэмоциональной и физической нагрузке; систолический шум митральной недостаточности с эпицентром на верхушке слабой интенсивности

в горизонтальном положении с усилением в положении стоя, после физической нагрузки. АД лабильное – 120/80 с повышением до 135/85 мм рт. ст., ЧСС 92–104 в мин. Эхокардиография: ЛП=2,8 см, АО – 2,5 см, МЖП – 0,6 см, ЗСЛЖ – 0,72 см, ПДЖ – 1,5 см, КДР – 4,0 см, КСР – 2,4 см, ДЕ – 2,0 см, EF – 76 мм/сек, КДО – 64 мл, КСО – 14 мл, УО – 51 мл, ФИ – 59%, ΔS – 29,5 %. Заключение: Проплап передней створки митрального клапана II степени (7 мм) с регургитацией I ст. Снижение сократительной способности миокарда левого желудочка. ЭКГ: Вертикальное положение электрической оси сердца, синусовая тахикардия, ЧСС – 104 в мин. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Выраженные нарушения процессов реполяризации по миокарду желудочков. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: Тень сердца не расширена, выступает дуга легочной артерии, расширение ушка левого предсердия, талия сглажена. Реография: Выраженное повышение тонуса мозговых сосудов на фоне нарушения венозного оттока. Электроэнцефалография: Основной ритм сформулирован. Слабо выраженные пароксизмы в покое, усиливающиеся при гипервентиляции. УЗИ щитовидной железы: Патологических отклонений не выявлено. Окулист: Ангиопатия сетчатки. Эндокринолог: Здорова. Невропатолог: Вегетососудистая дистония по симпатикотоническому типу. Клинико-биохимические и серологические анализы крови и мочи без отклонений от возрастных нормативов, что позволило исключить ревматическую лихорадку. Учитывая данные анамнеза и клинико-инструментального обследования были проведены курсы медикаментозного лечения: 1) Анксиолитик – грандаксин в возрастной дозе по 100 мг (1 табл.) 2 раза в день в сочетании с витамином В1 (тиамина хлорид) в суточной дозе 25,0 мг в течение трех недель, 2 курса. 2) Магне В6 по 1 табл. 2 раза в день в течение 2-х мес. 3) Актовегин по 200 мг (1 табл.) 2 раза в день в течение 1 мес., 2 курса. 4) Милдронат по 250 мг (1 табл.) 2 раза в день в течение 1 мес., 3 курса. Немедикаментозное лечение: 1) Физиотерапия – электрофорез на верхнешейный отдел позвоночника с бромпапаверином – 10 процедур. 2) Массаж воротниковой зоны и спины по 10 дней, 2 курса. 3) Санаторное лечение (ванны с минеральной водой – хлоридносульфатнонатриевый состав, обогащенный кремниевой кислотой; подводный гидромассаж, кислородотерапия, кислородные коктейли) 10 дней. Физические нагрузки в умеренном объеме не ограничивались (плавание, ЛФК). Контрольный осмотр проводился каждые 3 мес. В динамике через 12 месяцев исчезли головные боли и головокружения, а также приступы сердцебиения. Кардиалгии стали наблюдаться реже, менее интенсивные. Восстановился сон. АД стабилизировалось. Аускультативно тоны сердца стали звучнее, ритмичные, шум в сердце исчез. Систолический «щелчок» и «хордальный писк» были непостоянными. На контрольной ЭхоКГ отмечалось уменьшение степени пролабирования митрального клапана до I степени и исчезновение митральной регургитации, а также восстановление сократительной способности миокарда желудочков. На контрольной ЭКГ отмечались нормализация ЧСС (76–80 в мин.) и значимое восстановление нарушенных процессов реполяризации по миокарду желудочков.

Особенностью приведенного случая из практики является характерная клинико-эхокардиографическая симптоматика со стороны сердца в виде идиопатического пролапса митрального клапана с регургитацией, выраженных симптомов вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу и астеноневротического синдрома, а также фенотипические проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Проведенные инструментальные, а также клинико-биохимические и серологические исследования позволили исключить ревматическую лихорадку. Своевременное медикаментозное лечение, направленное на устранение вегетативной дисфункции, астеноневротического синдрома, применение кардиометаболических препаратов, а также физиотерапия, массаж, санаторное лечение, сохранение умеренных физических

нагрузок позволили получить уменьшение проявлений пролапса митрального клапана, что, вероятно, обусловлено регрессией вегетативного дисбаланса. Известно, что наряду с изменениями архитектоники створок клапана значительную роль в возникновении ПМК играет дисфункция вегетативной нервной системы, которая также носит конституционально-генетически обусловленный характер [1–4].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров Ю.М. Пролапс митрального клапана. М.: Медпрактика, 2000. 105 с.
2. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. М.: Медицина, 1987. Т. 1, 447 с.
3. Белозеров Ю.М. Детская кардиология (пролапс митрального клапана). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 182–201.
4. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков (пролапс митрального клапана). М.: Медпрактика, 2000. С. 30–48.
5. Майтевская Р.С. Эффективность тофизопама и актовегина в комплексной терапии нарушений ритма сердца у детей // Сб. научных трудов VI съезда детских врачей Казахстана. Алматы, 2006. С. 158–159.

Резюме

К.С. Мустафаева

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

(Случай из практики)

Приводится случай из практики. Пациентке 15 лет с клиническим диагнозом: пролапс митрального клапана 2-й степени, сопровождавшегося выраженными симптомами вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу, проявления которых значительно уменьшаются на фоне комплексной медикаментозной и немедикаментозной терапии, направленной на устранение вегетативного дисбаланса и предупреждение нейродистрофии миокарда.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-053.2

Г.А. АЛТЫБАЕВА

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы

Период новорожденности – самый ответственный период в онтогенезе человека в связи с напряженностью процессов перестройки организма для внеутробного существования. Он охватывает 1-й месяц постнатальной жизни, в нем выделяют ранний неонатальный период (от рождения до 7 суток) и поздний неонатальный период (8–28 суток жизни). Доношенных детей без явных апмзнаков патологии при физиологических родах выписывают из родильного дома на 4–5-е сутки жизни (после оперативных родов – на 6–8-е сутки жизни); недоношенных детей с I степенью недоношенности с достаточно адекватной адаптацией и без серьезных патологических состояний, как правило, выписывают на 8–14-е сутки. Детей со среднетяжелой и тяжелой перинатальной патологией, пороками развития и инфекциями, а также недоношенных с недостаточно зрелыми адаптационными процессами, как правило, переводят в стационары 2-го

этапа выхаживания, и под наблюдение участкового врача они поступают по истечении периода новорожденности. В конце раннего неонатального периода у новорожденно-го может быть установлена группа здоровья, что определяет тактику его наблюдения на протяжении первых месяцев жизни. Практически здоровые новорожденные – доношенные дети, без анамнестических факторов риска (в том числе социальных) и явных отклонений в течение периода постнатальной адаптации, со средними параметрами физического развития и находящиеся на грудном вскармливании – составляют меньшинство в популяции (5–25% в различных регионах) [1]. Частота осмотра педиатром в течение 1-го месяца жизни у этих детей составляет 2 раза – в первые 3 дня после выписки из роддома и на 15-й день жизни. Новорожденные II группы здоровья составляют подавляющее большинство в популяции (60–80% всех новорожденных). Приблизительно у трети этих детей присутствуют неблагоприятные факторы в биологическом, семейном и социальном анамнезе, однако функциональные нарушения со стороны различных органов и систем отсутствуют, по течению периода новорожденности они практически не отличаются от детей I группы здоровья. У них также нередко наблюдают умеренно выраженные переходные состояния, не требующие коррекции и удовлетворительные показатели физического и нервно-психического развития. Тем не менее у 60–70% новорожденных этой группы развиваются пограничные нарушения адаптации и нетяжелые патологические процессы, обуславливающие необходимость проведения амбулаторного лечения (при неудовлетворительном эффекте последнего решают вопрос о госпитализации). Обязательны динамический контроль состояния ребенка на фоне лечения (еженедельные патронажи педиатра, по показаниям – чаще), контроль прибавки массы, коррекция режима, вскармливания, ухода.

Для экспертной оценки качества диспансеризации было изучено 27 историй развития ребенка (ф. 112/у) в возрасте от 1 до 12 месяцев жизни. Из них 10 историй развития ребенка I педиатрического отделения: участки № 2, 6 и 17 форм 112/у II педиатрического отделения: участки №10, 13, 15, 16.

Все истории были оформлены надлежащим образом, но имелись отдельные незначительные замечания, на которых хотелось бы остановиться, чтобы молодые участковые врачи в своей практике не повторяли их.

Не во всех историях развития детей 1 года жизни выставляются соматические диагнозы, группы здоровья и группы риска. Вместо диагнозов указывают период новорожденности или период адаптации, иногда оценивают параметры физического развития: нормотрофия или нормосомия. Например, на первичном патронаже новорожденного диагноз должен звучать как: здоров, период новорожденности, затем указывается группа здоровья и группа риска развития патологии, если этот риск имеется, что следует из данных анамнеза (течение беременности и родов и т. д.). Помимо этого, такие заболевания у матери во время беременности, как ожирение, эндемический зоб позволяют врачу отнести ребенка в группу риска по трофическим нарушениям и, соответственно, во II группу здоровья. Это же касается и наличия всех воспалительных экстрагенитальных заболеваний у матери (хронический пиелонефрит, тонзиллит и т.д.), то ребенок должен находиться в группе риска по внутриутробному инфицированию. Но эти заболевания у матери врачом недооцениваются или оцениваются как риск развития патологии ЦНС, соответственно, в этих случаях не проводится необходимая опережающая терапия.

Этапные эпикризы пишутся не всегда, хотя остались те же декретированные сроки их написания: в 1, 3, 6, 9, 12 месяцев. Написание этапных эпикризов в эти сроки логично. Так, например, в 1 месяц у большинства детей заканчивается период новорожденности и участковый врач совместно с медицинской сестрой наблюдавший ре-

бенка, подводит итоги о течении этого периода и дальнейшей тактике наблюдения, профилактике заболеваний и, возможно, обследования, лечения, консультаций у других специалистов в случаях выявления патологии. Отмечено, что заболевания в периоде новорожденности могут неблагоприятно повлиять на дальнейшее развитие ребенка и, возможно, в будущем обусловить развитие хронической патологии [2]. Этапные эпикризы также необходимы в соблюдении принципа преемственности между врачами различных медицинских учреждений.

А в случаях, если ребенок в периоде новорожденности находился на стационарном лечении, то ему проводится не только патронажи в декретированные сроки, но и активное дополнительное посещение на дому, не дожидаясь их посещения поликлиники в 1 месяц, что наблюдалось однократно на проверяемом участке. По всей видимости, участкового врача ввел в заблуждение приказ № 691 МЗ РК [3], в котором четко прописано о 2-кратном посещении участковым врачом новорожденного ребенка, но он правомочен только в отношении здорового ребенка, но не из группы риска, что необходимо учитывать. Что касается медицинских сестер, то они, наоборот, не строго придерживаются приказа № 691 в отношении сроков проведения патронажей в периоде новорожденности и систематичности активного посещения в возрасте старше 1 месяца.

На остальных замечаниях хотелось бы остановиться в общем – это не всегда своевременно проводятся осмотры узкими специалистами, исследования крови, мочи; иногда отсутствуют интерпретации анализов и не соблюдаются интервалы между прививками. Не всегда отмечаются в историях развития ребенка данные о прибытии или отбытии, состояние детей недооценивается – и вследствие этого поздняя постановка диагнозов. Необоснованно дети обследуются на сахар крови в возрасте 4-х месяцев, только из-за диагноза паратрофия, иногда выставляются не существующие диагнозы, такие как гиперстатура. Не всегда имеются дородовые патронажи. Эти замечания в большинстве своем обусловлены недостаточно хорошо проводимой участковым врачом профилактической работой, в том числе и санитарно-просветительной, когда недостаточно убедительно доводим до сведения родителей о важности этих мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний.

Таким образом, работу участковых врачей можно оценить как удовлетворительную, и им следует учесть указанные замечания в последующей работе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранова А.А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2006. 608 с.
2. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб., 2008. I т. 832 с., II т. 736 с.
3. Приказ № 691 от 22.11.2007 г. Об усилении профилактических мер по охране здоровья детей раннего возраста в Республике Казахстан. 28 с.

Резюме

Г.А. Алтыбаева

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Для экспертной оценки качества диспансеризации было изучено 27 историй развития ребенка по учетной форме 112/у детей первого года жизни. Для объективности суждения все истории были взяты с одного участка. Все истории были оформлены надлежащим образом, но имелись отдельные незначительные замечания, которые в будущем необходимо учесть, а в целом работу участковых врачей считать удовлетворительной.

Э.М. ЖАНБЕКОВА

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы

Термин «часто болеющие дети» (ЧБД) используется только в медицинской литературе стран СНГ, начиная с 80-х годов прошлого столетия. Первичное звено здравоохранения в лице детских поликлиник выделяет эту категорию детей в связи со своей профилактической направленностью [1]. В зависимости от возраста и социально-бытовых условий часто болеющие дети составляют от 15 до 75% детской популяции [2], по другим данным до 80–90%. Наибольшее число ЧБД выявляется в раннем и дошкольном возрасте, посещающие организованные дошкольные коллективы и проживающие в городе. В Казахстане в последние пять лет до 47,1% приходится на заболевания органов дыхания у детей дошкольного возраста, а риск общей заболеваемости доходит до 58,8% детей данной возрастной группы, особенно проживающих в зоне загрязненного воздуха [3]. Среди школьников наиболее часто респираторные инфекции отмечаются у учащихся начальных классов.

Раньше в группу ЧБД относили детей из 2-й группы здоровья, имеющих транзиторные отклонения в иммунитете и не имеющих стойких органических поражений. Сейчас в нее включают также детей из 3-й, 4-й групп здоровья, страдающих повторными заболеваниями на фоне сформировавшегося патологического процесса; детей с эпизодическими повышениями частоты заболеваемости (в течение первого года пребывания в дошкольном учреждении); детей, страдающих частыми острыми заболеваниями в течение длительного периода жизни [4]. Для детей в возрасте 2–3 лет – 6 заболеваний и более в году, в возрасте 4 лет – 5 и более, 5–6 лет – 4 заболевания и более, 7–8 лет – 3 и более является показанием для отнесения этих детей к ЧБД. При этом необходимо учитывать все обострения хронического заболевания и не следует учитывать обращения по поводу хронических заболеваний вне фазы обострения (плановые диспансерные наблюдения).

По мнению других ученых [5], критерием для включения в группу ЧБД является определение инфекционного индекса (ИИ), определяемого как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. ИИ составляет в группе ЧБД от 1,1 до 3,5; у эпизодически болеющих детей – 0,2–0,3. Авторы также выделяют 5 групп, характеризующих категорию ЧБД: 1-я группа – дети с преобладающими явлениями аллергии, 2-я группа – дети с преимущественно неврологической патологией, 3-я группа – дети с первичными ВСД, обусловленными врожденным и семейным характером; 4-я – дети с преимущественным поражением лимфатической системы с рождения, 5-я – дети с нарушениями обменно-конституционального характера.

По характеру заболеваемости целесообразно выделить «условно» (ИИ – 0,33–0,49) и «истинно» часто болеющих детей (ИИ – 0,5 и выше); по клиническим особенностям выделяют 3 типа: соматический, оториноларингологический, смешанный. У ЧБД чаще всего наблюдаются: 1) поражения верхних дыхательных путей и ЛОР-органов (назофарингиты, средние отиты, синуситы, тонзиллиты); 2) круп и ларинготрахеобронхиты; 3) инфекции нижних дыхательных путей (бронхиолиты и пневмонии).

Среди всех причин, способствующих возникновению частых и длительных заболеваний у детей можно выделить эндогенные и экзогенные факторы. Из эндогенных факторов особое место занимает неблагоприятное ante- и постнатальное развитие ребенка, которое может привести к дисфункциям иммунной и других защитных систем, что в будущем может стать причиной повышенной заболеваемости ОРВИ. Имеет значение ante- и интранатальное поражение ЦНС, поскольку состояние ЦНС ребенка играет важную роль в формировании реактивности. У таких детей значительно нарушена адаптация к различным факторам внешней среды, часты нарушения терморегуляции, особенно на фоне ОРВИ, приводящие к длительному субфебрилитету; имеются изменения функционального состояния вегетативной нервной системы и повышенная метеолабильность, что также способствует возникновению частых ОРВИ. Среди наследственно-конституциональных факторов риска выделяют предрасположенность к гиперэргическим реакциям, в том числе клинически реализовавшиеся варианты аллергии.

В основе частых ОРВИ ведущее место занимают иммунодефицитные состояния (ИДС), которые характеризуются нарушениями нормального функционирования иммунной системы [6]. Так у детей с ИДС повторные ОРВИ возникают в 10 раз чаще, чем при нормальном иммунитете. Следующей одной из эндогенных причин являются дисбактериозы слизистых, кожи, желудочно-кишечного тракта. Помимо вышеперечисленных из эндогенных причин имеет значение наличие очагов хронической инфекции носоглотки и полости рта, которые ведут к снижению местного иммунитета [7].

Из экзогенных факторов имеет значение высокая контагиозность возбудителей ОРВИ; дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и физической культурой, нерациональное вскармливание; неблагоприятные социально-бытовые условия, низкий материальный уровень [8]; раннее в возрастном аспекте посещение детских дошкольных учреждений; ятрогенное воздействие на иммунную систему медикаментозной терапии.

Диспансеризация: ребенок состоит на диспансерном учете 2 года, если ребенок первого года жизни, то должен осматриваться 2–3 раза в месяц, если ребенок старше года, то должен осматриваться ежеквартально педиатром. Если у ребенка есть ЛОР-патология, то должен осматриваться ЛОР-врачом 2 раза в году и чаще. Все дети должны осматриваться 1–2 раза в год и чаще стоматологом, 1 раз в год – врачом ЛФК, осмотр физиотерапевта – 2 раза в год и осмотр других специалистов по показаниям (невропатолога, аллерголога).

Лабораторные и другие диагностические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов исследуются не реже двух раз в год; другие исследования (ЭКГ, рентгеноскопия, рентгенография, кал на дисбактериоз и др.) проводятся по показаниям.

Снятие с учета проводится после 2 лет отсутствия частых заболеваний. Критериями снятия с учета являются: уменьшение кратности острых заболеваний до 3 и менее раз; соответствие возрастной динамики роста и веса; стойкая нормализация показателей функционального состояния организма (пульс, частота дыхания, гемоглобин, поведение, сон, аппетит, температура, улучшение эмоционального тонуса, хорошее самочувствие, отсутствие жалоб и субфебрилитета после очередного острого заболевания); отсутствие осложнений после ОРВИ; снижение длительности течения острых заболеваний.

Об эффективности проведенной диспансеризации судят по следующим показателям: показатель эффективности оздоровления; охват ЧБД диспансеризацией; по-

казатель числа ЧБД, получивших оздоровление; показатель числа ЧБД, получивших санаторное лечение. Возможные исходы проведенной диспансеризации: 1-я группа – ребенок из часто болеющего перешел в эпизодически болеющего (выздоровление); 2-я группа – ребенок стал болеть реже, но по количеству остается в группе ЧБД (улучшение); 3-я группа – когда болел и болеет также часто (без перемен); 4-я группа – стал болеть чаще, чем болел (ухудшение).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Царегородцев А.Д., Шарапова О.В., Кобринский Б.А. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 2004. 49, № 1. С. 56–60.
2. Макарова З.С., Голубева Л.С. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей. М., 2004.
3. Досмухаметов А.Т. Оценка риска для здоровья детского населения от загрязнения воздуха химическими факторами, создаваемыми выбросами автотранспорта. // Вестник КазНМУ. 2008. № 3. С. 44–47.
4. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. и др. Часто болеющие дети. Нижний Новгород: Нижегородская гос. мед. акад., 2003. 180 с.
5. Романцов М.Г., Ботвиньева В.В., Шульдякова О.Г. Рациональная фармакотерапия часто болеющих детей. Санкт-Петербург, 2008. 76 с.
6. Жукабаева С.С. Рецидивирующая респираторная патология у детей с иммунодефицитным синдромом // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. 2004. № 4. С. 20–21.
7. Левицька С.А. Исследование сопутствующей патологии у детей, больных острыми и хроническими гнойными синуситами // Кліні. та експерим. патол. 2005. 4, № 1. С. 44–48.
8. Таболин В.А., Харченко В.И., Лисичкин Г.С. и др. Взаимосвязь экономического положения современной России с уровнями смертности, продолжительности жизни и показателями здоровья населения // Педиатрия. 2003. № 3. С. 66–90.

Резюме

Э.М. Жанбекова

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В статье представлены понятие частоты встречаемости данной диспансерной группы в зависимости от возраста, критерии включения и причины, приводящие к частым респираторным инфекциям у детей. Приведены принципы диспансерного наблюдения часто болеющих детей в амбулаторных условиях и оценка эффективности, проведенной диспансеризации.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-053.2

Г.А. АЛТЫБАЕВА

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы

Анализ пре- и перинатальных факторов у часто болеющих детей (ЧБД) показал, что матери таких детей во время беременности нередко переносили различные заболевания, но особенно часто – инфекционные. При этом наиболее значимыми патология-

ми были урогенитальные и респираторные инфекции, анемии у матерей, дети которых наблюдались в дальнейшем как ЧБД с рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ). Урогенитальные инфекции, гестозы I и II половины беременности, отягощенный акушерский анамнез, анемии часто выявлялись у матерей больных, страдающих поражением верхних дыхательных путей (ВДП). Угроза прерывания беременности и анемии также часто отмечались у матерей, дети которых в дальнейшем болели рецидивирующим простым бронхитом (РПБ).

Преждевременные роды, слабость родовой деятельности и, наоборот стремительные роды чаще встречались у матерей больных РОБ. Преждевременное излитие околоплодных вод у матерей обследуемых детей было примерно одинаковым. Оперативные роды и другие акушерские пособия, примененные в родах, чаще наблюдались у матерей детей с поражением ВДП.

Патология течения беременности и родов довольно часто ведет к асфиксии у новорожденных, что вследствие нередкого возникновения гипоксически-травматического поражения центральной нервной системы, существенно влияет на состояние здоровья детей, особенно в раннем возрасте. Так интранатальная асфиксия значительно чаще встречалась у наших больных с поражением ВДП, чем у детей других групп.

Как показал анализ заболеваемости часто болеющих детей, отягощенная инфекционными и другими заболеваниями и патологическими состояниями беременность в дальнейшем неблагоприятно сказывалась на постнатальном развитии и способствовала формированию эндогенных факторов, приводящих к частым и длительным заболеваниям.

