



Редакционная коллегия

Абдикалиев Н.А., проф.
Абдукаримов Б.У., проф.
Абылайулы Ж., проф.,
Атарбаева В.Ш. д.м.н.
Исмаилов Ж.К., проф.
Нурпеисов Т.Н., проф.
Полимбетов Д.С., проф.
Шалхаров С.Ш., проф.

Редакционный совет

Жангабылов А.К. (Алматы)
Зельцер М.Е. (Алматы)
Каражанова Л.К. (Алматы)
Кулмагамбетов М.Р.
Султаналиев Т.А. (Алматы)
Даирбеков О.Д. (Шымкент)
Шокарева Г.В. (Алматы)

Главный научный редактор
Изатуллаев Е.А., профессор

Главный редактор
Кабдрахманов К.Б.

Терапевтический *Терапия* **ВЕСТНИК** *хабаршысы*

Адрес редакции

г. Алматы, 480091, ул. Айтеке би, 120
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК
Тел. (327) 2796973

«Терапевтический вестник», №1 (21), 2009 г.
Учредитель - РГКП «НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК»
Свидетельство о регистрации - № 4754-ж от 02.03.2004
Тип. NV-service Тираж 800 экз.
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.
Подписной индекс **75230**

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных
Комитетом по надзору и аттестации в сфере науки
Министерства образования и науки РК для публикации научных трудов

Содержание

Организация терапевтической службы

Программа развития РГКП «НИИ кардиологии и внутренних болезней» на 2009–11 