Обращает на себя внимание, что значимость отдельных факторов, представляющих собой частоту той или иной патологии в периоде новорожденности и на 1-м году жизни, у детей разных возрастных групп существенно отличалась. Так, повторные ОРВИ, различная патология и инфекции мочевыводящих путей, дакриоциститы, затяжные желтухи, нарушения питания, энцефалопатии, дисбактериозы, операции по поводу коррекции ВПР, выявленных в периоде новорожденности и на первом году жизни оказались наиболее значимыми для обследуемых больных в возрасте от 1 до 3 лет. А синдром дыхательных расстройств, конъюнктивиты, фурункулез, инфекционные и аллергические заболевания, анемии чаще выявлялись у детей дошкольного возраста. Общеизвестно, влияние эндогенных факторов на развитие детей первых 3 лет жизни и с возрастом начинают влиять экзогенные факторы. Наши исследования показывают, что и в дошкольном возрасте имеют большое значение эндогенные факторы. В возрасте 7–15 лет вышеперечисленные заболевания анамнестически отмечались значительно реже, что связано, по-видимому, с преобладанием в этом возрасте влияния экзогенных факторов, обусловленных расширением социализации больных.

Дисбактериоз чаще выявлялся у детей дошкольного возраста с поражением ВДП и РПБ, реже – у младших школьников с поражением ВДП. Острые кишечные инфекции у детей до 3-летнего возраста диагностировались в каждом третьем случае с РОБ, пятом случае – с РПБ и одиннадцатом случае – с поражением ВДП, и с возрастом наблюдались все реже.

Помимо заболеваний, так или иначе опосредованных воздействием инфекционных факторов, на 1-м году жизни у ЧБД нередко выявлялась соматическая и соматоневрологическая патология, среди которой наиболее часто отмечалась перинатальная энцефалопатия, анемия, хронические расстройства питания.

При анализе жалоб часто болеющих детей, с которыми они обращались, мы решили оценить состояние в межрецидивном периоде в зависимости от локализации

воспалительного процесса в респираторном тракте во время обострения рецидивирующих респираторных заболеваний.

Обратило на себя внимание, что и вне явного обострения исследуемые дети часто предъявляют жалобы на постоянную заложенность носа, длительный субфебрилитет, на слабость, вялость, снижение аппетита, длительно сохраняющийся кашель, лимфаденопатию. Наличие данных жалоб свидетельствует не только о неполном клиническом выздоровлении, но и о снижении качества жизни часто болеющего ребенка. Постоянная заложенность, лимфаденопатия носа чаще отмечалась у часто болеющих детей с поражением верхних дыхательных путей. Длительный субфебрилитет, кашель отмечали дети с рецидивирующим простым и обструктивным бронхитом. А такие «общие» жалобы, как слабость, вялость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чаще отмечались у исследуемых групп с рецидивирующим обструктивным бронхитом и поражением верхних дыхательных путей.

Течение рецидивирующих респираторных заболеваний у детей, как правило, осложняют сопутствующая патология и очаги хронической инфекции.

Наиболее частой сопутствующей патологией во всех возрастных группах были хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, лимфаденопатия. Нередко выявлялись аллергические заболевания, патология сердечно-сосудистой системы, патология ЛОР-органов, инфицирование *Mycobacteria tuberculosis* и патология мочевыводящей системы.

Выявлены существенные особенности частоты отдельных сопутствующих заболеваний у ЧБД в зависимости от возраста.

Так, например, патологии ЖКТ, ЦНС, лимфаденопатия, патология ЛОР-органов, мочевыводящей системы и инфицированность *Mycobacteria tuberculosis* наиболее часто встречались у детей младшего и среднего школьного возраста. Зато патология ССС, аллергические заболевания чаще встречались у детей дошкольного и среднего школьного возраста.

Надо отметить, что эпилепсия, гидроцефалия, ДЦП, задержка психомоторного и речевого развития чаще встречались у детей раннего и дошкольного возрастов, тогда как неврозы, кисты, гипоталамическое ожирение, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря чаще выявлялись у школьников. Энцефалопатии встречались очень часто у детей во всех возрастных группах.

С возрастом частота выявленного дисбактериоза кишечника уменьшалась, зато возрастала частота хронического гастродуоденита, ДЖВП, функциональной диспепсии, панкреатита, ХВГВ.

У исследуемых детей всех возрастов отмечена умеренная частота сопутствующих аллергических заболеваний и реакций. Среди аллергических заболеваний и реакций у детей раннего возраста отмечались атопический дерматит; пищевая, инсектная аллергия, крапивница, а у школьников респираторные аллергозы, аллергический конъюнктивит, медикаментозная аллергия, отек Квинке. А среди патологии ССС у детей дошкольного возраста чаще встречались кардиопатия, кардиодистрофия, дополнительная хорда, функциональный систолический шум, а у школьников чаще выявлялись ВПС, ВСД, пролапс митрального клапана. Определенную значимость в формировании сопутствующей патологии у часто болеющих детей имеют заболевания мочевыводящей системы, туб. инфицирование, железодефицитные анемии.

Таким образом, патологическое течение перинатального периода относится к факторам риска частой заболеваемости детей и в межрецидивном периоде имеют характерные особенности: более длительное и тяжелое течение рецидивов респиратор-

ных заболеваний, сопутствующую патологию других органов и систем, частое и длительное применение антибиотиков, наличие клинических признаков персистирующей инфекции вне обострения основного заболевания.

Резюме

Г.А. Алтыбаева

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Анализ пре- и перинатальных факторов у часто болеющих детей (ЧБД) показал, что матери таких детей во время беременности нередко переносили различные заболевания, но особенно часто – инфекционные. Течение рецидивирующих респираторных заболеваний у детей, как правило, осложняют сопутствующая патология и очаги хронической инфекции. Наиболее частой сопутствующей патологией во всех возрастных группах были хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, лимфаденопатия.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-053.2

Ж.О. САРБАСОВА, А.А. НУРТАЕВА, А.Н. ОРАЗЫМБЕТОВА, Х.А. СУЛТАНКУЛОВА

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АСКОРИЛОМ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С КАШЛЕМ ПРИ ОРВИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

В клинической практике широко применяются препараты различных групп и классов, влияющих на реологию, секрецию и кинетику бронхов. Для достижения эффекта при применении традиционной терапии необходимо назначение 2–4 препаратов 3 раза в день в течение от нескольких дней до нескольких месяцев. Поэтому в амбулаторной практике наиболее предпочтительными являются поликомпонентные или комбинированные препараты. Воплощением такой идеи является лекарственное средство Аскорил Экспекторант.

Аскорил представляет собой комбинированный препарат с бронхолитическим и отхаркивающим действием. В его состав входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин, ментол и вспомогательные вещества.

Цель нашего исследования – получить клинические данные по оценке эффективности и безопасности оральной формы препарата Аскорил Экспекторант при лечении детей с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями.

Критерии включения: дети с группой риска развития бронхитов, включая obstructивную форму; кашель при ОРВИ у детей; кашель и трудно отделяемая вязкая мокрота у детей, ухудшающие качество жизни, снижающие ежедневную физическую и эмоциональную активность

Аскорил назначали в рекомендуемых дозировках: детям в возрасте старше 12 лет по 10 мл (2 чайные ложки); детям в возрасте 6–12 лет по 5–10 мл (1–2 чайных ложки) 3 раза в день; детям в возрасте до 6 лет по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в день.

Кашель, мокрота, общая оценка исследователя об эффективности и безопасности измерялись количественно в баллах и в зависимости от степени тяжести. Изучаемые параметры: 1. Оценка кашля по степени тяжести: 0 – отсутствует; 1 – легкая; 2 – средняя; 3 – тяжелая; 4 – очень тяжелая и 5 – инвалидизирующая. 2. Разделение кашля

на дневной и ночной. 3. Оценка объема мокроты: 0 – отсутствует; 1 – минимальный; 2 – значительный. 4. Критерии оценки эффективности. Общая оценка исследования: 1 – очень высокая эффективность; 2 – высокая эффективность; 3 – удовлетворительная эффективность; 4 – низкая эффективность; 5 – без эффекта. Критерии оценки безопасности: 1 – нет побочных эффектов; 2 – минимальный побочный эффект; 3 – выраженный побочный эффект; 4 – отмена терапии из-за побочных эффектов.

Было обследовано 5103 ребенка в возрасте от 1 до 15 лет с синдромом кашля, обратившиеся в городские детские поликлиники № 1, 3, 4, 6, 7, 8, 12 и в городские поликлиники № 2, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, г. Алматы.

Среди обследованных детей преобладали мальчики – 2696 против 2407 девочек. При этом одинаково часто болели мальчики как раннего, так и дошкольного возраста, тогда как девочки чаще болели в дошкольном возрасте и реже – в преддошкольном. Среди девочек заболевания верхних дыхательных путей встречались у 1535 (ВДП – 63,8%), нижних дыхательных путей – у 872 (НДП – 36,2%). Среди мальчиков заболевания ВДП было выявлено у 2434 (90,3%), НДП – у 262 (9,7%). Заболеваемость ОРВИ по мере взросления как среди мальчиков, так и среди девочек шла на убыль, что соответствует литературным данным. При этом было отмечено, что в раннем (преддошкольном) и в школьном возрастах чаще болели мальчики, а в дошкольном возрасте чаще болели девочки (таблица 1).

Таблица 1

Распределение детей по возрастам и полу

Пол	Возраст				Всего
	До 3-х лет	4–6 лет	7–10 лет	11–15 лет	
мальчики	872 (32,3%)	911 (33,9%)	589 (21,8%)	324 (12%)	2696
девочки	682 (28,3%)	1004 (41,7%)	459 (19,1%)	262 (10,9%)	2407

Среди жалоб при первичном осмотре в убывающем порядке занимали кашель, затем гипертермия, слабость, насморк, недомогание, першение и боль в горле, головная боль, одышка и боль в груди (таблица 2).

Таблица 2

Жалобы детей, предъявляемые при первичном осмотре

Пол	Жалобы								
	Кашель	Гипертермия	Одышка	Насморк	Першение и боль в горле	Слабость	Недомогание	Головная боль	Боль в груди
мальчики	2391 88,7%	573 22,3%	115 4,3%	349 12,9%	111 4,1%	451 16,7%	138 5,1%	43 1,6%	13 0,5%
девочки	2142 89%	635 26,4%	6 0,2%	285 11,8%	64 2,7%	293 12,2%	118 4,9%	34 1,4%	10 0,4%

Изучение оценки кашля до лечения выявило, что у наибольшего количества больных детей – как мальчиков, так и девочек (35,7–38,3%) – наблюдался частый кашель с сохранением повседневной деятельности днем. Более чем 2 периода кашля было у 783 больных мальчиков и у 663 девочек (35,9 и 37,6% соответственно). Частый кашель в течение дня, мешающей повседневной деятельности наблюдался у 428 мальчиков и у 421 девочки (15,9 и 17,5% соответственно). Что касается ночного кашля разной степени тяжести, его регистрировали у 100 % больных (таблица 3).

Общая оценка тяжести кашля до лечения

№	Тяжесть кашля	Днем (абс.,%)		Ночью (абс.,%)	
		абс.	%	абс.	%
0	Днем кашель отсутствует у мальчиков	136	5%	236	8,8%
	и у девочек	28	1,2%	65	2,7%
1	Короткий период кашля у мальчиков	288	10,7%	574	21,3%
	и у девочек	248	10,3%	546	22,7%
2	Более, чем 2 периода кашля у мальчиков	783	29,1%	969	35,9%
	и у девочек	663	27,5%	906	37,6%
3	Частый кашель с сохранением повседневной деятельности у мальчиков	963	35,7%	616	22,8%
	и у девочек	923	38,3%	622	25,8%
4	Частый кашель, мешающей повседневной деятельности у мальчиков	428	15,9%	275	10,2%
	и у девочек	421	17,5%	250	10,4%
5	Изматывающий кашель у мальчиков	98	3,6%	26	1%
	и у девочек	124	5,2%	18	0,8%

Изучение объема мокроты до лечения характеризует степень воспаления бронхов и обструкцию, значит, и тяжесть болезни. Мокрота выделялась в минимальном объеме – у 1274 мальчиков (47,3%) и у 1500 девочек (62,3%), причем значительный объем мокроты выделялся у 360 мальчиков (13,3%) и у 300 девочек (12,5%).

При объективном осмотре у большинства мальчиков (63%) и девочек (76,1%) состояние оценивалось как легкой, так и средней степени тяжести (таблица 4).

Таблица 4

Состояние детей при первичном и повторном осмотре

Пол	Состояние ребенка							
	удовлетворительное		легкой степени тяжести		средней степени тяжести		тяжелой степени	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
мальчики	993 (36,8%)	2695 (99,96%)	626 (23,2%)	–	1072 (39,8%)	1 (0,04%)	5 (0,2%)	–
девочки	513 (21,3%)	2405 (99,92%)	941 (39,1%)	1 (0,04%)	890 (37%)	1 (0,04%)	63 (2,6%)	–

При осмотре было выявлено в 4 раза больше детей с гипертермией, чем при сборе анамнеза. Жаловались на гипертермию 573 мальчика и 635 девочек, а при осмотре гипертермия выявлялась у 2090 мальчиков (77,5%), при этом у 744 детей (27,6%) температура повышалась свыше 37,5° С и у 1346 (49,9%) – менее 37,5°С; среди девочек гипертермия выявлялась в 2218 случаев (92,1%); при этом у 1086 детей (45,1%) температура была фебрильная; а у 1132 (47%) – субфебрильная.

В результате проведенного лечения состояние детей улучшилось и стало удовлетворительным в 99,9% у девочек и мальчиков. Количество приступов кашля в течение дня, а также мокроты изменилось в результате проведенной терапии Аскорилом (таблица 5).

Общая оценка тяжести кашля после лечения

Балл	Симптомы	Днем (абс.,%)		Ночью (абс.,%)	
		абс.	%	абс.	%
0	Кашля нет у мальчиков	1905	70,7%	2260	83,8%
	и у девочек	1981	82,3%	2109	87,6%
1	Короткий период кашля у мальчиков	519	19,2%	359	13,3%
	и у девочек	291	12,1%	233	9,7%
2	Более, чем 2 периода кашля у мальчиков	245	9,1%	70	2,6%
	и у девочек	135	5,6%	65	2,7%
3	Частый кашель с сохранением повседневной деятельности у мальчиков	27	1%	4	0,2%
	и у девочек	–	–	–	–
4	Частый кашель, мешающей повседневной деятельности у мальчиков	–	–	3	0,1%
	и у девочек	–	–	–	–
5	Изматывающий кашель у мальчиков	–	–	–	–
	и у девочек	–	–	–	–

После лечения у 2109 мальчиков (78,2%) и у 2100 девочек (87,3%) мокрота отсутствовала, у 524 мальчиков (19,4%) и у 249 девочек (10,3%) присутствовала в минимальном количестве и в значительном объеме выделялась у 63 мальчиков (2,3%) и у 58 девочек (2,4%). Применение Аскорила значительно изменило характер кашля, причем у 70,7–82,3% днем и 83,8–87,6% больных ночью он отсутствовал. Один эпизод кашля днем был у 19,2–12,1% больных, а ночью – у 13,3–9,7%, 2 периода кашля наблюдались днем у 9,1–5,6% больных, ночью у 2,6–2,7% больных. После лечения днем частый кашель наблюдался почти у 1% больных, тогда как до лечения частый кашель был у 35,7–38,3% больных.

Очень высокая эффективность – значительное снижение кашля с 1 дня приема Аскорила с полным прекращением кашля на 3-й день, отсутствие субъективных жалоб, аускультативные данные в норме. Такую оценку дали 77,2% врачей, участвовавших в исследовании. Высокая оценка исследователя включает снижение кашля с 1 дня приема препарата Аскорил, полное прекращение кашля на 6–8 день терапии, отхождение мокроты, в легких дыхание при аускультации с улучшением. Такая оценка была у 18,6% исследователей. Как видно, эффективность суммарно составила 95,8%. Оценка «удовлетворительно» дали 4,14%, низкая эффективность – 0,04% и без эффекта – 0,02% исследователей.

Изучение профиля безопасности применения препарата Аскорил показало, что в ходе исследования было зафиксировано у 152 девочек (6,3%) побочное действие в виде атопического дерматита (6,2%) и крапивницы (0,1%); у 289 мальчиков (10,7%) – в виде атопического дерматита. Возможно, побочное действие было вызвано аллергической реакцией к одному из компонентов препарата, так как все эти дети имели отягощенный аллергоанамнез. Суммарно побочный эффект был зафиксирован у 8,6% детей.

Таким образом, неинтервенционное клиническое исследование, проведенное фармацевтической компанией «Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД» в Казахстане показало высокий положительный терапевтический эффект лекарственного препарата Аскорил Экспекторант при лечении синдрома кашля у детей. Эффективность препарата

оценена исследователями как очень высокая и высокая в 95,8% случаев. Хорошая переносимость (в 91,4% случаев во всей популяции), минимальные побочные явления и фармакоэкономичность связаны с его микст-комбинацией.

Резюме

Ж.О. Сарбасова, А.А. Нуртаева, А.Н. Оразымбетова, Х.А. Султанкулова

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АСКОРИЛОМ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С КАШЛЕМ ПРИ ОРВИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В статье представлены клинические данные по оценке эффективности и безопасности оральной формы препарата Аскорил Экспекторант при лечении детей с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616.216.1-002-053.2-08:615.015.32

А.К. ШУКАЕВА, Н.А. КИМ, Н.П. КАЛЕМБЕТ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЦИННАБСИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Областная детская больница, г. Костанай

Риносинусит у детей является доминирующей патологией как стационара, так и амбулаторной практики. За последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 28–30% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей. Причем 50% детей, став взрослыми, продолжают болеть этими болезнями. Ежегодно число больных с воспалением околоносовых пазух увеличивается в среднем на 1,5–2%. В современной медицине сложилась парадоксальная ситуация: с одной стороны – это крупнейшие научные достижения, новые технологии и препараты, с другой стороны, неуклонный рост заболеваемости, в частности верхнего отдела дыхательных путей – полости носа и околоносовых пазух. Причин этому много: и ухудшение экологической обстановки, приводящей к изменению генетического аппарата, и недостаточное или несбалансированное питание, широкое применение в пищевой промышленности консервантов, красителей, эмульгаторов, и неуклонный рост количества новых стойких к антибиотикам штаммов патогенной микрофлоры, и значительное снижение сопротивляемости организма, и воздействие различных вредных факторов внешней среды (физических, химических, ионизирующей радиации) на функциональное состояние слизистой оболочки полости носа.

Что такое риносинусит

Учитывая единство верхнего и нижнего отделов дыхательных путей, слизистой оболочки как полости носа, так и околоносовых пазух, правильнее говорить не о синусите, а о риносинусите. Риносинусит – это воспаление слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух носа. Как известно, любой воспалительный процесс имеет фазы: повреждение (*alteracio*), экссудация, пролиферация. В случае гнойного воспаления придаточных пазух носа пазуха наполнена экссудатом (гноем, слизью или слизисто-гнойным содержимым). Отёк слизистой устьев пазух приводит к их непроходимости, вязкость экссудата препятствует выходу жидкости из пазухи. Поэтому лечение экссудативных и других форм синуситов направлено как на борьбу с инфекционным агентом, так и на создание условий для оттока содержимого из пазух.

Риносинусит – воспалительные изменения околоносовых пазух, распространяющиеся на слизистую оболочку, подслизистый слой, иногда надкостницу и костные стенки. Согласно европейским рекомендациям, риносинусит (включая полипоз носа) определяется как воспаление слизистой носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, один из которых представляет собой назальную обструкцию или выделения из носа (передние/задние), возможно сочетание с давлением/болью в области лица, снижением или потерей обоняния.

При эндоскопическом исследовании определяются:

- полипы и/или
- слизисто-гнойное отделяемое преимущественно в среднем носовом ходе и/или
- отек/слизистая обструкция преимущественно в среднем носовом ходе.

Компьютерная томография позволяет выявить изменения слизистой в пределах остеомаатального комплекса и/или пазух.

Какие причины могут привести к развитию риносинусита?

Воспалительные изменения слизистой оболочки носа, околоносовых пазух, слуховых труб могут быть обусловлены разными факторами: бактериальной, вирусной инфекцией, физической или химической травмой, аллергической реакцией и др.

У детей важными местными предрасполагающими факторами, нарушающими дренажную функцию и вентиляцию пазух, являются:

- особенности архитектоники носовой полости (искривление перегородки носа, шипы, гребни);
- гипертрофия аденоидных вегетаций, аденоидит;
- инородные тела полости носа;
- баротравмы;
- нарушение мукоцилиарного транспорта (дискинезия ресничек);
- кариозный процесс в зубах (особенно в четырех верхних);

Наиболее часто у детей острый риносинусит является осложнением вирусной инфекции (70–80%). Причиной развития вирусного синусита чаще всего являются респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа, аденовирусы, риновирус, коронавирусы и др. Вирусы очень изменчивы, поэтому концентрация специфических антител в слизистой оболочке оказывается низкой, и вирус проникает внутрь клетки, инфицирует эпителиоциты и начинает размножаться. Это ведет к запуску противовирусного иммунного ответа. Выделяются противовоспалительные цитокины и формируется отек слизистой оболочки, способствующий привлечению новых клеток воспаления.

В дальнейшем присоединяется микробная флора и развивается бактериальный риносинусит.

Наиболее частыми возбудителями бактериального острого синусита являются: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, реже *Streptococcus pyogenes*, *St. aureus* (у детей младшей группы), анаэробы (6%).

Надо помнить о том, что у детей, особенно до 3 лет, риносинусит может быть вызван такими внутриклеточными паразитами, как хламидии и микоплазма. Увеличилось число грибковых синуситов, в этиологии которых наибольшее значение имеют грибы рода *Candida*, но не исключено поражение и другими грибами рода *Aspergillus* или *Penicillium*.

В последние годы доказан высокий риск развития бактериальной суперинфекции у пациентов с аллергическим ринитом. У больных персистирующим аллергическим ринитом даже при отсутствии контакта с аллергеном сохраняется воспаление слизистой оболочки полости носа, что является предрасполагающим моментом для развития острого воспаления, особенно у детей со сниженной реактивностью.

Особенности архитектоники полости носа также имеют большое значение в развитии острого синусита у детей. Для нормального функционирования околоносовых пазух необходима их аэрация, которая осуществляется через естественные выводные отверстия. Шипы, гребни, искривление перегородки носа, наличие полипов способствуют нарушению аэрации и, следовательно, развитию воспалительного процесса. В связи с возрастной естественной узостью носовых ходов в детском возрасте даже незначительная отечность слизистой оболочки приводит к нарушению аэрации пазух и развитию риносинусита [1, 2].

Какковы основные принципы лечения больных риносинуситом

Первой ступенью в лечении острого синусита является купирование острого процесса, вторая ступень – реабилитация, третья – профилактика, четвертая – контроль и наблюдение.

В комплексное лечение риносинуситов входят различные группы препаратов. Одна из них – мукоактивные препараты. Одним из препаратов, действие которого охватывает все звенья патогенеза и весь симптомокомплекс воспалительного процесса околоносовых пазух, является Циннабсин. Данный препарат делает выделения более жидкими, улучшая реологические свойства патологического содержимого, устраняет обтурацию сгустками соустьев пазух, уменьшает отёк слизистой, восстанавливает мерцательный эпителий. В конечном итоге восстанавливается носовое дыхание [3].

«Циннабсин» содержит четыре компонента, которые в совокупности эффективно влияют на симптомы, возникающие при различных формах синуситов:

- стимулирует отток слизи и способствует восстановлению воспаленной слизистой оболочки;

- применяется при заболеваниях слизистой оболочки, сопровождающихся желтоватой слизистой секрецией;

- показан при воспалениях верхних дыхательных путей, сопровождающихся чиханьем, наличием водянистого или желтоватого вязкого или слизистого отделяемого, оказывает положительное влияние на такие симптомы, как чувствительность к холодному воздуху, ощущение сухости и жжения в носу, боль, отек и заложенность носа. Вследствие всего вышесказанного компоненты препарата одинаково подходят как для лечения больных острым и хроническим ринитом, так и при синуситах.

Дети получали стандартное лечение (антибактериальную терапию, гипосенсибилизирующую терапию, анемизацию слизистой оболочки полости носа по показаниям не более 3 дней, пункции верхнечелюстных пазух с последующим промыванием физиологическим раствором по показаниям).

Циннабсин назначали согласно инструкции к применению: первые 2 суток лечения – по 1 таблетке каждый час (12 раз в день), после улучшения состояния с 3 суток – по 1–2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления.

В нижеприведенной таблице 1 показано количество детей, пролеченных в отделении и амбулаторно (в поликлинике областной детской больницы) данным препаратом:

Таблица 1

Количество детей по возрастным группам, пролеченных Циннабсином

	2009 год	2010 год	2011 год	<i>всего</i>
6–8 лет	108	126	144	378
9–11 лет	117	148	96	361
12–14 лет	132	116	138	386

У данной категории пациентов в основном имела место острая форма риносинусита. Препарат назначался согласно инструкции с учетом возраста больного. Результат лечения сделан на основании субъективных данных (жалоб, анамнеза, самочувствия больного) и объективных (состояние носового дыхания, данные передней и задней риноскопии).

Побочные явления при применении Циннабсина не наблюдались.

После выписки ребенка из стационара и при последующем амбулаторном лечении доза Циннабсина сохранялась на срок до 1–3 месяцев.

Оценку клинической эффективности проводили на основании клинических данных (динамики таких показателей, как головная боль, затруднение носового дыхания, количество отделяемого из носа, отек слизистой оболочки, ее гиперемия и инфильтрация).

У детей, получавших Циннабсин, отмечали более выраженную положительную динамику как субъективных, так и объективных показателей клинической эффективности: уменьшались головная боль, количество отделяемого, гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки полости носа; улучшались функциональные показатели слизистой оболочки полости носа.

Таблица 2

Результаты проводимого лечения

Годы	Кол-во детей	Выздоровление	Улучшение	Ухудшение
2009 г.	378	342–90,5%	36–9,5%	–
2010 г.	361	325–90%	36–10%	–
2011 г.	386	377–97,6%	9–2,3%	–

У детей, получавших Циннабсин, не выявлено ухудшения, жалоб и побочных действий.

Выводы

Учитывая вышеизложенное, можно рассматривать применение Циннабсина как безопасного и эффективного мукоактивного препарата в комплексной терапии риносинуситов.

Хорошая переносимость позволяет рекомендовать применение Циннабсина в лечении острых риносинуситов всем пациентам в комплексной терапии и в качестве монотерапии (особенно пациентам, которым нежелательно применение антибиотиков).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Лопатин А.С.* Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух. 2004.
2. *Тулебаев Р.К., Безшапочный С.Б., Лобурец В.В.* «Комплексное лечение острых и хронических риносинуситов». Астана, 2009.
3. *Фризе К.Х.* Циннабсин в лечении больных острым риносинуситом // Ринология. 2007, № 4.

Резюме

А.К. Шукаева, Н. А. Ким, Н.П. Калембет

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЦИННАБСИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

В статье представлены краткие сведения о риносинуситах у детей, о распространении, причинах заболевания, лечении. Показаны результаты применения эффективного, безопасного мукоактивного препарата Циннабсин в комплексной терапии риносинуситов у детей.

Д.Е. ОГАЙ

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

ГКП на ПХВ Илийского района ВА с. Чапаева

Заболевания органов мочевой системы у детей остаются серьезной медико-социальной проблемой. Это, прежде всего, объясняется их большой распространенностью, о чем свидетельствуют эпидемиологические и клинические данные [1–2]. В детской популяции распространенность заболеваний органов мочевой системы составляет 29:1000. Актуальна эта проблема и тем, что уровень патологии почек у детей 0–14 лет увеличился почти в 2 раза.

Ежегодно в мире среди детей фиксируется около 50 миллионов случаев инфекции мочевыводящих путей. В структуре заболеваний органов мочевой системы пиелонефрит занимает первое место, составляя 47–68% нефрологической патологии [3].

Широкое распространение инфекции мочевой системы в детской популяции в значительной мере обусловлено теми экологическими сдвигами, которые наблюдаются в последние десятилетия. Заметное изменение клинической картины пиелонефрита с увеличением количества маломанифестных и латентных форм затрудняет своевременную диагностику, а значит, отодвигает адекватные терапевтические мероприятия [4–5].

Для выполнения поставленной цели обследовано в 2008–2012 гг. 245 детей с пиелонефритом в возрасте от 1 месяца до 17 лет, из них 127 детей с острым и 127 – с обострением хронического пиелонефрита. К моменту обследования средний возраст группы детей с острым пиелонефритом составил $5,43 \pm 0,57$ лет, группы детей с хроническим пиелонефритом $7,72 \pm 0,43$ лет. Соотношение девочек и мальчиков составило 1:0,24 и 1:0,15 соответственно. Средний возраст дебюта заболевания в группе детей с хронической патологией составляет $3,92 \pm 0,28$ лет. В 78,2% наблюдений имелось указание на острое начало заболевания. У 21,8% мочевой синдром был выявлен случайно. Среди детей со случайно выявленным мочевым синдромом в 57,1% установлены различные пороки развития мочевой системы. Рецидивирующее течение хронического пиелонефрита преобладало над латентным – 65,3% и 34,7% соответственно.

Сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация проводились по общепринятым в клинике методам. Бактериологическое исследование мочи проводилось полуквантитативным методом секторных посевов.

При ретроспективном изучении перинатального анамнеза выяснили, что только в 30% наблюдений в группе детей с острым пиелонефритом и в 25,8% наблюдений в группе детей с хроническим пиелонефритом имело место физиологическое течение беременности. Достоверных отличий по факторам, отягощающим перинатальный анамнез, между группами не выявлено.

Отягощенность наследственного анамнеза по заболеваниям органов мочевой системы (пиелонефрит, цистит, поликистоз) и обменным нарушениям (мочекаменная болезнь) достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдалась у родственников детей с хроническим пиелонефритом, чем у детей с острым пиелонефритом, причем более чем в 60% случаях патология почек отмечалась у матери (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, пороки развития мочевой системы).

Оценка физического развития показала, что большинство детей имеет нормальное физическое развитие, при котором показатели длины и массы тела находятся в диапазоне от 25-го до 97-го центиля. Обращает на себя внимание преобладание детей с дисгармоничным развитием в группе с хроническим процессом ($p < 0,05$), что является проявлением общего диспластического синдрома. Наличие малых аномалий развития говорит об изначальной тканевой дисплазии, что является неблагоприятным фактором для развития воспалительного процесса. Процент тубинфицированных детей среди больных с хроническим течением заболевания был в 3,8 раза выше, чем в группе детей с острой формой патологии.

Фоном для развития пиелонефрита у детей с хронической формой заболевания в 55,9% случаев служила обструктивная уропатия. Среди пороков развития отмечались: пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), нефроптоз, гидронефроз, удвоение чашечно-лоханочной системы, нейромышечная дисплазия мочеточников.

Среди детей с острой патологией при проведении ультразвукового скрининга изменения со стороны мочевой системы выявлены в 52% наблюдений. В 13% выявлены пороки развития мочевой системы – гидронефроз, ПМР, гипоплазия, удвоение почки. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря отмечена у 35,5% пациентов с острым и у 83% пациентов с хроническим процессом ($p < 0,05$). В 7,5% и 13,7% наблюдений детей с острым и хроническим пиелонефритом в анамнезе отмечалось наличие дизметаболической нефропатии.

В результате проведенного исследования провоцирующие факторы, способствующие развитию пиелонефрита были выявлены у 65% детей с острым и 41% с хроническим пиелонефритом. В случае острого развития заболевания достоверно чаще были указания на предшествующее переохлаждение ($22 \pm 3,6\%$). В 3% наблюдений выявлен предшествующий диарейный синдром. У детей с хроническим течением болезни отмечено обострение заболевания после оперативного лечения и преждевременной отмены уросептиков. Клиника вульвита отмечалась у 26% девочек с острым и у 21,3% девочек с хроническим пиелонефритом. У 14,3% больных хроническим пиелонефритом обострение заболевания выявлено случайно при профилактическом медицинском обследовании.

В активную стадию заболевания регистрировались жалобы, отражающие интоксикационный, болевой синдромы, расстройства мочеиспусканий (в виде частого и болезненного) и мочевой синдром.

Расстройства мочеиспускания в виде частых и болезненных позывов чаще отмечались у детей с острой патологией (50,8%, $p < 0,05$), преимущественно это дети младшей возрастной группы. У детей с хронической формой патологии, наряду с вышеуказанными жалобами отмечалось изменение ритма спонтанных мочеиспусканий в виде урежения количества микций – 31,7% ($p < 0,05$). В группе детей с хроническим пиелонефритом достоверно чаще встречались жалобы на ночное и дневное недержание мочи, поводом для обращения к врачу эта ситуация была в 27,7% случаев ($p < 0,05$).

У детей с хроническим пиелонефритом отмечалась высокая частота признаков хронической интоксикации, что, вероятно, связано с длительностью течения самого заболевания. Только в этой группе детей жалобы такого плана служили поводом для обращения к врачу. У детей с острой формой патологии интоксикационный синдром сочетался с лихорадкой, тогда как у детей с хроническим пиелонефритом он был и на фоне нормальной температуры.

Основными изменениями в гемограмме при пиелонефрите были лейкоцитоз, нейтрофилез и увеличение СОЭ. При этом содержание лейкоцитов и увеличение СОЭ было

достоверно выше у детей с острой формой патологии ($p < 0,05$). Манифестация клинической картины пиелонефрита не у всех пациентов сопровождалась воспалительными изменениями в анализах крови. У детей с острым пиелонефритом лейкоцитоз более чем $9 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался в 55,1% случаев, из них в 24% случаев – выше $15 \times 10^9/\text{л}$. Среднее значение лейкоцитов в группе составило – $10,16 \pm 0,43 \times 10^9/\text{л}$. Нейтрофилез выявлен у 63,8% больных. Сдвиг формулы влево (палочкоядерные лейкоцитов 5% и более) наблюдался у 20,4% больных. Увеличение СОЭ более 15 мм/час отмечено в 62,9% случаев. В среднем СОЭ составила $24,13 \pm 1,47$ мм/час. У детей с хроническим пиелонефритом лейкоцитоз более чем $9 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался лишь в 22% случаев. Среднее значение лейкоцитов в группе составило – $7,18 \pm 0,23 \times 10^9/\text{л}$. Сдвиг формулы влево отмечен у 7% больных. Нейтрофилез выявлен у 28,3% больных. Увеличение СОЭ более 15 мм/час выявлено в 36,3% случаев. В среднем СОЭ составила $14,1 \pm 1,18$ мм/час.

Мочевой синдром был представлен лейкоцитурией, протеинурией и эритроцитурией. У детей с острым процессом достоверно чаще встречалась массивная лейкоцитурия, тогда как у детей с хроническим пиелонефритом – умеренная. Эпизод микрогематурии в острую фазу заболевания отмечался у 22,5% больных с острым и 25% с хроническим пиелонефритом. Протеинурия в утренней разовой порции мочи зафиксирована у 37,5% и 55,6% пациентов соответственно. В среднем протеинурия у детей с острым пиелонефритом составила $0,085 \pm 0,013$ г/л, у детей с хроническим – $0,136 \pm 0,027$ г/л. Появление более выраженной протеинурии у детей с хроническим процессом можно объяснить, с одной стороны, нарушением реабсорбции в проксимальных канальцах, с другой стороны, развитием гломерулосклероза, что имеет место даже при непродолжительном течении болезни.

В основе диагностики микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы лежит микробиологическое исследование мочи с выделением возбудителя и оценкой степени бактериурии. Всем больным проведено бактериологическое исследование мочи. Диагностически значимая бактериурия ($> 10^4$ КОЕ/мл) регистрировалась у 62,8% больных, чаще при остром пиелонефрите (67,7%), чем при хроническом (55,9%), что соответствует данным литературы. В 7,8% и 14,1% случаев соответственно отмечался рост флоры в недиагностическом титре.

Из мочи было выделено 11 родов/видов различных микроорганизмов. Основными возбудителями пиелонефрита являются представители семейства Enterobacteraceae (76,4%), при невысоком удельном весе грамположительных кокков (13,6%). Среди Enterobacteraceae главным образом преобладала *Escherichia coli*, которая обнаруживалась у 64,3% детей. Другие представители Enterobacteraceae выделялись значительно реже.

Различия в структуре возбудителей у больных с острым и хроническим пиелонефритом касались частоты выделения отдельных представителей семейства Enterobacteraceae. У детей с острым течением заболевания достоверно чаще выделяли *Escherichia coli*. Возбудители группы Enterobacteraceae у детей с хроническим течением процесса встречались в 1,5 раза реже, но в структуре штаммов этого семейства в 3 раза чаще выделяли представителей рода *Klebsiella* (*K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *K. rhinoscleromatis*) и представителей рода *Proteus*. Такие микроорганизмы, как *Ps. aeruginosa*, *Acinetobacter* spp. и *Citrobacter* spp. не выявлялись при остром развитии заболевания.

Таким образом, анализ клинической картины острого и хронического пиелонефрита выявил, что у детей с острым течением заболевания достоверно чаще отмечались жалобы на повышение температуры тела и расстройство мочеиспускания в виде

частого и болезненного. Для хронического течения заболевания больше характерны жалобы на расстройство мочеиспускания в виде урежения ритма микций и наличие интоксикационного синдрома. Среди факторов, способствующих развитию острого заболевания, достоверно чаще отмечаются указания на переохлаждение. У детей с обострением хронического процесса немаловажную роль играют несвоевременная отмена уросептиков, оперативное лечение по поводу порока мочевой системы. Острый пиелонефрит характеризуется более выраженными изменениями в гемограмме и в анализах мочи, чем обострение хронического процесса. Лидирующие позиции в структуре возбудителей острого и хронического пиелонефрита принадлежат представителям семейства Enterobacteraceae, главным представителем которой является E.coli.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранова А.А., Сергеевой Т.В. Амбулаторная нефрология. Союз педиатров России. М.: 2010. Том 1. 152 с.
2. Таболина В.А., Бельмера С.В., Османова И.М. Практическое руководство по детским болезням. Том 6. Нефрология детского возраста. М: Мед. практика. 2005. 712 с.
3. Игнатова М.С., Длин В.В., Харина Е.А. и др. Первые шаги в детской эконефрологии. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1994. № 9. С. 31–33.
4. Вельтищев Ю.Е., Балева Л.С. Научные и организационные принципы современной педиатрии. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1997. № 4. С. 6–15.
5. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПб: СОТИС. 1997. 342 с.

Резюме

Д.Е. Огай

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

В данной статье приводятся результаты исследования особенностей клинической картины острого и хронического пиелонефрита. В основе хронизации и прогрессирования микробно-воспалительных заболеваний почек лежат нарушения иммунологической реактивности. Полученные данные заставляют нас искать новые возможности предотвращения хронизации микробно-воспалительного процесса.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-053.2

Д.Е. ОГАЙ

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ГКП на ПХВ Илийского района ВА с. Чапаева

В настоящее время заболевания почек остаются серьезной и значимой проблемой в педиатрии. Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек в любых возрастных группах. У детей пиелонефрит занимает второе-третье место по частоте после заболеваний органов дыхания. Он является причиной госпитализации 4–5% всех детей, леченных в стационаре [1, 2].

Роль большинства факторов риска в патогенезе пиелонефрита неоднократно рассматривалась в отечественной и мировой литературе. Общее состояние организма

играет важную роль в возникновении и развитии пиелонефрита. Из общих факторов важнейшим является состояние эндокринной системы. Она часто способствует возникновению рецидивов пиелонефрита, повышает восприимчивость организма даже к слабовирулентной инфекции. Ожирение и сахарный диабет также является фактором, предрасполагающим к возникновению пиелонефрита, который у больных с этим заболеванием наблюдается в 4–5 раз чаще [3–5].

Отмечено, что многие соматические заболевания, протекающие на фоне повышенной массы тела, характеризуются упорным течением и существенно снижают качество жизни. С точки зрения противоинфекционной защиты микробно-воспалительные заболевания слизистых, протекающие на фоне повышенной массы тела, характеризуются значительными изменениями в иммунном статусе с превалированием атопических нарушений и дисметаболических проявлений.

С учетом этого актуальным является изучение характера течения и механизмов хронизации микробно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы у детей с повышенной массой тела, разработка механизмов метаболической коррекции избыточной массы тела с целью снижения риска возникновения и прогрессирования патологии мочевой системы через стабилизацию цитомембран и физико-химических свойств мочи. Представляет интерес уточнение патогенетических механизмов формирования преморбидного фона и персистирования микробного процесса у детей с повышенной массой тела [6–9].

Целью исследования явилось изучение частоты и характера патологии органов мочевой системы (ОМС) у детей с повышенной массой тела.

Под наблюдением находились 415 детей с избыточной массой тела, в том числе состояние избыточного питания имело место у 203 (49%), I ст. ожирения – у 139 (33%), II ст. – у 62 (15%), III ст. – у 7 (2%), IV ст. – у 4 (1%) детей, из них 79 девочек и 20 мальчиков. Возраст детей колебался от 2 до 17 лет.

Трехэтапное скрининговое обследование в этой группе позволило подтвердить патологию ОМС у 99 детей (24%).

Анализ характера патологии мочевой системы у детей с повышенной массой тела показал, что ведущее место занимают различные варианты бактериального поражения тубулоинтерстициальной ткани. Так, острый бактериальный тубулоинтерстициальный нефрит выявлен у 21% детей с установленной патологией мочевой системы, хронический пиелонефрит у 39% больных. У 13% детей с повышенной массой тела отмечались дисметаболические нефропатии, периодически рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей выявлены у 26% больных.

Особенностью начала возникновения и течения микробно-воспалительных заболеваний у детей с повышенной массой тела является их прогрессирование в более старшем возрасте. Так, доля девочек от 2–6 лет составила 9% (38 случаев) мальчики от 2–6 лет – 3% (18 случаев). В старшей возрастной группе нами установлено повышение частоты патологии ОМС в 3,5 раза, у девочек оно составило 7% (41 случай), и у мальчиков этой возрастной группы 2%.

Как показали результаты исследования, инфицирование мочевыводящих путей при СД продолжает оставаться широко распространенным феноменом у большого числа пациентов. Так, например, из мочи более чем половины лиц с ожирением ($52,7 \pm 1,1\%$) к концу первого года наблюдения начинала высеваться разнообразная микробная флора, свидетельствующая о нарушении естественных механизмов поддержания стерильности мочевыводящих путей и развитии в них инфекции.

При этом прогрессирующее снижение резистентности организма проявляется значительным нарастанием частоты выделения микстинфекций в виде микробных и микробно-грибковых ассоциаций. У больных с ожирением 1–4-й степени монокультуры уропатогенов не выявлялись ни в одном случае, зато практически в равной степени и аэробные, и анаэробные микроорганизмы высеивались в составе 3–5-компонентных ассоциаций. С увеличением возраста детей, судя по полученным результатам, можно считать, что у многих пациентов, точнее у $62,8 \pm 0,3$, имеется клинически значимое инфицирование мочевыводящих путей.

Разумеется, что клиническая интерпретация бактериальной контаминации мочи от уровня бессимптомной бактериурии до манифестированной инфекции основывается четких количественных критериях, однако выявленные факты уже позволяют утвердиться во мнении, что профилактика инфекционных поражений почек у больных с избыточной массой тела является одним из основных аспектов борьбы с этим недугом.

Как показали наши исследования, у 92–94% детей, страдающих пиелонефритом, имел место дисбактериоз кишечника 1–2-й степени; у 67% детей из кишечника высеивались такие условно-патогенные штаммы, как клебсиеллы, протеи, дрожжеподобные грибы рода Кандида, энтеробактеры и другие.

Таким образом, повышенная масса тела является неблагоприятным фактором риска возникновения и персистенции инфекции мочевой системы у детей, что требует проведения постоянного скрининга на патологию ОМС у этого контингента.

Полученные нами данные обосновывают проведение дальнейших исследований у детей этой категории с целью уточнения патогенетических механизмов развития патологии мочевой системы и научного обоснования различных подходов ее профилактики и эффективной терапии.

Результаты этих исследований могут оказать существенное влияние на планирование лечебно-профилактической работы в здравоохранении и быть положены в основу мероприятий, которые определяют наиболее важные направления в решении сложных и разнообразных задач профилактической медицины.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Сергеева Т.В. Амбулаторная нефрология. М.: Союз педиатров России. 2010. Том 1. 152 с.
2. Таболина В.А., Бельмера С.В., Османова И.М. Практическое руководство по детским болезням. Нефрология детского возраста. М.: Медпрактика. 2005. Том 6. 712 с.
3. Игнатова М.С., Длин В.В., Харина Е.А. и др. Первые шаги в детской эконефрологии // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1994. № 9. С. 31–33.
4. Вялкова А.А. Роль факторов предрасположения в формировании и хронизации тубулоинтерстициального нефрита у детей: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989. 150 с.
5. Яцык П.К., Сенцова Т.Б., Атаева Д.Т. и др. Бактериальные инфекции мочевой системы у детей // Педиатрия. 1996. № 1. С. 19–22.
6. Ogra P.L., Faden H.S. Urinary tract infections in children: An update. J. Pediatr 1985; 106:6:1023–1029.
7. Вельтищев Ю.Е., Балева Л.С. Научные и организационные принципы современной педиатрии // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1997. № 4. С. 6–15.
8. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПб: СОТИС. 1997. 342 с.
9. Калугина Г.Б., Клушанцева Н.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. М. 1993. 27 с.

Резюме

Д.Е. Огай

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

В данной приводятся результаты обследования детей с избыточной массой тела, которая является неблагоприятным фактором риска возникновения и персистирования инфекции мочевой системы у детей, что требует проведения постоянного скрининга на патологию ОМС у этого контингента. Полученные нами данные обосновывают проведение дальнейших исследований у детей этой категории с целью обоснования различных подходов ее профилактики и эффективной терапии.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-053.2

*М.М. ТУРЕХАНОВ, С.Ч. САДЫКОВА, А.К. САГИНДЫКОВА,
Г.Б. ЖАРМУХАМЕТОВА, Х.Т. ИСЛАМОВА, А.Б. ЕРКИНБЕКОВА,
А.Д. НУРАХОВА, Г.К. ОТЕПОВА*

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Республиканская детская клиническая больница «Ақсай»,
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
сан-эпидемиологическая станция ДУИС г. Алматы.*

Среди врожденных пороков развития челюстно-лицевой области (ЧЛО), расщелины верхней губы и неба являются самыми распространенными.

По общепринятой статистике пороки развития ЧЛО встречаются с частотой 1–1,2 случаев на 1000 новорожденных.

В Республике Казахстан в зависимости от регионов они встречаются от 1:450 до 1:1000 рождений.

В республиканской детской клинической больнице (РДКБ) «Ақсай» в 2002 году впервые в составе хирургического отделения были выделены 15 коек для детей с патологиями ЧЛО. В этом же году под наркозом было прооперированно 92 ребенка (60 – с расщелиной верхней губы, 32 – с расщелиной неба).

В последующие годы число детей с данной патологией стало увеличиваться и в 2008 году было выделено самостоятельное отделение ЛОР-болезней и Челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) на 45 коек, из них 25 коек для детей с патологиями ЧЛО.

В 2010 году в клинике прооперированно 449 детей. Из них 350 детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН), преимущественно до 3-х лет (75%).

Нами предпринята попытка обмена опытом по анестезиологическому пособию детей с патологией ЧЛО.

Анестезиологическое пособие у детей с патологией ЧЛО имеет следующие особенности:

1) Преимущественно проводится у детей раннего возраста (до 3-х лет).

Для проведения хейлопластики оптимальным сроком считается возраст 4–6 мес., для уранопластики 1–1,5 года.

Последние годы в отдельных случаях обе операции стали проводить одновременно, в возрасте 5–6 мес.

2) Наличие у детей с ВРГН сопутствующих пороков развития других систем и органов (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и т. д.);

3) Наличие таких осложнений основных заболеваний, как бронхит, аспирационная пневмония и др., а также фоновых заболеваний: рахит, анемия, гипотрофия;

4) Для безопасности ребенка и удобства хирурга необходимость применения эндотрахеального, назотрахеального наркоза при уранопластике;

5) Трудности при интубации трахеи, связанные с анатомическими особенностями, и необходимость тщательной фиксации эндотрахеальной трубки;

6) Относительная малая травматичность операции в ЧЛО с умеренным кровотечением при адекватном хирургическом и анестезиологическом гемостазе. В связи с чем отсутствует необходимость в применении наркотических анальгетиков и переливании крови или плазмы;

7) Хирургическое вмешательство проводится на богато иннервированных тканях, что требует достаточной атропинизации;

8) Операции средней длительности, обычно от 40 мин. до 1,5 часов.

В предоперационном периоде все дети проходили тщательное лабораторное обследование и обследование у узких специалистов. Особое внимание уделяли наличию сопутствующей и фоновой патологий.

Всех детей и их родителей предупреждали о воздержании от приема пищи не менее 6 часов, а анестезиологический риск по шкале ASA детей с врожденной патологией ЧЛО оценивали на уровне II–III степени, редко IV степени.

Премедикация у детей была обычной, состояла из введения атропина и димедрола в обычных возрастных дозах. По показаниям в премедикацию включали другие препараты: седативные, гормоны, бронхолитики и т. д.

В предоперационной комнате ребенку вводили кетамин 3–5 мг/кг веса внутримышечно. Затем проводили катетеризацию периферической вены, налаживали внутривенное введение жидкостей.

Наркоз начинался с ингаляции фторана, до достижения стадии III.

Затем вводили дитилин в количестве 1–2 мг/кг веса и приступали к интубации трахеи через нос (или рот), начинали искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции.

Для этого пользовались аппаратом японской фирмы «АСОМА». При нормальном течении операции необходимость в применении наркотических анальгетиков не возникала.

У детей старше 3-х лет для ведения наркоза хорошо зарекомендовало себя применение рекофола с кетамином (кетамин по 1–2 мг/кг веса, рекофол по 2мг/кг веса).

Интраоперационный мониторинг осуществляли портативным монитором японской фирмы «НИНОН КОНДЕН».

В течение наркоза оценку адекватности анестезии осуществляли путем контроля за пульсом (PS), артериальным давлением (AD), уровнем кислорода (PO₂) и углекислого газа (PCO₂) и диуреза, по показаниям исследовалось кислотно-щелочное состояние (КЩС) пациента. Инфузионная терапия проводилась в объеме физиологической потребности.

После завершения операции, спонтанное дыхание у больного восстанавливалось в операционной, затем ребенка транспортировали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Через 20–30 минут после операции, после тщательной санации верхних дыхательных путей, трахеобронхиального дерева, проводилась экстубация.

При неосложненном течении раннего послеоперационного периода еще через 30–40 минут ребенка переводили в отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ).

В 2011 году в клинике появился новый ингаляционный галогеносодержащий наркотик: севоран, основным преимуществом которого является быстрое наступление анестезии. Учитывая вышеперечисленные особенности анестезиологического пособия у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, нами предпринята попытка использования севорана для проведения мононаркоза.

При поступлении ребенка в операционный блок (ОПБ) сразу начинают ингаляцию севорана: с 0,5 об.% до 6 об.% через 5 минут. После наступления хирургической стадии пунктируют вену, вводят гемостатики, реалаксанты, интубируют трахею. Ребенка переводят на аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ), начинают операцию. Через 10–15 минут восстанавливается адекватное спонтанное дыхание, т.е. операция проводится на самостоятельном дыхании через эндотрахеальную трубку под контролем кислотно-щелочного состояния (КЩС). Ребенок просыпается через 5–10 минут после окончания операции.

Основным преимуществом этого вида анестезии является быстрое введение в наркоз и быстрый выход из него, т.е. возможна ранняя экстубация, перевод ребенка в отделение ЧЛХ. Основным недостатком является недостаточная анальгетическая активность севорана у детей старшего возраста. Таким образом, у детей старшего возраста севоран необходимо сочетать с анальгетиком. В целом, данный вид анестезиологического пособия у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области является очень перспективным.

Из 449 детей с врожденной патологией ЧЛЮ, оперированных под наркозом, у 12 детей наблюдались различные осложнения: бронхоспазм у 4 детей, аспирационная пневмония у 2 детей, остановка сердца у 2 детей, рвота у 4 детей.

Все осложнения были связаны с сопутствующей патологией и осложнениями основного заболевания.

Лечение предполагаемых осложнений должно быть профилактическим. Ребенку, у которого возможно развитие бронхоспазма в премедикации, а также на этапе вводного наркоза, вводили преднизолон и эуфиллин. При опасности развития пневмонии вводились антибиотики. При возможности рвоты вводились церулин, церукал. Лечение асистолии проводилось по общепринятой реанимационной схеме.

Резюме

*М.М. Туреханов, С.Ч. Садыкова, А.К. Сагиндыкова,
Г.Б. Жармухаметова, Х.Т. Исламова, А.Б. Еркинбекова,
А.Д. Нурахова, Г.К. Отепова*

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлены особенности анестезиологического пособия у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Резюмируя вышесказанное, считаем, что тщательная предоперационная подготовка и проведение анестезиологического пособия с учетом анатомо-физиологических особенностей челюстно-лицевой области у детей с врожденной патологией, а также адекватное послеоперационное ведение больных позволяет успешно проводить самые разные операционные вмешательства по мере необходимости у таких детей. Кроме того, очень перспективным является широкое внедрение в практику новейших ингаляционных галогеносодержащих анальгетиков, типа севоран, изофлюрат и т. д.

Г.Е. ДУКУМБАЕВА

ФИТОДЕРМАТИТЫ У ДЕТЕЙ

ГКП на ПХВ Илийского района, ВА с. Чапаева

По данным зарубежных исследователей, примерно 25% всех обращений к врачам составляют жалобы на патологию кожи [1]. Среди них у детей наиболее часто встречаются дерматиты: себорейный, контактный (пеленочный) и атопический. Фитодерматит – большая группа различных по клиническим проявлениям, преимущественно островоспалительных заболеваний кожи, возникающих при контакте кожного покрова человека с рядом растений. Фитодерматит может быть обусловлен соприкосновением с ядовитыми раздражающими частями растений; чаще имеет место сенсibilизация организма при повторных контактах с растительными аллергенами [2–3]. В последние годы ученые отмечают увеличение частоты контактного дерматита в общей практике [4–5].

С весны до осени в нашем регионе регистрируются случаи папулоуртикарной формы дерматита, возникающей у детей в результате контакта с листьями некоторых растений. За 8 лет мы наблюдали 69 случаев фитодерматита, из них в 41 дерматит появился после купания. В зависимости от клинической картины и вида контакта больные были разделены на две группы – с локализованным и диффузным дерматитом.

С локализованным дерматитом было 28 детей в возрасте от 3 до 13 лет, причем большинство (23) – в возрасте от 6 до 11 лет. Наиболее частой причиной дерматита был контакт с лютиком едким (13 случаев), затем с ромашкой (7), одуванчиком и пионом (по 4 случая).

Симптомы болезни появлялись на 1–3-й день после контакта с растением в форме ограниченной или распространенной эритемы, часто в виде полос с множеством папулоуртикарных элементов бледно-розового цвета. В 11 случаях гиперемии не отмечалось, в 3 наблюдалось по 2 полосы. Течение дерматита было длительным – 2–4 нед. Вид сыпи почти не менялся, лишь в результате расчесов образовывались множественные ссадины, которые быстро заживали, не оставляя следов. Эритема исчезала обычно на 7–10-й день. Сыпь имела только на верхней половине тела и верхних конечностях; на лице и волосистой части головы она не встречалась. Из других симптомов отмечался умеренный зуд.

Больная С., 12 лет, обратилась в больницу 27.06.2011 г. с жалобами на сыпь в области грудной клетки слева и умеренный зуд. 25–26.05. загорала у реки и собирала букеты лютика едкого. Вечером 26.05 появился зуд, сыпь в области грудной клетки слева, по поводу которой девочка и обратилась к врачу.

При осмотре грудной клетки слева обнаружена отграниченная папулоуртикарная сыпь на участке размером 15×5 см; диаметр элементов – от 1 до 3 мм. Зуд умеренный, в местах расчесов множественные ссадины. В течение всего периода болезни температура тела нормальная. Сыпь исчезла на 22-й день болезни, зуд прекратился на 8-й день.

Больная Т., 6 лет, обратилась в больницу 13.08.2011 г. с жалобами на красную полосу от угла правой лопатки до правого края грудины, сыпь, незначительный зуд. Во время игры «в покос» имела контакт с ромашкой, после чего появилась сыпь. На коже правой половины грудной клетки, от правого края грудины до угла правой лопатки,

видна ярко-красная полоса размером 7×18 см, несколько возвышающаяся над уровнем неизменной кожи, покрытая большим количеством папулоуртикарных элементов диаметром от 1 до 3 мм. Отмечаются зуд и чувство стягивания кожи. В течение всего периода болезни температура тела нормальная. Гиперемия исчезла на 12-й день, зуд – на 17-й день, папулоуртикарии – на 24-й день.

Диффузный дерматит наблюдался у 41 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет. Он обычно появлялся после купания в стоячих или малопроточных водоемах, обильно заросших разного вида растениями. В отдельные дни после массовых купаний дерматит носил характер небольшой вспышки. Симптомы болезни появлялись обычно через 1–2 дня после купания. Сыпь распространялась по коже туловища и на конечностях в виде папулоуртикарии диаметром от 1 до 3 мм (высыпания внешне напоминали ветрянную оспу). Лицо, волосистая часть головы, ладони, подошвы, слизистые оболочки были чистыми. Из других симптомов имелся только зуд. Процесс протекал подобно локализованному дерматиту. Выявить растение, вызвавшее дерматит, не удалось из-за обилия растительности в водоемах и вокруг них.

Больной Н., 14 лет, обратился в больницу 12.07.2011 г. с жалобами на сыпь по всему телу, небольшой зуд. Накануне купался в небольшом пруду, наполовину заросшем болотной растительностью. На следующий день появилась сыпь по всему телу, зуд. При осмотре на коже туловища, верхних и нижних конечностях отмечена сыпь папуло-уртикарного характера бледно-розового цвета с элементами диаметром от 1 до 3 мм. Все элементы сыпи находились в одной стадии развития и появились одновременно. В результате расчесов возникло большое количество ссадин. Сыпь исчезла на 17-й день от начала болезни.

Лечение локализованного и диффузного дерматита антигистаминными, противовоспалительными и гормональными мазями дает слабый эффект. Не влияя на длительность течения сыпи, эти средства снимают зуд, тем самым предотвращая расчесы кожи.

Отсутствие эозинофилии крови и эффекта от лечения антигистаминными и гормональными мазями позволяет исключить аллергический характер заболевания. В то же время возникновение дерматита только в жаркие дни при повышенной влажности воздуха, когда происходит обильное выделение эфирных масел из растений, указывает на какое-то токсическое действие этих масел на кожу. Имеет значение и состояние кожи. Сыпь появляется только на влажной коже (в результате усиленного потоотделения или купания); масла проникают, вероятнее всего, через протоки потовых желез, вокруг которых и развиваются очаги поражения. При высокой температуре и усиленном потоотделении увеличивается растворимость различных веществ; при низкой же температуре и пониженном или нормальном потоотделении они слабо растворяются и вследствие этого проникают в кожу в меньшем количестве, которое не вызывает поражения кожи. Кроме того, в результате усиленного потоотделения увеличивается поверхность, через которую происходит всасывание. Отсутствие поражения кожи при контакте с этими же растениями в прохладную погоду или у лиц с сухой или нормальной влажности кожей подтверждает наше предположение. Имеет значение и период развития растения. Общность элементов сыпи, характера и длительности течения заболевания, появление сыпи на 1–3-й день после контакта с растениями, слабый эффект от лечения антигистаминными, противовоспалительными и гормональными мазями позволили нам объединить оба этих дерматита в одну группу.

Диагностика фитодерматита трудности не представляет, а знание клинической картины данного заболевания помогает избежать диагностических ошибок, а также ошибок в лечении и проведении профилактических мероприятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. М.: ГэотарМедиа, 2006. 687 с.
2. Баранов А.А., Хаитова Р.М. Аллергология иммунология. М.: Союз педиатров России, 2008. 248 с.
3. Балаболкин И.И. Лечение аллергических болезней у детей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. 352 с.
4. Лусс Л.В. Принципы применения иммуномодулирующей терапии у больных с атопическими заболеваниями, протекающими в сочетании с синдромом вторичной иммунной недостаточности // Аллергология и иммунология. 2002. Т. 3, № 1. С. 159–163.
5. Barnes P.J. New directions in allergic diseases: mechanism-based anti-inflammatory therapies. J. Allergy Clin Immunol 2000;106:5–16.

Резюме

Г.Е. Дукумбаева

ФИТОДЕРМАТИТЫ У ДЕТЕЙ

В данной работе приводятся клинические проявления заболеваний кожи, возникающих при контакте кожного покрова с рядом растений. В последние годы ученые отмечают увеличение частоты контактного дерматита в общей практике и знание клинической картины данного заболевания помогает избежать диагностических ошибок, а также ошибок в лечении и проведении профилактических мероприятий.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-053.2

Г.Е. ДУКУМБАЕВА

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ГКП на ПХВ Илийского района, ВА с. Чапаева

Атопический дерматит (АД) – хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и характеризующееся экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня сывороточного IgE и гиперчувствительностью к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям [1].

АД – актуальная проблема педиатрии, поскольку манифестирует в раннем детском возрасте, имеет хроническое течение с частыми обострениями, осложняется вторичной пиогенной инфекцией, поражает другие органы и системы, что приводит к формированию психосоматических нарушений и инвалидизации детей [1–3].

В настоящее время АД рассматривается как мультифакториальное заболевание с полигенным типом наследования. Ведущую роль в развитии АД отводят эндогенным факторам, которые в сочетании с экзогенными приводят к клиническим проявлениям заболевания [4]. Особую роль в течении АД играют различные инфекционные агенты (бактерии, вирусы, простейшие и др.), хотя окончательно их значение в этой патологии не определено [5]. В литературе последних лет освещены многие вопросы патогенеза, клиники и течения АД у детей и взрослых [4–6]. В то же время клинические осо-

бенности и метаболические нарушения при АД у детей раннего возраста в доступной литературе не нашли должного отражения.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей течения АД у детей раннего и дошкольного возраста.

Обследовано 115 детей (68 мальчиков и 47 девочек) в возрасте от 3 мес. до 7 лет с клиническими проявлениями АД, наблюдавшихся амбулаторно. Больные дети были разделены на 2 группы: 84 пациента раннего возраста вошли в основную группу, 31 ребенок дошкольного возраста составил группу сравнения.

Комплексное обследование включало сбор аллергологического анамнеза, углубленный осмотр и лабораторные методы исследования: изучение микробного пейзажа кожи и слизистых оболочек. Достоверность различий сравниваемых величин определяли по критерию Стьюдента.

По степени тяжести АД дети раннего возраста (основная группа) распределились следующим образом: 38 пациентов (45,2%) с легким течением, 46 детей (54,8%) со среднетяжелым.

При сборе аллергологического анамнеза у большинства детей раннего возраста с АД (75,4%) выявлена наследственная отягощенность по атопическим заболеваниям. Чаще обнаружена связь с атонией по линии матери (67,4%), реже – по линии отца (17,3%) и со стороны обоих родителей – у 15,3% больных. У детей дошкольного возраста наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям выявлена у 61,5% больных ($p > 0,05$).

При изучении антенатального периода установлено патологическое течение беременности у 96,7% матерей пациентов основной группы. 57,6% женщин имели гестоз I и/или II половины беременности, 46,9% – угрозу невынашивания. У половины матерей (56%) во время беременности выявлена урогенитальная патология (пиелонефрит, цистит, дрожжевой кольпит, хламидийный уретрит и др.), у 63,6% – заболевания других органов и систем (хронический гастрит, бронхит, тонзиллит, колит), анемия беременных диагностирована у 53%. Патологическое течение родов выявлено у 48,2% матерей. 6,7% детей родились преждевременно, в 7,9% случаев родоразрешение произведено путем кесарева сечения, некоординированная родовая деятельность наблюдалась у 12,3% матерей. Длительный безводный период зарегистрирован у 5,6% матерей, 15,8% детей родились в состоянии асфиксии.

В группе сравнения патологическое течение беременности и родов обнаружено у 64,8% матерей детей дошкольного возраста ($p > 0,05$).

Провоцирующими экзогенными факторами развития АД в обеих группах явились нарушения характера питания кормящей матери (67,4%), нерациональное вскармливание в первые месяцы жизни ребенка (100%), профилактические прививки (12,7%), острые респираторные вирусные инфекции (16,7%), прием лекарственных препаратов (9,2%). Достоверных различий между группами больных по этим параметрам обнаружено не было.

Начальные проявления АД у абсолютного большинства детей (90,3%) основной группы выявлены в первое полугодие жизни, из них у половины (55,6%) – в первые 3 месяца, и характеризовались гиперемией, шелушением кожи щек и гнейсом. Особенности течения АД у детей раннего возраста явились преобладание островоспалительных изменений в виде гиперемии кожи, экссудации, папулезных высыпаний с локализацией в области лица, волосистой части головы, наружных поверхностей верхних и нижних конечностей, туловища и ягодиц. Зуд кожных покровов различной интенсивности выявлен в 100% случаев. Анализ клинических проявлений дерма-

тоза свидетельствует о преобладании островоспалительных (эритема, отек, экссудация, мокнутие) явлений у пациентов раннего возраста, лишь у незначительного числа больных этой возрастной группы (21,4%) наблюдались папулезные, шелушащиеся высыпания. В группе детей дошкольного возраста островоспалительные проявления встречались значительно реже (15,7%; $p < 0,001$), чаще выявлялись признаки стабильного хронического процесса в виде папулезных проявлений (57,3%) и инфильтрации (22,1%); у $1/3$ детей развились такие признаки дерматоза, как сухость и фолликулярный гиперкератоз.

Сопутствующая патология наблюдалась у всех больных раннего возраста в виде дисбактериоза кишечника (96,7%), перинатального поражения ЦНС (76,4%), функциональной кардиопатии (24,2%). У 7,7% детей клинически диагностирована пиодермия. У детей дошкольного возраста достоверно чаще диагностировались заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит) (53,8%), инвазия простейшими (46,2%), холепатии (38,7%).

Бактериологические посевы, произведенные с различных участков кожи и слизистых оболочек у 92,7% детей раннего возраста среднетяжелым течением АД, дали положительный результат. У большинства детей выявлена колонизация кожных покровов патогенными микроорганизмами, чаще других высевались *Staphylococcus aureus* (74,6%), реже – грибы рода *Candida* (16,2%), *Streptococcus epidermidis* и *Enterococcus* (2,3%). У детей с легким течением АД патогенные микроорганизмы на различных локусах не обнаружены. При исследовании микробного пейзажа кожных покровов у детей старшего возраста патогенная микрофлора обнаружена лишь у $1/3$ пациентов (29,0%). Чувствительность *Staphylococcus aureus* к оксацилину выявлена у 69,7% детей, эритромицину – у 51,7%, хлорамфениколу – у 51,3%, гентамицину – у 46,8%. Изучение чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам в дальнейшем определяло выбор антимикробной терапии.

При анализе гемограмм детей до 3 лет, страдающих АД, в 80,4% случаев отмечалось повышение количества эозинофилов, коррелирующее со степенью тяжести болезни: $5,27 \pm 0,84\%$ (легкая форма), $29,9 \pm 3,4\%$ (среднетяжелая).

В результате исследования содержания общих иммуноглобулинов в сыворотке крови детей раннего возраста с среднетяжелым течением АД выявлены однотипные нарушения. В острый период заболевания обнаружено достоверное снижение Ig A и Ig G по сравнению с контрольной группой.

На фоне комплексного лечения (гипоаллергенная диета, дезинтоксикационная и местная терапия, антибактериальные и антигистаминные средства, сорбенты и ферменты, по показаниям – натрия тиосульфат и витамин E) у всех детей наблюдалось постепенное стихание воспалительного процесса.

Таким образом, проведенный нами анализ показал, что у большинства детей раннего и дошкольного возраста, страдающих АД, имеется наследственная предрасположенность к атопии. Ее реализации чаще всего способствуют патологическое течение беременности, нерациональное вскармливание на первом году жизни, перенесенные вирусные инфекции, вакцинации. В клинической картине болезни у детей раннего возраста преобладают островоспалительные изменения кожных покровов в виде гиперемии, отека и экссудации, в дошкольном возрасте чаще выявляются признаки хронизации процесса (папулы, инфильтрация, сухость). У большинства детей раннего возраста выявлена дисиммуноглобулинемия и колонизация кожных покровов патогенными микроорганизмами, наибольшую частоту среди которых имеет *Staphylococcus aureus*.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балаболкин И.И., Гребешок В. Н. Агонический дерматит у детей. М., 1999. 240 с.
2. Клейменова Н.В., Точлиян Е.В., Шабельникова Е.И. 1-й Всерос. конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М. 2002. С. 111–113.
3. Мокроносова М.А. Влияние *Staphylococcus aureus* и дрожжеподобных грибов на течение атонического дерматита: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999.
4. Торопова Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей. Екатеринбург., 1993. 447 с.
5. Часовский К.П. Липидный состав, показатели перекисного окисления липидов мембран эритроцитов при атоническом дерматите у детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск, 2001.
6. *Beveniste J.* Allergy and Clin. Immunology. Amsterdam: Oxford. 1977. P. 143–146.

Резюме

Г.Е. Дукумбаева

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В результате проведенного исследования установлено, что патологическое течение беременности, нерациональное вскармливание на первом году жизни, перенесенные вирусные инфекции, вакцинации способствуют развитию АД. У большинства детей раннего возраста выявлена дисиммуноглобулинемия и колонизация кожных покровов патогенными микроорганизмам, наибольшую частоту среди которых имеет *Staphylococcus aureus*.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 613.955

Б.К. НУРДАУЛЕТОВ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ МЕГАПОЛИСА

Областной наркодиспансер, г. Талдыкорган

В последние десятилетия наблюдаются высокие темпы роста числа больных, подверженных вредным привычкам и наркомании [1]. Хотя среди потребителей основную группу составляют лица в возрасте 18–39 лет (80%), к потреблению наркотических средств активно привлекаются дети и подростки. По данным российских исследований, уровень учтенной заболеваемости наркоманией у подростков увеличился в 11 раз и достиг своего максимального значения – 124 больных на 100 тысяч подросткового населения [2].

На здоровье детей и подростков сильное влияние оказывают и личностные, поведенческие факторы риска – курение, употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ, которые значительно усиливают вероятность возникновения заболеваний и их перехода в хроническую стадию [3–4].

В связи с этим нами было проведено анонимное анкетирование 700 школьников Бостандыкского, Ауэзовского, Алмалинского районов Алматы в возрасте от 10 до 18 лет. Все школьники учились в общеобразовательных школах. Все обследованные нами дети были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили подростки, не употребляющие и не желающие употреблять ПАВ на момент анкетирования; 2-ю группу – группу риска – составили подростки, не исключавшие опыта употребления ПАВ и признаю-

щие такое поведение приемлемым; 3-ю группу составили подростки, пробовавшие и употребляющие ПАВ на момент анкетирования.

Используя сравнительный анализ, мы выделили факторы, способствующие злоупотреблению ПАВ. В тех случаях, когда действующие факторы качественно не различались, 2-я и 3-я группы были объединены.

Как следует из данных, первая группа составила большинство – 86,92% (603 чел.), вторая группа представлена 15,33% (57 чел.); третья группа – 10,83% (40 чел.). При этом выяснилось, что во второй группе детей женского пола оказалось почти в 3 раза больше (74,4%, или 42 чел.), чем детей мужского пола (25,6%, или 15 чел.), а в группе, употребляющих ПАВ, половой состав оказался иным: 57,5% (23 чел.) составили дети мужского пола, 42,5% (17 чел.) – дети женского пола.

Вероятно, преобладание детей мужского пола в 3-й группе обусловлено тем, что дети женского пола отличаются более осторожным отношением к применению ПАВ и более длительно и взвешенно принимают решение. Среди возрастной группы от 11 до 14 лет доля употребляющих ПАВ составляет 13,3%, а в возрастной группе от 13 до 16 уже 74,7%.

Из данных исследования видно, что пик употребления ПАВ приходится на детей 14-ти летнего возраста. Эти данные приобретают особое значение, если учесть, что 85,5% (82 чел.) группы употребляющих впервые попробовали различные виды ПАВ от 11 до 14 лет. Что касается возраста, когда подростки впервые пробуют ПАВ, то по полученным данным сложилась следующая тенденция: чем в более позднем возрасте подростки пробуют алкоголь и сигареты, тем более веские для этого должны быть причины, тем более тяжелый у них прогноз. Так, 11–13-летние респонденты чаще пробуют «из любопытства», «от нечего делать», а в более старшем возрасте – 14–16 лет пробуют, чтобы получить удовольствие, забыться, отвлечься от проблем. Соответственно, в более старшем возрасте подростки употребляют более «тяжелые» ПАВ.

При проведении нами изучения влияния материального положения на мотивацию к употреблению ПАВ респонденты ответили примерно одинаково, что очевидно не соответствует действительности и свидетельствует о неадекватном восприятии школьниками финансовой стороны жизни своих родителей. Не удовлетворены материальным положением своей семьи лишь 3,3% (20 чел.) респондентов из первой группы и 1,2% (1 чел.) из группы риска. Однако следует учитывать, что подобного рода оценки носят субъективный характер.

Среди обследованных школьников 1-й группы 28,7% (201 чел.) проживают без отца. При этом 3,3% (20 чел.) всех опрошенных заявили, что знают об употреблении наркотических веществ их отцами. Среди респондентов второй и третьей групп об этом сообщили 13,3% (13 чел.). При этом отметили, что недовольны своими отношениями с отцом 3,3% (20 чел.) из группы не употребляющих ПАВ подростков. Среди группы риска не довольны такими отношениями с отцом 15,7% (15 чел.) школьников.

Из числа обследованных подростков 1 группы 1,7% (10 чел) проживают без матерей, а во 2-й и 3-й группе 8,4% (8 чел.). В 3,6% случаев подростки из 2-й и 3-й группы отметили, что знают об употреблении наркотических веществ матерями (4 чел.), подобными сведениями в первой группе обладают лишь 1,7% респондентов (10 чел.). 86,7% (523 чел.) детей первой группы и 63,9% (62 чел.) 2-й и 3-й групп отметили, что довольны отношениями с матерями; 8,3% (50 чел.) первой группы и 30,1% (29 чел.) из 2-й и 3-й групп были удовлетворены, а 5% (30 чел.) из числа не употребляющих и 3,6% (4 чел.) из 2-й и 3-й групп были недовольны подобными отношениями ($P < 0,001$). Таким образом, подростки из 2-й и 3-й групп риска оценивают менее критично, но

более сдержанно свои отношения с матерями, чем с отцами. Вероятно это связано с гендерными особенностями взаимоотношений в современных семьях.

Одним из значимых факторов оказалось и наличие старших братьев и сестер. Во 2-й и 3-й группах 33,7% подростков (33 чел.) оказались вторыми в семье, а в группе не употребляющих этот показатель составил 18,3% (111 чел.).

Курящие братья и сестры у респондентов из первой группы встречаются в 3,4% случаев (20 чел.), а во 2-й и 3-й группах такая ситуация значительно чаще: в 10,8% (11 чел.).

Интересно сопоставить эти данные с тем, что в первой группе курят 1,7% (10 чел.), а во 2-й и 3-й группах 36,1% (35 чел.) ($P < 0,001$).

В 65,0% случаев (392 чел.) родители из первой группы всегда знают о местонахождении своих детей, и лишь 32,5% (32 чел.) взрослых осведомлены об этом во 2-й и 3-й группах.

Никогда не знают или знают лишь изредка о том, где проводят время их дети 13,3% (80 чел.) 1-й группы и 34,9% (34 чел.) родителей из 2-й и 3-й групп ($P < 0,001$).

Вероятно, воздействие семьи в большинстве случаев сводится к контролирующей поведению роли и к косвенному ограничению сомнительных связей и знакомств подростков. Следует подчеркнуть, что проявление гиперопеки также нередко является самостоятельным фактором, подталкивающим подростков на демонстративное поведение, нередко сводящееся к употреблению ПАВ.

Как следует из полученных нами данных, 20,0% (121 чел) респондентов 1 группы отметили, что они никогда не бывают предоставлены сами себе, среди 2-й и 3-й групп заняты бывают лишь 9,6% (9 чел.). Среди не употребляющих ПАВ часто проводят вечер с друзьями в кафе, на дискотеках и вечеринках 13,3% (80 чел.) из всех опрошенных в группе. Среди 2-й и 3-й группы эта категория составляет 33,7% (33 чел.). Никогда не проводят так время 18,3% (111 чел.) школьников, но этот вид отдыха не популярен только у 2,4% (2 чел.) учащихся. Также не может не беспокоить и тот факт, что ежедневно проводят время в игровых залах и у игровых автоматов 1,7% (10 чел.) из 1-й группы, а среди 2-й и 3-й групп 3,6% (4 чел.) подростков ($P < 0,05$). В отличие от тех, кто не потребляет наркотические средства и психоактивные вещества или только пробовали, находящиеся в стадии наркотической зависимости редко занимаются спортом, не вовлечены в творческие или общественные организации, не имеют любимых занятий или хобби, значительно реже читают книги, чаще играют на игровых автоматах, чаще бродят где попало.

Подросткам важно пройти период отделения от семьи, а не нового объединения с кем-то. Вот в этот самый уязвимый возраст и возникают всевозможные организации и объединения, часто с сомнительной деятельностью, наносящие непоправимый ущерб, как отдельным формирующимся личностям, так и обществу в целом.

Так, 20% респондентов первой группы (121 чел.) заявили, что выбирают себе в друзья более старших ребят, с которыми можно разделить общие интересы. По подобному принципу формируют свое окружение 45,8% школьников 2-й и 3-й группы (44 чел.). Также дети мужского пола и дети женского пола 2-й и 3-й группы в 2 раза чаще (12% случаев, 12 чел. против 6,7%, что составляет 40 чел.) находят себе компаньонов среди школьных товарищей более старшего возраста ($P < 0,01$).

Вероятно, это приводит к тому, что 10% респондентов (60 чел.) 1-й группы считают, что курят сигареты большинство их товарищей, а в группы употребляющих ПАВ так считают 62,7% (61 чел.). Считают, что никто из друзей не курит 40% (241 чел.) первой группы. Такое же мнение присутствует только у 9,6% подростков группы, употребляющих ПАВ (9 чел.). По поводу алкогольных напитков мнения также разошлись: в 1-й группе 45% (271 чел.) считают, что в их окружении алкоголь не употребляется,

за исключением 1–2 чел.; а подростки из 2-й и 3-й групп считают, что алкоголь употребляют 48,2% их окружения (47 чел.) ($P < 0,001$). «Курят марихуану» 1–2 человека из их окружения, так ответили 10% респондентов 1-й группы (60 чел.), их поддержали в этом мнении 26,5% (26 чел.) из 2-й и 3-й групп, а 13,3% (13 чел.) опрошенных утверждают, что большинство их окружения употребляет марихуану.

Из всего вышеперечисленного можно сделать определенные выводы. Вероятно, дети женского пола отличаются более осторожным отношением к применению ПАВ, более устойчивыми к давлению окружения, ориентированными на собственную точку зрения, менее зависимыми от идентификации с группой, что в свою очередь приводит к более длительному и взвешенному принятию решения.

Ситуация с детьми мужского пола диаметрально противоположна. Среди обследованных молодых людей достаточно сильно проявляются тенденции отграничения, выделения себя из семьи наряду с необходимостью принадлежать к какой-либо группе, более легкомысленное отношение к своему здоровью вкупе с низкой настороженностью и искаженными представлениями о последствиях, что значительно упрощает процесс принятия решений и нивелирует ответственность подростка за употребление ПАВ.

В связи с этим одним из способов снижения потребления ПАВ являются более активная пропаганда здорового образа жизни в образовательных учреждениях

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. О состоянии и мерах противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту // Статистический бюллетень. 2002. № 7 (81). С. 9. См. также доклад. Госсовет РФ. Рабочая группа по вопросам борьбы с наркоманией и алкоголизмом и мерам по ее усилению. М. 2002. С. 5.
2. Тенденции распространения наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2002 г. НИИ наркологии Министерства здравоохранения России. М. 2003. С. 2.
3. *Скворцова Е.С.* Динамика потребления психоактивных веществ среди подростков-школьников в г. Железнодорожном Московской области // Наркология. 2005. № 10. С. 30–33.
4. *Курьянова Н.Н.* Распространенность употребления алкоголя и наркотических средств среди старшеклассниц и студенток вузов Астрахани // Медицинская помощь. 2005. № 1. С. 41–42.

Резюме

Б.К. Нурдаулетов

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ МЕГАПОЛИСА.

В статье обсуждаются результаты изучения распространения психоактивных веществ у школьников г. Алматы. Установлен высокий уровень употребления психоактивных веществ у учащихся, требующий проведения активных информационно-пропагандистских компаний против распространения вредных привычек.

Ф.А. АЛДЕШОВА

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

КГКП Катон-Карагайское ОМ-2, ВКО

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является ведущей патологией среди неспецифических хронических обструктивных заболеваний легких. В Казахстане ХОБЛ стоит на четвертом месте среди причин летальности, при этом распространенность ХОБЛ и уровень смертности продолжают расти [1].

Одной из наиболее трудных диагностических проблем для практического врача является различие ХОБЛ и персистирующей обструкции дыхательных путей при хронической астме у людей старческого возраста. Хотя различие иногда выявить невозможно, наличие или отсутствие ряда клинических особенностей может помочь дифференцировать эти два заболевания, что важно для выбора оптимальной тактики лечения.

ХОБЛ чаще страдают мужчины, причем заболеваемость резко повышается с возрастом. Основным фактором риска развития ХОБЛ является вдыхание вредных веществ, особенно сигаретного дыма.

Одышка и хронический кашель – основные симптомы ХОБЛ. В анамнезе – повторяющиеся респираторные инфекции, курение. Одышка развивается в течение многих лет. Кашель, часто усиливающийся по утрам и сопровождающийся мокротой, наблюдается у большинства пациентов и в некоторых случаях является преобладающим клиническим признаком. Однако его выраженность не коррелирует с тяжестью функционального дефекта. Количество и характер мокроты могут дать полезную информацию для диагностики осложнений (бронхоэктазы) или альтернативного диагноза.

Физикальные симптомы у пациентов с ХОБЛ (свистящее дыхание во время форсированного маневра и удлинение времени форсированного выдоха) зависят от степени бронхиальной обструкции, тяжести гипервентиляции легких и строения тела [2].

Тесты, используемые для диагностики ХОБЛ:

Общие: определение объема форсированного выдоха за 1 с. (ОФВ1), жизненной емкости легких (ЖЕЛ) или ФЖЕЛ; тест с бронходилататорами; рентгенография грудной клетки; определение TLCO /КСО.

Специальные показания:

- умеренная или тяжелая форма ХОБЛ – измерение объемов легкого, определение SaO_2 и/или напряжения газов крови, уровня гемоглобина, ЭКГ;
- постоянная гнойная мокрота – культуральное исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам;
- эмфизема у молодых пациентов – определение уровня А1-антитрипсина;
- оценка булл – КТ-сканирование;
- непропорциональная одышка – нагрузочный тест, измерение максимальных респираторных давлений;
- подозрение на астму – оценка ответа на бронхоконстрикторы, мониторинг пикфлоуметрии;
- подозрение на обструктивное апноэ – изучение ночного сна.

Диагноз ХОБЛ подтверждают признаки эмфиземы при рентгенологическом обследовании, сниженной диффузионной способности легких и хронической гипоксемии, особенно при наличии фактора риска – курения в течение длительного времени. Атопия и заметное улучшение показателей спирометрии после пробы с бронхолитическими средствами или глюкокортикостероидами свидетельствуют в пользу диагноза астмы. Ранние стадии ХОБЛ характеризуются неравномерным распределением сужения периферических дыхательных путей. По мере прогрессирования болезни ОФВ1 и ЖЕЛ снижаются, а остаточный объем (ОО) увеличивается. Значимым прогностическим фактором в отношении смертности от ХОБЛ является уровень ОФВ. Прогноз особенно неблагоприятен при ОФВ1 < 50% от должного. Наилучший метод раннего выявления ХОБЛ – серийные измерения ОФВ1 и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ [3].

Использование приведенного комплекса клинико-лабораторных тестов поможет практикующему врачу принять правильное решение при постановке диагноза ХОБЛ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов Н.С. Хронические обструктивные заболевания легких: распространенность, диагностика, лечение и профилактика: Автореф. дис. д-ра мед наук. М., 2002. 46 с.
2. Материалы 16 Национального конгресса по болезням органов дыхания. – Москва, 2010. С. 79–87.
3. Чучалин А.Г. Пульмонология. Бронхиальная астма.//Руководство для врачей России. М. 2002.117 с.

Резюме

Ф.А. Алдешова

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

В статье приведен комплекс клинико-лабораторных тестов, который поможет практикующему врачу принять правильное решение при постановке диагноза хронической обструктивной болезни легких.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616.441-007.62

Б.Н. ИСЕМБАЕВ, Г.Е. КАЗАНГАПОВА, А.Б. КОЖАБЕРГЕНОВ, Е.С. ОРЫСПАЕВ

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИЙ – Д₃ НИКОМЕДА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ В УСЛОВИЯХ АЛМАТИНСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Алматинская многопрофильная клиническая больница

При гипопаратиреозе наиболее характерным и самым частым осложнением является послеоперационный гипопаратиреоз, и наблюдается он у 27–32% пациентов.

Частичное или полное выпадение функций околотитовидных желез (ОЦЖ) в послеоперационном периоде проявляется паратиреоидной недостаточностью, имеющей характерную клиническую картину, развивающейся чаще через 2–3 суток после операции.

Вследствие дефицита паратиреоидного гормона нарушается всасывание кальция в кишечнике, понижается его мобилизация из костей и снижается канальцевая реаб-

сорбция в почках. Недостаток паратиреоидного гормона приводит к снижению уровня кальция в крови и активной формой витамина D. Послеоперационный гипопаратиреоз требует своевременной диагностики и специального лечения.

В последние годы наряду с огромной ролью хирургического вмешательства при гипопаратиреозе немаловажную роль отводят комплексной медикаментозной терапии, направленной на профилактику и купирование послеоперационной паратиреоидной недостаточности.

Кальций – D₃ Никомед («NZCOMED», Австрия) – комбинированный препарат – был применен и исследован при лечении послеоперационного гипопаратиреоза в хирургическом отделении АМКБ [1–4].

Цель работы – оценить клиническую эффективность кальций – D₃ никомеда при использовании его у больных гипопаратиреозом для профилактики и лечения послеоперационного гипопаратиреоза.

Материалы и методы. Исследование проведено у 13 больных – женщин, которые были оперированы по поводу гипопаратиреоза, мужчин не было. Из 13 пациентов 8 (61,5%) оперированы по поводу множественных аденом, 3 (23,1%) – одиночные аденомы 2(15,4%) – гиперплазии. Возраст больных составил от 19 до 49 лет, длительность заболевания гипопаратиреозом составляла от 6 месяцев до 11 лет.

В послеоперационном периоде всем больным ежедневно выполнялись лабораторные исследования, по показаниям – УЗИ и рентгенологический метод исследования в целях мониторинга динамических изменений.

По уровню ионизированного кальция в крови пациенты с послеоперационным гипопаратиреозом условно были распределены на три группы: 1) с тяжелой степенью – 3 (23,1%); 2) со средней степенью тяжести – 6 (46,2%); 3) с легкой степенью – 4 (30,7%) больных.

Важное значение в комплексном лечении послеоперационного гипопаратиреоза имеют препараты витамина D, которые усиливают кишечную абсорбцию и реабсорбцию кальция в почечных канальцах, стимулируют его метаболизм из костей. Наиболее эффективны препараты витамина D₃, которые выпускаются в таблетированной форме или в капсулах для преорального применения.

Больным первой группы препарат назначали по 1 таблетке 4 раза в день, пациентам второй группы – по 1 таблетке 3 раза в день. А больным третьей группы – по 1 таблетке 2 раза в день. Лечение проводили под динамическим контролем уровня общего и ионизированного кальция в крови.

По физическому состоянию все больные сопоставимы: гипостенического телосложения, у некоторых больных первой и второй групп были хронические заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, что требовало дополнительной коррекции в лечении.

Для оценки влияния препарата на основные жизненно важные функции организма проводили непрерывный мониторинг артериального давления, частоты дыхания, сердечных сокращений и электрокардиограммы.

Эффективность лечения кальций – D₃ Никомедом оценивали по динамике клинических симптомов, лабораторных данных и показателей рентгенологической семиотики костной системы, а также по возникновению нежелательных явлений, связанных с приемом препарата.

Результаты. Из 3 больных первой группы положительный эффект лечения кальций – D₃ Никомедом был достигнут у 1. Несмотря на проводимое комплексное лечение 2 пациентов этой группы диагностированы патологические переломы бед-

ренной кости и костей голени, которым оказана дополнительная травматологическая помощь.

Во второй группе положительная динамика заболевания отмечена у 4 больных. У 1 больного были умеренные парестезии, а также к концу лечения кальций – D_3 Никомедом 1 больной имел отсутствие аппетита и однократный жидкий стул. Указанные нежелательные явления самостоятельно купировались и не требовали дополнительных назначений и досрочной отмены препарата.

У всех пациентов третьей группы был получен положительный результат лечения.

Показатели кровообращения у всех больных во время пребывания в стационаре были стабильными и не изменялись под влиянием кальция – D_3 Никомеда.

Таким образом, кальций – D_3 Никомед является эффективным средством профилактики и комплексной консервативной терапии послеоперационного гипопаратиреоза.

Полученные нами результаты согласуются, данными других исследователей, указывающих на эффективность кальция – D_3 Никомеда в качестве препарата для лечения и профилактики послеоперационного гипопаратиреоза.

Выводы:

Кальций – D_3 Никомед является препаратом выбора в комплексном лечении послеоперационного гипопаратиреоза.

В назначаемых терапевтических дозах кальция – D_3 Никомед обеспечивает купирование паратиреоидной недостаточности, что позволяет проводить терапию последнего как при тяжелой, так и при средней и легкой степени тяжести гипопаратиреоза.

Лечение кальция – D_3 Никомедом в большинстве случаев хорошо переносится пациентами.

В хирургической эндокринологии кальций – D_3 Никомед следует рассматривать как ценный препарат для профилактики и лечения послеоперационной паратиреоидной недостаточности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мумладзе Р.Б. и др. особенности патогенеза, лечения и профилактики гипопаратиреоза после хирургических вмешательств на щитовидной железе // *Анналы хирургии*. 2006. № 1. С. 14–18.
2. Королевская Л.И., Лукьянчиков В.С. Гипопаратиреоз и гипокальциемический синдром // *Клин. медицина*. 2003. № 1. С. 62–66.
3. Заривчацкий М.Ф. Хирургия органов эндокринной системы. Ростов н/Д: Феникс. 2006. С. 12–17.

Резюме

Б.Н. Исембаев, Г.Е. Казангапова, А.Б. Кожабергенов, Е.С. Орыспаев

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИЙ – D_3 НИКОМЕДА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ В УСЛОВИЯХ АЛМАТИНСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В статье дана оценка клинической эффективности кальция – D_3 никомеда при использовании его у больных гипопаратиреозом для профилактики и лечения послеоперационного гипопаратиреоза.

**ПРИМЕНЕНИЕ КСЕФОКАМА КАК КОМПОНЕНТА ПРЕМЕДИКАЦИИ,
ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПРИ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

Алматинская многопрофильная клиническая больница

Анестезиологическое обеспечение общехирургических операции нуждается в совершенствовании методов премедикации, общей анестезии и послеоперационного обезболивания. Основой обезбоживания при этих операциях на сегодняшний день являются наркотические анальгетики, которые обладают, наряду с высокой активностью, многочисленными побочными эффектами. В связи с этим не прекращаются поиски новых мощных анальгетиков ненаркотического действия.

Среди подобных препаратов особый интерес представляет ксефокам (лорноксикам) – нестероидный противовоспалительный препарат класса оксикамов. Появившиеся публикации касаются оценки ксефокама как средства послеоперационного обезбоживания, указывают на его высокую эффективность и длительное действие [1, 2].

Материал исследования. Мы имеем опыт применения ксефокама как одного из основных элементов анальгетического компонента премедикации, общей анестезии и послеоперационного обезбоживания при общехирургических операциях. Действие ксефокама исследовано нами у 22 больных, перенесших лапаротомическую холецистэктомию. Возраст больных колебался от 46 до 68 лет. Все больные имели сопутствующую терапевтическую патологию в виде ИБС, гипертонии, хронической пневмонии, хронического бронхита и др., ксефокам использовали с момента премедикации. За 30–40 минут до операции препарат вводился в дозе 16 мг внутримышечно, вместе с реланиумом (седуксеном) – 10 мг. Вводный наркоз проводили тиопенталом натрия или калипсолом. Атаралгезия осуществлялась фентанилом в сочетании с реланиумом. Базис-наркоз – закись азота с кислородом в соотношении 2:1. Вентиляцию легких (ИВЛ) осуществляли в режиме умеренной гипервентиляции на фоне миорелаксации ардуаном.

Результаты исследования. Анальгетический фон ксефокама позволил в 1,5–2 раза снизить расход фентанила в ходе операции. При этом течение наркоза было гладким, гемодинамические показатели стабильными. Выход из наркоза не сопровождался депрессией дыхания и не требовал пролонгированной ИВЛ. У больных отсутствовали мышечный гиперкинез и нарушение микроциркуляции. Достаточная посленаркозная анальгезия сохранялась в среднем $4,2 \pm 0,3$ часа.

Для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде назначали по 8 мг 3 раза в сутки. Степень болевого синдрома оценивали по 5-бальной шкале вербальных оценок: 0 – нет боли, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная, 4 – самая сильная (нестерпимая) боль. У 15 (68,1%) больных отмечалась слабая боль в зоне операции при активных движениях в постели, в 1-е сутки боли отмечались у 5 (22,7%) больных. И лишь у 2 (9%) больных в 1-е сутки боли были сильными, что потребовало дополнительного однократного введения наркотических препаратов. Ксефокам пациенты получали в течение двух суток после операции. Введение наркотических и других анальгетических средств, за исключением 2 больных, не потребовалось. В послеоперационном периоде больные были активны. Случаев озноба, тошноты и рвоты не отмечалось. Ксефокам

практически не угнетал моторную функцию желудочно-кишечного тракта и больные через сутки после операции могли получать адекватное энтеральное питание.

Выводы:

Таким образом, ксефокам является полноценным пролонгированным высокоэффективным ненаркотическим анальгетиком, который может использоваться при общехирургических операциях для перемеликации, проведения наркоза и послеоперационного обезболивания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Воробьева П.А.* Справочник лекарственных средств Формулярного комитета. Ньюдиамед, 2006. С. 5–9.
2. *Кржечковская В.В., Вахтангишвили Р.Ш.* Фармакодинамика, фармакокинетика с основами общей фармакологии. Феникс, 2007. с. 60–66.

Резюме

Б.Н. Исембаев

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕФОКАМА КАК КОМПОНЕНТА ПРЕМЕДИКАЦИИ, ПРОВЕДЕНИЕ НАРКОЗА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Использование ксефокама для премедикации, проведения наркоза и послеоперационного обезболивания доказывает, что ксефокам является полноценным пролонгированным высокоэффективным ненаркотическим анальгетиком.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616.31-08

А.М. ТОЛЕМИСОВА

ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ БИФИДУМБАКТЕРИНА ФОРТЕ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

ГККП №12 ГП

Нормальная микрофлора кишечника имеет важное значение для поддержания на оптимальном уровне метаболических процессов, протекающих в организме человека, функционирования иммунной системы, а также для создания высокой колонизационной резистентности по отношению к патогенным микробам [1].

У пожилых больных дисбактериоз кишечника встречается чаще, чем в молодом возрасте, причем в большем количестве случаев выявляются тяжелые нарушения микробиоценоза (дисбактериоз 2-й, 3-й степени) [2–4].

Развитию дисбактериозов могут способствовать анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте. Известно, что в процессе старения в органах желудочно-кишечного тракта появляются морфологические и функциональные изменения: развиваются атрофические изменения эпителия, снижается количество слюны, секрета слизистой оболочки пищевода, снижается кислотность желудочного сока, нарушается желудочная и кишечная секреция и моторная функции этих органов. Кроме того, длительный прием лекарств (антибиотиков, ацетилсодержащих, холинолитиков,

транквилизаторов и др.), нарушения иммунного статуса, алиментарные нарушения (однообразное питание, исключение сокогонной пищи, употребление в пищу преимущественно углеводов или белков), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, психические и физические стрессы, гиподинамия, лучевая терапия и другие неблагоприятные факторы внешней среды также могут вызывать дисбактериозы у пожилых [5–6].

По мере старения организма изменяется микробиоценоз кишечника, вследствие чего наблюдается увеличение общего числа микробов в кишечнике и глубокие изменения функциональных свойств микроорганизмов. Значительно снижается общий пул анаэробных представителей и прежде всего бифидобактерий, которые являются основной пристеночной и просветной микрофлорой и обладают высокой антагонистической активностью по отношению к условнопатогенным микроорганизмам. Кроме этого бифидобактерии участвуют в утилизации пищевых субстратов и активизации пристеночного пищеварения, синтезируют аминокислоты и белки, витамин К, пантотеновую кислоту, витамины группы В, ингибируют восстановление нитратов в нитриты в кишечнике, что оказывает выраженное положительное действие на здоровье, обладают иммуномодулирующим и противоопухолевым действием. Наряду со снижением бифидо- и лактобактерий отмечается увеличение количества условнопатогенных бактерий, в основном семейства Enterobacteriaceae, увеличивается общее количество функционально неполноценных кишечных палочек, происходит сдвиг в сторону лактозоиндолотрицательных штаммов кишечной палочки, появляется большое количество гемолитических ее форм, значительно увеличивается количество гнилостной и гноеродной флоры.

Клинические проявления дисбактериоза кишечника у пожилых больных сходны с таковыми у людей молодого возраста, однако у пожилых пациентов чаще встречается нарушение стула в виде запора.

Коррекция микробиоценоза кишечника у пожилых больных является сложной задачей. Поэтому не прекращается и поиск новых методов восстановления микрофлоры кишечника.

Цель исследования: разработать новые схемы элиминации повышенного уровня условнопатогенных микроорганизмов в микробиоценозе кишечника у пожилых больных с применением препаратов и продуктов питания, содержащих живые бифидобактерии.

Исследование проводилось в рамках научно-исследовательской программы по изучению влияния различных доз бифидобактерий и методов их введения на коррекцию микробиоценоза кишечника у пожилых больных.

Критерии включения в группы исследования: пожилой возраст, повышение уровня условнопатогенных микроорганизмов в микробиоценозе кишечника (кlostридии, энтеробактерии – протеи, клебсиеллы, цитробактеры, гафнии, провиденции, кишечная палочка с измененными свойствами), клинические проявления дисбактериоза кишечника, информированное согласие больного.

Исследование проводилось открытым рандомизированным методом в 3 группах пациентов. В исследование включено 69 пациентов пожилого возраста (от 61 года до 73 лет).

В соответствии с поставленной целью исследования в 1-й группе была поставлена задача изучить действие препарата Бифидумбактерин форте® – порошок для приема внутрь (бифидумбактерин форте) в увеличенных, а затем в поддерживающих лечебных дозах, в том числе на фоне антибактериальной терапии. Бифидумбактерин форте относится к группе сорбированных пробиотиков, бифидобактерии в нем адгезированы в микроколонии на микрочастицах активированного угля. В каждом пакете препарата содержится 50 млн (5×10^7) колониеобразующих единиц живых бифидобактерий и лактоза

(до средней массы 0,85 г), необходимая для роста бактерий нормофлоры. Препарат назначался в комплексной терапии по следующей схеме: первые 3 дня – по 9 пакетов препарата, 5 дней – по 6 пакетов препарата, 11 дней – по 3 пакета препарата одномоментным приемом на ночь с жидкой или пастообразной пищей комнатной температуры. Таким образом, общая продолжительность приема препарата составляла 19 дней.

1-я группа была разделена на две подгруппы: основную и контрольную, которые были сравнимы по полу, возрасту, нозологическим формам, степени тяжести заболевания. У всех пациентов отмечалась комплексная патология желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический колит). В основную подгруппу включены 20 пациентов, из них 12 пациентов получали бифидумбактерин форте на фоне антибактериальной терапии (группы пенициллинов, аминогликозидов, тетрациклинов). 12 человек (контрольная подгруппа) получали в комплексном лечении те же группы антибактериальных препаратов, но не получали пробиотики.

Во 2-й группе изучалось действие схем диетотерапии с применением продуктов функционального питания, содержащих бифидобактерии. В 1 мл продуктов содержалось не менее 108 КОЕ молочно-кислых бактерий и не менее 106 КОЕ бифидобактерий, антагонистически активного штамма *Bifidobacterium Bifidum* № 1. В исследование включено 15 пациентов. 7 человек, находившихся на антибактериальной терапии в связи заболеваниями дыхательных путей и гастроэнтерологической патологией, получали кефир по 500 мл в день в течение 10–15 дней. 8 пациентов с хронической комплексной патологией желудочно-кишечного тракта получали кисло-молочный продукт, содержащий бифидобактерии, обогащенный спирулиной и витамином С по 300 мл в сутки в течение 4 недель. Содержание условно-патогенных микроорганизмов после лечения изменилось несущественно.

Содержание условно-патогенных микроорганизмов после лечения бифидумбактерином форте снижалось до нормы у 87% больных, при комбинации бифидумбактерина форте с антибиотиками – у 75%. Для сравнения в контрольной подгруппе, не принимавшей пробиотик, только у 41,7% пациентов произошло снижение УПМ.

Положительная клиническая динамика у большинства больных, получавших бифидумбактерин форте, наступала на 5–7-й дней от начала приема препарата и выражалась в улучшении общего самочувствия, уменьшении диспепсических явлений, болей в животе, вздутия живота, тошноты, нормализации стула.

Основные клинические симптомы дисбактериоза кишечника у больных до лечения и после лечения с использованием бифидумбактерина форте представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика основных клинических симптомов дисбактериоза у больных до и после лечения с использованием бифидумбактерина форте

Клинические симптомы	До лечения		После лечения	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Диспептические расстройства	18	90	3	15
Нарушения стула:				
запоры	12	60	5	25
неустойчивый стул	3	15	0	0
Боли в животе	15	75	0	0

Диспепсические расстройства, которыми страдали 18 больных (90%), после лечения сохранились у 3 человек (15%), но степень их выраженности резко уменьшилась. Нарушения стула до лечения отмечались у 15 больных, при этом запоры сохранились у 5 больных, однако у 3-х из них длительность отсутствия стула резко сократилась – с 7 до 2–3 дней. Боли в животе, обусловленные основной симптоматикой заболевания перед выпиской не отмечались ни у одного больного. Препарат в увеличенных дозах по разработанной схеме применения хорошо переносился больными, побочных явлений не наблюдалось.

Таким образом, предложенная схема лечения с использованием бифидумбактерином форте положительно влияет на микробиологические и клинические проявления дисбактериоза кишечника.

При этом обращало на себя внимание, что на фоне повышения содержания бифидо- и лактобактерий после приема продукта, происходила нормализация содержания условно-патогенной микрофлоры: нормализация содержания лактозонегативной кишечной палочки, исчезновение гемолизирующей кишечной палочки и клостридий.

Показано, что при применении антибактериальной терапии у пожилых больных назначение Бифидумбактерина форте® дает протективный эффект в отношении роста УПБ и предупреждает нарушения микробиоценоза кишечника, увеличенные дозы Бифидумбактерина форте® хорошо переносятся пожилыми пациентами.

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о том, что повышение в микробиоценозе кишечника бифидобактерий приводит к элиминации клостридий, гемолитических кишечных палочек, других условно-патогенных энтеробактерий. Однако имеет значение курсовая доза и метод введения бифидобактерий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондаренко В.М., Боев Б.В., Лыкова Е.А. и др. Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 1998; 1: 66–72.
2. Бондаренко В.М., Воробьев А.А. Журн. микробиол. эпидемиол и иммунобиол. 2004; 1: 84–93.
3. Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия. М. 1997. С. 367–372.
4. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. СПб. 2000. 224 с.
5. Коршунов В.М. Журн. микробиол. эпидемиол. и иммунобиол. 1995; 3: 48–55.
6. Лиходед В.Г., Каверина К.Г., Кочурко Л.И. и др. Журн. микробиол. эпидемиол. и иммунобиол. 1999; 4: 65–67.

Резюме

А.М. Толемисова

ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ БИФИДУМБАКТЕРИНА ФОРТЕ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Показано, что при применении антибактериальной терапии у пожилых больных назначение Бифидумбактерина форте дает протективный эффект в отношении роста УПБ и предупреждает нарушения микробиоценоза кишечника, увеличенные дозы Бифидумбактерина форте хорошо переносятся пожилыми пациентами.

УДК 616.71-007.234

*Р.Д. АБСИМЕТОВА, Г.Т. САХИПОВА, Т.А. ПОПОВА,
А.М. ТОЛЕМИСОВА, Р.Ж. РАХИМОВА*

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Госпиталь КНБ, г. Алматы

Патология костно-суставной системы ложится тяжелым медико-социальным бременем на современное общество, негативно влияя на здоровье и качество жизни пациентов и на экономический потенциал страны [1]. Наибольшее медико-социальное значение за счет широкой распространенности в популяции получили остеоартроз (ОА). Он преимущественно поражает трудоспособное население, влияет на качество жизни пациентов, может приводить к развитию инвалидности. В связи с этим разработку новых методов диагностики ОА и создание новых лабораторных маркеров, отражающих его тяжесть, можно считать актуальной научной задачей.

ОА представляет собой гетерогенную группу заболеваний суставов различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими и клиническими признаками [2–5]. Традиционной точкой зрения на патогенез ОА является изменение синтеза протеогликанов хряща, разволокнение суставного матрикса и снижение его противостояния механическим нагрузкам.

Истинную распространенность ОА трудно оценить, так как многие больные, имеющие рентгенологические признаки этого заболевания, не имеют его клинических проявлений. Однако общепризнанно что по распространенности он является лидером среди ревматических болезней. ОА встречается у 10% населения. Каждый второй пациент с этим заболеванием старше 50 лет. С возрастом частота ОА резко возрастает: его рентгенологические признаки определяются у 90% женщин и у 80% мужчин старше 70 лет. ОА не влияет непосредственно на жизненный прогноз, но является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности.

Под нашим наблюдением находились 175 человек, из которых 130 больных остеоартрозом и 45 практически здоровых лиц, составивших группу сравнения. Больные, принимавшие участие в исследовании, находились на амбулаторном лечении в госпитале.

Все пациенты, находившиеся под нашим наблюдением, обследовались как минимум дважды: при обращении в поликлинику, а также по окончании курса лечения. Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное обследование, включающее осмотр, сбор анамнеза, физикальное исследование, лабораторное и инструментальное исследование.

Под нашим наблюдением находилось 130 больных остеоартрозом в возрасте от 34 до 77 лет, из которых 78 женщин (60%) и 52 мужчины (40%). Средний возраст женщин с ОА составил $49,26 \pm 3,89$ лет, мужчин – $51,31 \pm 4,03$ лет и был сопоставим с группой здоровых лиц ($t=0,54$, $p>0,05$; $t=0,29$, $p>0,05$ соответственно). Большая часть обследованных представлена лицами трудоспособного возраста (моложе 60 лет).

Инвалидность по данному заболеванию имели 24 пациента, что составило 18,5% от общего числа больных ОА, причем среди них также преобладали лица наиболее социально активного возраста (11 больных с инвалидностью были в возрасте до 50 лет

(45,8% от общего числа инвалидов). Инвалидность I группы имел 1 человек (4,2% от числа инвалидов), II группы – 9 человек (37,5% от числа инвалидов), III группы – 14 человек (58,3% от числа инвалидов).

Выявить долю лиц с избытком массы тела только на основе показателей массы тела весьма сложно. Для этого были изучены параметры индекса массы тела (ИМТ).

В соответствии рекомендациями ВОЗ речь о наличии избыточной массы тела можно вести при ИМТ ≥ 25 кг/м², о состоянии, предшествующем ожирению, – при ИМТ в пределах 25,0–29,9 кг/м² и об ожирении – при ИМТ $\geq 30,0$ кг/м² [2–5].

При анализе величины ИМТ было выявлено, что 79% пациентов с ОА имели высокие значения: предожирение (ИМТ 25,0–29,9) – 32%, ожирение I степени (ИМТ 30,0–34,9) – 31,7%, ожирение II степени (ИМТ 35,0–39,9) – 13,3%, ожирение III степени $\geq 40,0$ –2,0%. Среди исследуемых дефицита массы тела $< 18,5$ не выявлено.

Постановка диагноза ОА в самые ранние сроки от начала заболевания является достаточно сложной задачей. Это связано со стертостью картины в дебюте болезни, неформировавшимися рентгенологическими данными, необходимостью дифференциальной диагностики с воспалительными заболеваниями суставов.

Кроме того, из-за стертости симптоматики в раннем периоде заболевания больные не спешат обращаться к врачу. В связи с этим мы распределили обследованных больных в зависимости от давности заболевания на 4 группы: до 5 лет, от 6 до 10 лет, от 11 до 15 лет и свыше 15 лет. При длительности заболевания до 5 лет несколько чаще встречались явления синовита (23 больных из 61 (37,7%)), а свыше 5 лет – заболевание значительно чаще протекало без синовита (57 больных из 69 (82,6%)).

Моноартроз был отмечен у 24 (18,5%) больных, у 22 пациентов (16,9%) олигоартроз, у 84 (64,6%) – наблюдалось множественное поражение суставов. Была изучена зависимость количества пораженных суставов от длительности заболевания. Выявлено, что чем длительнее протекает заболевание, тем больше суставов вовлекаются в патологический процесс.

Узелковая форма полиостеоартроза (узелки Гебердена, Бушара) была выявлена у 57 (43,8%) больных, безузелковая форма наблюдалась у 89 пациентов (56,2%).

При рентгенологическом исследовании суставов по критериям Kellgren J.H. и Lawtence J.S. у больных ОА установлены следующие стадии поражения суставов: I стадия – у 14 (10,8%) больных, II стадия – у 76 (58,5%) больного, III стадия – у 30 (23%) больных IV стадия – у 10 (7,7%) пациентов. Из приведенных данных следует, что, чем длительнее стаж заболевания, тем больше стадия поражения суставов. У больных ОА без явлений синовита ФНС-I была выявлено у 24 больных и у 12 больных с синовитом. При ФНС-II явления синовита определялись у 37 пациентов, при ФНС-III – у 20 больных.

Ведущими жалобами у больных ОА являлись боли в суставах, появляющиеся или усиливающиеся после физической нагрузки и уменьшающиеся в состоянии покоя, боли в суставах при движении, боли при пальпации суставов, ограничение активных движений в суставах. У больных ОА с явлениями синовита основными были жалобы на боли при движении, припухлость суставов, боли при пальпации суставов, боли в суставах в покое. У больных ОА без синовита на первый план выступали боли в суставах при движении, а также боли при пальпации суставов, ограничение активных движений.

Все больные получали традиционную комплексную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию, физиотерапевтическое лечение, занимались лечебной физкультурой. 11 больным остеоартрозом с явлениями синовита (8,5%) вводили глюкокортикостероиды.

Таким образом, под наблюдением находилась большая группа больных остеоартрозом, представленная пациентами с различными клинико-анатомическими вариантами течения заболевания, обследованных в сравнении со здоровыми лицами, что было необходимо для решения задач, поставленных в настоящем исследовании.

Контрольную группу составили 45 практически здоровых лиц, в которую вошли 25 (55,6%) женщин и 20 (44,4%) мужчин в возрасте от 36 до 67 лет, являющихся пациентами госпиталя. Средний возраст женщин составил $52,62 \pm 4,47$ лет, мужчин – $55,63 \pm 4,58$ лет. Обследованные соматически были практически здоровы, не имели заболеваний суставов и не предъявляли жалоб, указывающих на наличие заболеваний суставов. Не включались в исследование пациенты с заболеваниями почек и печени, сахарным диабетом, злокачественными новообразованиями, алкоголизмом.

Всем больные были проконсультированы по рационализации их питания, разъяснены все вопросы его правильной организации. В процессе лечения и активной пропаганды здорового питания было достигнуто снижение массы тела лишь у 36 пациентов (27,7%).

У всех пациентов до и после лечения был исследован углеводный обмен (таблица 1).

Таблица 1

Динамика показателей углеводного обмена у больных ОА на фоне снижения массы тела

Показатель	1 группа больные ОА со снижением массы тела более 5 кг $n=36$	2 группа больные ОА без снижения массы тела $n=94$	Достоверность
Гликемия натощак (норма 3,3–5,5 ммоль/л)			
До лечения	$4,9 \pm 1,0$	$5,1 \pm 0,8$	$t=0,8, p>0,05$
После лечения	$4,1 * 0,9$	$5,0 * 0,9$	
Динамика	$0,8 * 0,5$	$0,1 * 0,5$	
Постпрандиальная гликемия			
До лечения	$6,9 \pm 0,77$	$7,1 \pm 0,61$	$t=2,53, p<0,05$
После лечения	$5,8 * 0,69$	$7,0 * 0,52$	
Динамика	$1,1 * 0,21$	$0,1 * 0,23$	
С-пептид базальный (норма 0,5–3,2 нг/мл)			
До лечения	$3,2 \pm 0,42$	$3,3 \pm 0,29$	$t=0,48, p>0,05$
После лечения	$3,1 * 0,32$	$3,1 * 0,45$	
Динамика	$0,1 * 0,11$	$0,2 * 0,12$	
С-пептид стимулированный (норма 200%–600% от базального)			
До лечения	$210,6 \pm 14,9$	$225,0 \pm 15,5$	$t=5,00, p<0,001$
После лечения	$286,7 * 15,8$	$214,1 * 19,9$	
Динамика	$76,1 * 7,7$	$10,9 * 7,5$	

Итак, из таблицы видно, что снижение массы тела оказывает позитивное влияние на течение ОА: уменьшается выраженность суставного синдрома, проявления инсулинорезистентности.

Было выявлено, что снижение веса более чем на 5 килограммов за 3 месяца способствовало некоторому улучшению клинического состояния пациентов с остеоартрозом, что отражалось в улучшении функциональных индексов суставов. Снижение массы тела пациентов более чем на 5 килограммов способствует улучшению клинического течения остеоартроза, уменьшению проявлений инсулинорезистентности.

Таким образом, в ходе проведенного исследования была выявлена особенность течения ОА. Полученные результаты позволяют предположить наличие патогенетической связи между гормонами жировой ткани и хроническими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов. Определение концентрации гормонов жировой ткани в сыворотке крови больных ОА может повысить качество диагностики этих заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф.* Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики. Тер. арх. 2009; 6: 5–10.
2. *Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т.* и др. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. М.: Литтерра, 2003.
3. *Solomon D.H., Karlson E.H., Rimm E.B.* et al. Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. *Circulation* 2003; 107: 1303–7.
4. *Maradit-Kremers H., Nicola P.J., Crowson C.S.* et al. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis: A population – based study. *Arthrit Rheum* 2005; 52: 722–32.
5. *Gonzalez-Gay M.A., Gonzalez-Juanatey C., Martin Semin X.* Rheumatoid Arthritis: The Disease Associated with Accelerated Atherogenesis. *Arthr Rheum* 2005; 35: 8–17.

Резюме

*Р.Д. Абсиметова, Г.Т. Сахинова, Т.А. Попова,
А.М. Толемисова, Р.Ж. Рахимова*

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

В ходе проведенного исследования была выявлена особенность течения ОА. Больным с ОА с избыточным весом рекомендуется снижение массы тела. Это способствует улучшению показателей углеводного обмена, уменьшению выраженности суставного синдрома и проявлений инсулинорезистентности.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 616-002.77

М.А. ЖАНУЗАКОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА (ХОНДРОКСИД) ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

На долю ОА приходится до 60–70% всех ревматических болезней. Традиционно ОА рассматривают как простое механическое заболевание, при котором постоянная нагрузка на сустав приводит к повреждению и утрате суставного хряща [1, 2]. Наиболее часто поражается коленный сустав, что обусловлено его положением как опорного сустава, на который приходится основная нагрузка. В основе развития ОА лежит нарушение динамического равновесия между анаболическими и катаболическими процессами в суставном хряще.

Результаты современных исследований свидетельствуют в пользу применения при ОА «хондропротекторов», в состав которых входят естественные компоненты

матрикса хряща [1, 2]. Одним из основных хондропротекторов является хондроитин сульфат (ХТС). Он является естественным компонентом суставного хряща, входит в состав протеогликанов и гликозаминогликанов хрящевой ткани. Хондропротекторы способны влиять на метаболизм хрящевой ткани, замедлять или препятствовать ее разрушению, обладают противовоспалительными свойствами, уменьшают боль, улучшают подвижность сустава. Препараты ХТС хорошо зарекомендовали себя при лечении ОА коленных суставов. Описаны результаты исследований, в которых доказан симптоматический эффект ХТС, заключающийся в уменьшении боли, улучшении функции сустава и уменьшении потребности в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Одним из таких средств, содержащими ХТС, являются препарат хондроксид и гель хондроксид.

Цель исследования: оценка эффективности хондроксида при приеме внутрь и локально в виде геля для терапии ОА коленного сустава.

Материал и методы. В исследование включили 22 больных ОА коленного сустава (14 женщин и 8 мужчин) в возрасте 50–74 лет (средний возраст $58,4 \pm 6,7$ года) с длительностью заболевания от 6 мес до 12 лет (в среднем $6,4 \pm 2,6$ года). Диагноз ОА коленного сустава был установлен в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (2000), поражение обоих коленных суставов выявлено у 16 пациентов, одного – у 6. Преобладали пациенты со II рентгенологической стадией ОА по Kellgren-Lawrence (14 человек), у 8 – III стадия. Все пациенты в течение 6 мес принимали хондроксид внутрь по 0,5 г (2 таблетки) 2 раза в сутки и в течение 4-х недель получили курс местного лечения гелем хондроксид. Исходное состояние и динамику симптомов гонартроза оценивали перед началом курса лечения и сразу же после его окончания в соответствии с рекомендациями EULAR по стандартам оценки артрологического статуса: индекс боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс тяжести гонартроза (индекс Лекена) [1]. Кроме того, оценивали потребность в приеме НПВП.

Результаты. Анализ исходных показателей артрологического статуса показал, что у большинства обследованных гонартроз по индексу Лекена соответствовал резко выраженной степени, уровень боли можно было оценить как умеренный у 8 пациентов и выраженный у остальных больных. Средняя оценка боли по ВАШ составила $6,04 \pm 1,42$ балла. После окончания курса применения хондроксида проводили повторную оценку перечисленных параметров. Наиболее заметно изменялись показатели боли и скованности: достоверно снизился средняя оценка боли по ВАШ, степень тяжести гонартроза (индекс Лекена) достоверно уменьшилась на 2 ступени: от резко выраженной до выраженной. Потребность в приеме НПВП у пациентов, принимавших их исходно (80% больных), снизилась в 1,5 раза; 4 (18%) пациентов отказались от приема НПВП, а 6 (27%) перешли к эпизодическому приему обезболивающих препаратов.

Выводы. Применение ХТС внутрь и локально в виде геля обеспечивает более быстрое насыщение организма хондропротекторами по сравнению с действием одного компонента, а также более выраженный клинический эффект. Препарат хондроксид является одним из эффективных «хондропротекторов» и его применение занимает важное место в комплексной терапии ОА коленных суставов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Ревматология /под ред. Е.Л. Насонова. – М. ГЭОТАР. Мед, 2006. 288 с.

2. Кевин Пайл, Ли Кеннеди. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход. М.: ГЭОТАР. Мед, 2011. 368 с.

Резюме

М.А. Жанузаков

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА (ХОНДРОКСИД) ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Отмечена целесообразность применения при ОА «хондропротекторов», в состав которых входят естественные компоненты матрикса хряща. Препарат хондроксид является одним из эффективных «хондропротекторов» и его применение занимает важное место в комплексной терапии ОА коленных суставов.

Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)

УДК 613.816

Б.К. НУРДАУЛЕТОВ

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ КАРБАМАЗЕПИНА И НИТРАЗЕПАМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

Областной наркологический диспансер, г. Талдыкорган

Состояние отмены, как правило, завершается купированием патологического влечения к психоактивному веществу. Это относится как к хроническим алкоголикам, так и к героиновым наркоманам. Но все же путь к успешному избавлению от мучительного состояния «похмелья» или «ломки» представляет собой каменистую дорогу, которая часто вымощена неудачами. В последнее время отечественные наркологи и другие смежные специалисты увлеклись яростными дебатами по поводу наркомании и применения метадона в Казахстане, что можно видеть по количеству публикаций на эту тему, однако не следует забывать о разрешенном наркотике, наркотике № 1 у нас в республике – об алкоголе.

Ситуация, когда пациенты страдающие наркоманией и алкоголизмом избегали врачей, в последние годы изменилась в лучшую сторону. Статистика показывает, что с каждым годом доверие к врачам-наркологам государственного здравоохранения возрастает [1]. Научно доказано, что когда между врачом и пациентом устанавливаются доверительные отношения, тогда эффективность лечебного процесса возрастает. Однако дискуссия об оптимальном лечении алкогольного абстинентного синдрома остается открытой, учитывая значительные отличия отечественных протоколов диагностики и лечения от опыта более развитых стран [2, 3].

Отечественные протоколы диагностики и лечения состояния отмены алкоголя, словно пренебрегают биологическими механизмами развития данного состояния, что отражается в хаотичном наборе лекарственных средств (основных и дополнительных), средств с недоказанной эффективностью, в полипрогмазии и отсутствии четких целей вмешательства в зависимости от патогенеза расстройства. В настоящее время основными целями терапии состояния отмены алкоголя считаются профилактика судорожного синдрома, делирия, энцефалопатии Вернике и понижение гипервозбуждения центральной нервной системы [4, 5]. Решающую роль в этом играет дисбаланс норадренергической, дофаминэргической, холинэргической, глутаматэргической и прежде всего – ГАМК-эргической системы.

Для уменьшения гипервозбуждения и усиления ГАМК-эргической нейротрансмиссии может использоваться комбинация карбамазепина и нитразепама в терапевтических дозах (3):

– Карбамазепин как альтернатива стимуляции ГАМК-нейротрансмиссии оказывает комплексное воздействие на центральную нервную систему. Подавляя процессы возбуждения, оказывает влияние на дофаминэргические системы и, в том числе, уменьшает феномен Kindling.

– Феназепам обладает выраженным ГАМК-миметическим эффектом, что влечет за собой усиление процессов торможения и приводит к падению уровня норадреналина и дофамина.

Опыт применения данной комбинации лекарств у 40 пациентов с алкогольным абстинентным синдромом, в сравнении с применением нейролептиков в сочетании с бензодиазепинами, показал, что судорожный синдром сопровождал состояние отмены алкоголя значительно реже, а с точки зрения развития делирия, психомоторного возбуждения, неврологических осложнений, психотического расстройства не было никаких отличий. Это наблюдение подтверждается многочисленными рандомизированными контролируруемыми испытаниями по применению бензодиазепинов и антиконвульсантов.

Таким образом, комбинации карбамазепина и феназепама может позволить повысить эффективность лечения состояния отмены алкоголя, улучшить безопасность лечения, уменьшая вероятность возникновения такого осложнения, как судорожный синдром.

Учитывая то, что в основном врач и пациент, страдающий зависимостью, встречаются в период состояния отмены, следует больше внимания уделять разработке клинических рекомендаций по лечению данных состояний. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении, обобщение и систематизация накопленного мирового опыта. Эффективное и безопасное лечение состояния отмены будет способствовать доверию пациентов наркологической службе, что повысит эффективность вторичной профилактики и позволит проводить ранние вмешательства при рецидивах болезни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mayo-Smith M (1997) Pharmacological management of alcohol withdrawal. JAMA 278: 144–151.
2. Lejoyeux M., Solomon J., Ades J. (1998). Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. Alcohol Alcohol 33: 563–575.
3. Kosten T., O'Connor P. (2003). Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl. J. Med. 348: 1786–1794.

Резюме

Б.К. Нурдаулетов

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ КАРБАМАЗЕПИНА И НИТРАЗЕПАМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

В статье отражены некоторые аспекты патогенеза состояния отмены алкоголя, исходя из которых сделано предположение об эффективности применения комбинации карбамазепина и нитразепама. Опыт применения данной комбинации лекарств показал, что при таком вмешательстве состояние отмены алкоголя реже осложняется судорожным синдромом.

ВЛИЯНИЕ АНАПРИЛИНА НА ТРЕМОР У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ

ГККП «Актюбинский областной наркологический диспансер»

β -адреноблокаторы, такие как анаприлин широко используются в клинической практике для лечения таких разнообразных нарушений, как артериальная гипертензия, стенокардия, гипертиреоз, тахикардия, а также различные формы тремора [1].

Многие симптомы в состоянии отмены алкоголя вызваны повышением симпатической активности. Учитывая то, что анаприлин уменьшает симпатическую активность, в большей части исследований изучалось его влияние на тревогу и напряженность у больных алкоголизмом [2]. При этом меньше внимания уделялось его влиянию на тремор, возникающий в период отмены алкоголя. Таким образом, мы решили изучить, насколько эффективен анаприлин в отношении тремора при алкогольном абстинентном синдроме.

Учитывая вышесказанное, нами была выдвинута следующая гипотеза: если анаприлин уменьшает физиологический тремор, вызванный влиянием адреналина (Marsden et al., 1967), то анаприлин должен уменьшать тремор, вызванный состоянием отмены алкоголя, учитывая повышение симпатической активности при абстинентном алкогольном синдроме [3, 4].

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 23 пациента – мужчин, которые были госпитализированы в наркологический стационар г. Актобе. Пациенты были рандомизированы на 2 группы, из которых одна получала анаприлин в дозе 120 мг в сутки в течение 3 дней, другая группа получала аскорбиновую кислоту 75 мг в сутки в течение 3 дней. Пациенты были алкоголиками 2–3-й стадии в возрасте от 24 до 60 лет. Четыре пациента отказались от продолжения лечения на второй день исследования, 2 из группы, которая принимала анаприлин, 2 – из группы, которая принимала аскорбиновую кислоту. В исследование вошли пациенты, у которых были исключены неврологические, сердечно-сосудистые заболевания и астма. У включенных в исследование пациентов, как правило, отмечался выраженный абстинентный синдром, сопровождающийся постуральным тремором. Все пациенты дополнительно получали диазепам в дозе от 10 до 40 мг в сутки в/м, что, возможно, могло повлиять на результаты исследования. Однако применения диазепама практически невозможно было избежать, особенно при выраженных состояниях отмены, учитывая, что диазепам предотвращает серьезные осложнения. К тому же у 3 испытуемых в прошлом при алкогольном абстинентном синдроме отмечались эпилептические припадки.

Тремор оценивался в позе Ромберга при помощи десятибалльной шкалы, вечером, спустя час после приема анаприлина или аскорбиновой кислоты. При этом значение 0 баллов означало отсутствие тремора, а 10 баллов – выраженный крупноразмашистый тремор рук, языка, головы. Первая оценка была произведена на следующий день после постановки диагноза и приема первой дозы анаприлина или аскорбиновой кислоты. Последующие 2 оценки были произведены на второй и на третий день исследования.

Результаты исследования. Средний балл в группе, принимающей анаприлин, в первый день исследования составил 6,1 балла, средний балл в группе, принимающей аскорбиновую кислоту, в первый день составил 7,0 баллов. На второй день соответс-

твенно 7,0 и 7,2 балла, на третий день 4,4 и 4,3 балла. Таким образом, в первый день исследования интенсивность тремора в группе, принимающей пропранолол, была ниже, чем в группе, принимающей аскорбиновую кислоту, но к концу исследования между пациентами не было обнаружено никакой разницы.

Обсуждение. Влияние на тремор бета-блокаторов, например, пропранолола, известно из экспериментов на животных, а также есть данные его эффективности в отношении тремора при болезни Паркинсона, эссенциального тремора [5, 6] и других видов тремора, включая тремор при тиреотоксикозе. Мы провели исследование, предполагая, что анаприлин (действующим веществом которого является пропранолол) эффективно уменьшит тремор при алкогольном абстинентном синдроме. Однако наша гипотеза не подтвердилась. Это позволило предположить, что механизмы тремора при синдроме отмены алкоголя отличаются от механизмов тремора при других заболеваниях и не являются проявлением повышения симпатической активности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dupont E., Hansen. H.L. and Dalby M.A. Treatment of benign essential tremor with propranolol. Acta Neurologica Scandinavica. 49. 75–84.
2. Rappolt R.I. Treatment of ethanol withdrawal employing a beta-adrenergic blocking agent (propranolol). Clinical Toxicology, 1973. 6. 293–294.
3. Marsden C.D., Foley T.H., Owen. D.A.L., and Mc. Allister R.G. (). Peripheral β -adrenergic receptors concerned with tremor. Clinical Sciences. 1967. 33. 53–65.
4. Leslie G.B., Havman D.G., Ireson J.D. and Smith S. The effects of some beta adrenergic blocking agents on the central and peripheral actions of tremorine and oxytremorine. Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie. 1972. 197. 108–111.
5. Gilligan B.S., Veale J.L., and Wodak. Propranolol in the treatment of tremor. Medical Journal of Australia. 1972. 59. 320–322.
6. Sevitt I. (A comparison of propranolol and benzhexol in essential tremor. Practitioner, 1974. 213. 91–96.

Резюме

Д.Т. Тлеубаева

ВЛИЯНИЕ АНАПРИЛИНА НА ТРЕМОР У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ

В статье представлены результаты исследования влияния β -адреноблокатора анаприлина на позиционный тремор, возникающий во время состояния отмены алкоголя. Эффективность препарата не превысила эффективности плацебо, в качестве которого использовался витамин С.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ ИНСОМНИИ

Актюбинский областной наркологический диспансер

Хроническая бессонница определяется как расстройство сна, проявляющееся нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением, которое продолжается несколько ночей подряд [1].

Распространенность инсомнии может достигать до 45% в популяции, однако только у 9–15% людей нарушения сна становятся значимой клинической проблемой (т. е. имеется хроническая инсомния), а у 25–35% бессонница бывает кратковременно или редко. Среди пожилых людей хронической бессонницей страдают около 55%. Несмотря на эти довольно высокие цифры распространенности инсомнии, практика показывает, что данный диагноз является, как правило, недораспознанным и недодиагностированным во многих случаях, и реальные цифры заболеваемости еще выше. При этом, как показал предварительный психопатологический анализ участников исследования, хроническая бессонница в большинстве случаев сопровождала расстройства невротического уровня, а именно астенический синдром, неврастению, неврозоподобные состояния, являющиеся следствием перенесенного соматического заболевания и других стрессовых факторов [2, 3].

Фармакотерапия является наиболее часто рекомендуемым вмешательством при инсомнии [4]. При этом длительное использование снотворных и седативных средств чревато развитием привыкания, зависимости, нарушения дневного функционирования за счет снижения когнитивных процессов, дневной сонливости, эффектом «отдачи» и усилением быстрого движения глаз при отмене лекарств. Указанные побочные и нежелательные эффекты фармакотерапии заметно перевешивают ее умеренную и ограниченную эффективность [4–8].

Несмотря на то, что краткосрочная эффективность фармакотерапии хорошо изучена и установлен ее умеренный эффект на латентный период сна, тем не менее долгосрочная эффективность фармакотерапии малоизучена, так как продолжительность исследования охватывала, как правило, в среднем 7 дней без какого-либо долгосрочного наблюдения [9]. Кроме того, нет никаких доказательств, что эффекты сохраняются после прекращения фармакотерапии бессонницы [4].

Целью данного исследования является получение результатов сравнительного испытания, оценивающего самостоятельную эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, фармакотерапии и их комбинацию у пациентов, предъявляющих жалобы на бессонницу с трудностями засыпания.

В качестве фармакотерапевтического средства был выбран Зопиклон, учитывая его тщательно изученную эффективность, относительно короткий период полувыведения (4,2 часа) без активных метаболитов, минимальные остаточные эффекты после повторного приема и быстрое начало действия (через 30 минут после приема) [13]. Кроме того, Зопиклон не куммулируется во время повторного введения, вызывает минимальное нарушение архитектуры сна и является наиболее часто назначаемым снотворным средством. Тем не менее следует подчеркнуть возрастающее количество случаев злоупотребления Зопиклоном и зависимости от него, в том числе у лиц пожилого

возраста ввиду его доступности и отсутствия строго контроля над отпуском из аптек. В связи с этим в рамках данного исследования продолжительность приема Зопиклона составила не более 7 дней.

Мы протестировали 2 гипотезы:

1) В период приема лекарства комбинированное использование когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии будет наиболее эффективно уменьшать латентный период сна, затем менее эффективно изолированное применение фармакотерапии и затем изолированное применение когнитивно-поведенческой психотерапии.

2) После прекращения приема лекарства, комбинированное лечение окажется наиболее эффективным в уменьшении латентного периода сна, равно как и изолированное применение когнитивно-поведенческой психотерапии, а эффективность изолированной фармакотерапии резко снизится после ее отмены, так как пациент вернется к исходному состоянию.

Материалы и методы исследования. Было предпринято рандомизированное клиническое испытание, которое включило 48 пациентов с инсомнией с нарушением засыпания, обратившихся к врачам первичного звена с данной жалобой. Вмешательства включили в себя когнитивно-поведенческую психотерапию, фармакотерапию и их комбинацию.

Основными инструментами оценки эффективности был дневник сна, в котором отражалось время латентного периода сна и эффективность сна.

Пациенты, включенные в исследование, отбирались из числа обратившихся к врачам первичного звена (участковому терапевту, врачу общей практики, невропатологу). Затем была произведена верификация диагноза с использованием дневников сна и согласно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра.

Было выделено 48 участников, которые были рандомизированы в следующие группы: группа когнитивно-поведенческой психотерапии – 15 человек, группа фармакотерапии – 15 человек, группа с комбинированным применением когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии – 18 человек. Из исследования были исключены пациенты с психотическим уровнем расстройств, наркологическими заболеваниями и тяжелыми неврологическими и соматическими заболеваниями.

Результаты. Из 48 участников, включенных в исследование, 39 пациентов завершили лечение, 8 человек прервали лечение на второй неделе 8 недельного лечения (1 из группы КПТ, 1 из группы фармакотерапии, 5 из комбинированной группы). 1 пациент выбыл после третьей недели из группы фармакотерапии. Все выбывшие из исследования прекратили лечение из-за отсутствия достаточной мотивации.

Основным инструментом служили дневники сна, в которых был отражен латентный период сна при предварительном обращении, в середине лечения и после лечения. Другие данные дневника включали эффективность сна и общую продолжительность сна, также измеряемые на момент предварительного обращения, в середине лечения и после лечения.

Критерием эффективности терапии считался показатель уменьшения латентного периода сна до 30 минут и повышения эффективности сна до 85%.

Латентный период сна.

В середине лечения участники распределились следующим образом: латентный период уменьшился до 30 минут и меньше у 5 (36%) из 14 в группе фармакотерапии, у 6 из 12 (50%) из группы комбинированной терапии и у 7 (50%) из 14 в группе когнитивно-поведенческой терапии. После лечения участники распределились следующим

образом: 2 (15%) из 13 для группы фармакотерапии, 6 (46%) из 13 в группе комбинированной терапии и 8 (57%) из 14 в группе когнитивно-поведенческой психотерапии.

Эффективность сна

Эффективность сна более 85% в середине лечения составила: для группы когнитивно-поведенческой терапии 4 (29%) из 14, для группы комбинированной терапии 4 (33%) из 12, для группы фармакотерапии 5 (36%) из 14. Эффективность сна после лечения среди участников распределилась следующим образом: для группы фармакотерапии 3 (27%) из 11, для комбинированной терапии 7 (54%) из 13, для группы когнитивно-поведенческой психотерапии 8 (57%) из 14.

Общая продолжительность сна

Не было выявлено никаких существенных различий в общей продолжительности сна в разных группах, как в середине лечения, так и по его окончании. Общая продолжительность сна увеличилась во всех группах в среднем на 40 минут.

Вывод.

Указанные данные показывают, что когнитивно-поведенческая психотерапия, изолированно или в сочетании с фармакотерапией более эффективна, чем изолированное применение фармакотерапии. Кроме того, эффективность изолированной когнитивно-поведенческой психотерапии оказалась равна и выше по показателю эффективности сна, чем комбинированная терапия после завершения лечения.

Эти результаты отличались от гипотезы 1 тем, что комбинированное лечение не дало существенных преимуществ перед изолированным применением когнитивно-поведенческой психотерапии.

Результаты только частично подтвердили гипотезу 2 о том, что Зопиклон показывает значительное снижение эффективности по окончании приема препарата. Оказалось, что комбинированная терапия не имеет существенных преимуществ перед когнитивно-поведенческой психотерапией, а к концу лечения ей даже уступает.

Несмотря на предыдущие исследования, показавшие эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении инсомнии, методы когнитивно-поведенческой психотерапии практически малоизвестны как психотерапевтам, так и врачам интернистам в Республике Казахстан. Как следствие, пациентам с инсомнией выписываются снотворные и седативные средства, отмечается их долгосрочное и регулярное использование пациентами, несмотря на многочисленные побочные эффекты, случаи злоупотребления и зависимости, а также неоднократные рекомендации краткосрочного и прерывистого их использования. Таким образом включение в схему лечения инсомнии когнитивно-поведенческой терапии позволит повысить качество жизни таких пациентов и избежать нежелательных эффектов фармакотерапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Kupfer G., Reynolds C.* Sleep disorders. Hosp Pract (Off Ed). 1983;18:101-119.
2. *Everitt D., Avorn J.* Clinical decision making in the evaluation and treatment of insomnia. Am J Med. 1990;89:357-362.
3. http://smed.ru/guides/43897/doctor/#top_part_profilaktika.
4. *Morin C., Kwentus J.* Behavioral and pharmacological treatment for insomnia. Ann Behav Med. 1988;10:91-99.
5. *Gillin J., Byerley W.* Diagnosis and management of insomnia. N. Engl J. Med. 1990; 322:239-248.
6. *Hauri P.* The Sleep Disorders. Kalamazoo, Mich: Upjohn; 1982.

7. Roy-Byrne D., Hommer D. Benzodiazepine withdrawal: overview and implications for treatment of anxiety. *Am J. Med.* 1988; 84:1041–1052.
8. Greenblatt D., Hartz J., Zinny M., Shader R. Effect of gradual withdrawal on the rebound sleep disorder after discontinuation of triazolam. *N Engl J Med.* 1987;317:722–728.
9. Nowell P.D., Mazumdar S., Buysse D.J., Dew M.A., Reynolds C.F., Kupfer D.J. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia. *JAMA.* 1997; 278:2170–2177.
10. Kales J.D., Kales A., Bixler E.O., et al. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, V: clinical characteristics and behavioral correlates. *Am J. Psychiatry.* 1984; 141:1371–1376.
11. Mellinger G., Balther M., Uhlenhuth E. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42:225–2232.
12. Kupfer D.J., Reynolds C.F. Management of insomnia. *N Engl J Med.* 1997; 336:341–346.
13. http://piluli.net/prep/zopiklon_n05cf01_r_003477_01_fp_obolenskoe_zao_rossiya_php
14. Morin C.M., Colecchi C., Stone J., Sood R., Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *JAMA.* 1999; 281:991–999.

Резюме

Ж.А. Аязбаев, Е.М. Нысанов, Д.Т. Тлеубаева

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ ИНСОМНИИ

В статье представлены результаты сравнительного анализа, оценивающего самостоятельную эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, фармакотерапии и их комбинацию.

**Здоровье и болезнь
2012, № 4 (106)**

УДК 613.84

Е.М. НЫСАНОВ

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Актюбинский областной наркологический диспансер, г. Актобе

Считается, что повышенная тревожность является одним из симптомов синдрома отмены никотина. Однако знание того, что происходит с тревогой после отмены никотина имеет как практическое, так и теоретическое значение. Хотя в большинстве исследований по данной теме сообщают о преходящем повышении уровня тревоги [1], тем не менее некоторые другие исследования этого не обнаружили [2]. Кроме того, некоторые исследования свидетельствуют о снижении уровня тревоги в течение нескольких недель воздержания по сравнению с уровнем тревоги до прекращения курения [3]. Настоящее исследование проводилось с целью дать дополнительную информацию по поводу уровня тревоги до и в течение 4-х недель после отказа от курения 14 стационарных пациентов, лечившихся от никотиновой зависимости.

Одной из особенностей предыдущих исследований по этой теме является то, что они оставляют место для сомнений по поводу того, что происходит с тревогой, когда люди воздерживаются от курения. Почти во все исследования были включены данные пациентов, которые редко, но курили сигареты в период воздержания. В большинстве случаев в исследованиях было сообщено, что это не повлияло на результаты, однако при этом не дано никаких подробностей, что исключило возможность обнаружить отличия между теми субъектами исследования, кто полностью воздерживался от ку-

рения, и теми, кто имел даже незначительный срыв и редко употреблял сигареты. Таким образом, можно предположить, что средний уровень тревоги мог быть завышен за счет тех курильщиков, которые не могли добиться полного воздержания. Не исключено, что у части курильщиков, которые вообще не сообщили о минимальных срывах, последние на самом деле имели место и в результате остались незамеченными. Это было связано с тем, что большинство исследований включало никотинозаместительную терапию состояния отмены никотина и в контроле над ремиссией можно было полагаться лишь на определение концентрации монооксида углерода. Такой контроль ремиссии не очень удобен ввиду того, что период полураспада монооксида углерода очень короткий и контроль за его концентрацией часто не показывает редкие попытки курения у испытуемых в период исследования. Этот вопрос имеет практическое значение. Если тревога возрастает после отказа от курения, то можно было бы осуществить вмешательства, уменьшающие беспокойство, чтобы помочь курильщикам, которые пытаются бросить курить. Помимо практического значения, вопрос имеет значение и с теоретической точки зрения. Многие курильщики и некоторые исследователи полагают, что курение оказывает успокаивающее действие [5, 6]. Тем не менее доказательств таких данных противоречивы. Например, Perkins et al. [7] сообщили, что воздействие никотина может увеличить эмоциональную напряженность в сравнении с плацебо, в том числе и среди курильщиков. Кроме того, популяционные исследования показывают, что у курильщиков более высокий уровень тревоги, чем у людей, которые вообще никогда не курили, и бывших курильщиков [8]. Имеется также сообщение, что после купирования состояния отмены никотина реакция на стресс понижается и становится ниже, чем до прекращения курения [9]. Несколько исследований показали, что уровень тревоги становился ниже спустя несколько недель после отказа от сигарет [3]. Тем не менее эти отчеты не включают значения тестов, которые могли бы позволить определить были ли различия больше чем просто случайность. Ведь можно предположить, что курильщики имеют конституционально более высокий уровень тревоги, уменьшающийся спустя несколько недель после отказа от сигарет, лишь до уровня, который был в период курения, но при этом, не достигнув уровня тревоги, который наблюдается у некурящих. В соответствии с этой гипотезой, курильщики будут иметь еще больший уровень тревоги, если они отказываются от сигарет, и те, у кого получается бросить, на самом деле отличаются исходно низким уровнем тревоги, а потому не сильно нуждаются в анксиолитическом эффекте от курения. Тщательное отслеживание изменения уровня тревоги после прекращения курения может помочь в прояснении этого вопроса.

Данное исследование имеет следующие особенности: отсутствовало активное лечение состояния отмены никотина; были приняты критерии периода воздержания; период воздержания от сигарет контролировался максимальным наблюдением за пациентами, которые находились в отделении реабилитации; измерение уровня тревожности проводилось при помощи шкалы Тейлор; тревога была измерена за 2 недели до воздержания и в течение 4-х недель после него. Пациенты были исследованы на предмет тревожности за 2 недели, а затем за 1 неделю до прекращения курения, непосредственно перед прекращением, через 24 часа после прекращения, а также на 1, 2, 3 и 4-й неделе после прекращения курения; показатели воздержания были высокими, лишь несколько человек были исключены в результате отказа от лечения; у всех субъектов было соответствие критериям никотиновой зависимости по МКБ-10.

Таким образом, основной вопрос, рассматриваемый в настоящей статье о том, как изменяется уровень тревоги во время воздержания от курения сигарет.

Материал и методы исследования. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. Одна группа в качестве лекарственного средства получала препарат Пирацетам в таблетках в дозе 200 мг в сутки, другая группа получала препарат Нейромультивит в таблетках в дозе 1 таблетка в сутки. Указанные препараты, как правило, хорошо переносятся и вполне показаны для пациентов с никотиновой зависимостью учитывая токсичное действие никотина и других составляющих табачного дыма на ЦНС человека. В то же время нет никаких доказательств эффективности данных препаратов в плане удлинения ремиссии у таких пациентов. Тестирование по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина проводилось в следующем порядке: 1-е исследование за 2 недели до прекращения курения; 2-е исследование за 1 неделю до прекращения курения; 3-е исследование непосредственно перед прекращением курения; 4-е исследование спустя 24 часа после прекращения курения; 5-е исследование через 1 неделю после прекращения курения; 6-е исследование через 2 недели после прекращения курения; 7-е исследование спустя 3 недели после прекращения курения; 8-е исследование через 4 недели после прекращения курения. По окончании исследования всем испытуемым был проведен полный курс когнитивно-поведенческой психотерапии.

Право на участие получили лишь те пациенты, диагноз которых отвечал критериям МКБ-10 к никотиновой зависимости, а также соответствовали следующим условиям: курили не менее 15 сигарет в день в течение не менее 5 лет, без сопутствующей соматической и психической патологии. Сто процентов исследуемых были мужского пола. У всех было получено информированное согласие на участие в исследовании. В основу полученных результатов легли данные 57% пациентов, которые смогли воздерживаться от курения в течение всего срока исследования.

Результаты исследования. Из 14 человек, включенных в исследование, 13 воздерживались от курения в течение 24 часов, 11 человек не курили в течение 1 недели, 10 человек находились в ремиссии в течение 2 недель, 8 человек воздерживались от курения в течение 4-х недель. Во время 1-го исследования уровень реактивной тревожности составил в среднем 29 баллов и личностной тревожности 42 балла. На 2-м исследовании уровень реактивной тревожности уменьшился до 28 баллов, личностной тревожности – до 40 баллов, затем вновь увеличился на 3-м исследовании (реактивная тревожность до 32 баллов, личностная тревожность до 42 баллов), которое проводилось непосредственно перед отказом от курения. Спустя 24 часа после прекращения курения и в течение первой недели уровень тревоги не изменился. Однако на 2, 3 и 4-й неделе показатель реактивной тревоги был значительно ниже (25 баллов и 40 баллов; 24 балла и 40 баллов; 24 балла и 38 баллов соответственно), чем наблюдавшийся до прекращения курения (29 баллов и 42 балла).

Выводы

Результаты данного предварительного исследования могут привлечь внимание специалистов занимающихся проблемами никотиновой зависимости к тому, что повышенная тревожность не является надежным и центральным элементом синдрома отмены никотина и, более того, данные показывают, что при отказе от курения уровень тревожности довольно быстро снижается, что может быть связано с отсутствием поступления в организм анксиогенного агента – никотина.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Hughes J., Higgins S., Bickel W.*: Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction* 1994; 89:1461–1470.

2. *Hughes J.R., Higgins S.T., Hatsukami D.*: Effects of abstinence from tobacco: a critical review, in *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, vol 10. Edited by Kozlowski L.T., Annis H.M., Cappell H.D., Glaser F.B., Goodstadt M.S., Israel Y., Kalant H., Sellers E.M., Vingilis E.R. New York, Plenum, 1990, pp. 317–398.

3. *Gross J., Stitzer M.*: Nicotine replacement: ten-week effects on tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology (Berl)* 1989; 98:334–341...

4. *Hughes J.*: Non-nicotine pharmacotherapies for smoking. *J Drug Development* 1994; 6:197–203.

5. *Hall S., Munoz R., Reus V., Sees K.*: Nicotine, negative affect and depression. *J. Consult Clin Psychol* 1993; 61:761–767.

6. *Russell M., Peto J., Patel U.*: The classification of smoking by factorial structure of motives. *J R Statistical Soc Series A* 1974; 137: 313–346.

7. *Perkins K.A., Sexton J.E., Stiller R.L., Fonte C., DiMarco A., Goettler J., Scierka A.*: Subjective and cardiovascular responses to nicotine combined with caffeine during rest and casual activity. *Psychopharmacology (Berl)* 1994; 113:438–444.

8. *Jarvis M.*: A profile of tobacco smoking. *Addiction* 1994; 89: 1371–1376.

9. *Cohen S., Lichtenstein E.*: Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychol* 1990; 9:466–478.

Резюме

Е.М. Нысанов

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В данной статье рассматривается вопрос о том, как изменяется уровень тревоги во время воздержания от курения сигарет. Повышенная тревожность не является надежным и центральным элементом синдрома отмены никотина и, более того, предполагают, что при отказе от курения уровень тревожности довольно быстро снижается, что может быть связано с отсутствием поступления в организм анксиогенного агента – никотина.

УДК 616.1

Г.К. КАСЕНОВА

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛА
В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ***Городская поликлиника № 4, г. Алматы*

Прогноз для больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) до настоящего времени остается неблагоприятным. Среди причин смерти населения ХСН занимает одно из ведущих мест. Способность β -адреноблокаторов (БАБ) снижать риск фатального исхода у больных ИБС, в том числе и ХСН оказалось столь выраженным, что теперь эти препараты считают обязательными для лечения таких больных, если нет противопоказаний. В пользу применения БАБ накоплено огромное количество доказательств, свидетельствующих о том, что они уменьшают смертность и частоту госпитализаций.

Цель исследования: оценка эффективности карведилола при ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы: в исследование было включено 22 больных: 14 мужчин и 8 женщин в возрасте от 52 до 68 лет (средний возраст $57 \pm 2,2$ лет). Карведилол назначали в дозе по 3,125 мг 2 раза в сутки с последующим увеличением через 2 недели до 25 мг/сутки. Лечение карведилолом проводилось в составе комплексной терапии ХСН (ингибиторы АПФ, спиронолактон). Эффективность лечения оценивали на основании снижения клинических проявлений ХСН и изменения показателей ЭхоКГ, толерантности к физической нагрузке.

Результаты и обсуждение. Исходные величины объемов и размеров левого желудочка были увеличены, показатели, характеризующие сократительную и насосную функции миокарда, были снижены. Так, ФВ равнялась $43,5 \pm 1,2\%$, степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка ($\Delta\% S$) = $21,5 \pm 1,1\%$. По окончании 4-недельного курса лечения у больных, принимавших карведилол в сочетании со стандартной терапией, признаки ХСН уменьшились, в том числе одышка, тахикардия от обычной физической нагрузки, слабость, отеки на ногах, размеры печени. Со стороны изучаемых эхокардиографических показателей наметилась тенденция к уменьшению конечно-систолических и конечно-диастолических размеров (КСР = $4,9 \pm 0,3$ см, КДР = $5,0 \pm 0,5$ см) и объемов (КСО = $64,2 \pm 0,1$ мл, КДО = $118,5 \pm 2,3$ мл) и к повышению сократительной и насосной функций (ФВ и $\Delta\% S$ увеличились до $48,5 \pm 1,3\%$ и $24,5 \pm 1,3\%$ соответственно). Переход из более высокого ФК в низкий в группе больных, принимавших карведилол составил 60%. Таким образом, карведилол является эффективным средством в лечении ХСН у больных, перенесших ИМ, способствующим уменьшению признаков сердечной недостаточности, улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики. Одним из хорошо известных благоприятных эффектов длительного применения БАБ, в том числе и карведилола, считается их способность тормозить и вызывать регрессию патологического ремоделирования сердца и улучшать функцию миокарда за счет ряда положительных эффектов, в частности уменьшения тахикардии, торможения апоптоза и кардиотоксического действия катехоламинов. В итоге это приводит к повышению сократимости и увеличению ФВ ЛЖ. Карведилол является одним из БАБ с зарегистрированным показанием – лечение ХСН.

УДК 614.2

А.М. МАЗБАЕВА, О.П. СОЛОВЬЕВА, Б.К. ТЮЛЕГЕНБАЕВА

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Городская поликлиника № 9, городская клиническая больница № 5, г. Алматы

В целях реализации государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» ежегодно проводятся профилактические медицинские осмотры целевых групп населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Основной целью проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп как взрослого, так и детского населения является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения. Скрининговые осмотры детского населения направлены на профилактику, раннее выявление и предупреждение заболеваний, развитие которых связано с особенностями анатомо-физиологического развития в различные периоды жизни, в том числе в подростковом периоде.

По окончании скринингового осмотра проводилась комплексная оценка здоровья, т. е. определение наличия факторов риска; оценка физического, нервно-психического развития, резистентности, определение группы динамического наблюдения.

Мониторинг и анализ проведенных профилактических осмотров подростков показал, что у детей и подростков довольно быстро утомляются глаза, возникают боли в животе, а чаще всего школьники страдают из-за нарушения осанки, виной чему является длительное положение сидя. Проблемы с осанкой можно приобрести, а могут быть и врожденными. К приобретенным можно отнести ношение школьной сумки через одно плечо, в одной руке или на одной лямке, а также неправильная посадка за партой. Все это может привести к ощущению напряжения в пояснице и спине, иногда проявляются и другие признаки, нарушается кровообращение, замечается быстрая утомляемость, ребенок чувствует затруднение дыхания, т. к. из-за впалости грудной клетки и сутулости ограничивается работа легких, появляется боль в шее, в связи с тем, что ребенок часто наклоняет голову вперед.

Специалисты настоятельно рекомендуют внимательно следить за посадкой ребенка, делать замечания, если он начинает сутулиться и показать, как нужно правильно сидеть, чтобы мышцы шеи и спины не находились в напряжении, чтобы руки, ноги и спина ребенка имели опору. Ранец должен быть с двумя лямками для ношения за спиной, у него должна быть твердая спинка, ширина не должна превышать ширину плеч. Также очень важна физическая нагрузка, полезно посещать бассейн. Физкультура и плавание помогают уменьшить нагрузку на позвоночник и развить правильный мышечный корсет. Занятия должны быть с 15-минутными перерывами. А также необходимо регулярно посещать специалиста, который поможет проконтролировать правильное развитие ребенка, его осанку. Кроме того, специалисты рекомендуют запретить постоянное ношение спортивной обуви в школах для снижения % возникновения плоскостопия в детском возрасте.

Данные по скрининговым осмотрам передаются в службу формирования здорового образа жизни, профильные службы и управление, которые планируют профилактические оздоровительные мероприятия.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Актуальность проблемы хронического гломерулонефрита (ХГН) определяется тем, что во-первых, ХГН является одной из главных причин развития ХПН, во-вторых, заболевают чаще молодые, трудоспособные мужчины, болезнь которых может привести к инвалидизации, в-третьих, хотя и существуют методы заместительной почечной терапии (диализ и трансплантация почки), они доступны далеко не всем, так как очень дорогие и связаны с определенными сложностями (привязанность к аппаратам, необходимость постоянной иммуносупрессии). При любой форме ХГН нам представляется перспективным применение простагландинов, и в частности простагландина E1 (вазапростана), который объединяет действие различных сосудистых препаратов (вазодилаторов, антиагрегантов и ангиопротекторов) [1]. Простагландины, и особенно простагландин E1, оказывают следующие влияния на почку: увеличение скорости клубочковой фильтрации, снижение креатинина и протеинурии [2]. Все вышеуказанное позволяет утверждать о нефропротективном эффекте вазапростана и дает основание использовать его в лечении ХГН.

Цель работы: оценка клинической эффективности вазапростана в лечении больных ХГН.

Материал и методы. Диагноз ХГН устанавливался путем комплексной оценки клинических проявлений (протеинурия, гематурия и нефрологические синдромы – остронефритический, нефротический, гипертонический, почечной недостаточности), отражающих клиническую форму нефрита, степень активности процесса и состояние функции почек. Клиническая форма ХГН выделялась согласно классификации Е.М. Тареева (1958, 1972). Для лечения больных ХГН использован препарат вазапростан, в состав которого входит простагландин E1 (ПГЕ1). Лечение вазапростаном получали 12 больных ХГН в возрасте от 16 до 33 лет (в среднем 24,5±2,3 года). Препарат вводили внутривенно капельно в дозе 20 мкг, разведенном в 200 мл физиологического раствора, в течение 1,5–2 ч. ежедневно. Продолжительность курса лечения – 10 инфузий. Группу сравнения составили 10 больных ХГН, не получавших вазапростан, сопоставимых с основной группой по возрасту, длительности заболевания.

Результаты. Эффективность лечения оценивали на основании исследований, проведенных исходно и по окончании терапии вазапростаном (таблица 1).

Таблица 1

**Суточная протеинурия и биохимические показатели сыворотки крови
у больных ХГН на фоне лечения вазапростаном**

Показатель	До лечения	После лечения
Суточная протеинурия, г/сут	3,3±0,5	2,1±0,2*
Общий белок, ммоль/л	61,14±2,54	72,35±1,64
Мочевина, ммоль/л	12,64±0,24	8,24±0,36
Креатинин, мкмоль/л	152,46±2,44	110,36±3,25*
СКФ, мл/мин	96,48±3,56	122,38±4,24*

Примечание – * – статистически значимые различия ($p < 0,05$)

В проведенном исследовании выявлено положительное влияние препарата из группы ПГЕ1 вазапростана на состояние клубочкового аппарата почек у больных с ХГН. Это проявилось в снижении экскреции альбумина с мочой, увеличении СКФ и снижении уровня креатинина в сыворотке крови. При оценке влияния вазапростана на белковый и липидный обмен статистически значимых изменений не выявлено. Побочных эффектов при лечении вазапростаном не отмечено. Таким образом, вазапростан – препарат простагландина E1 оказал положительное влияние на функциональное состояние почек у больных ХГН. Учитывая результаты нашего исследования, мы полагаем, что вазапростан (простагландин E1), оказывающий выраженный нефропротективный эффект при ХГН, займет особое место в терапии подобного поражения почек.

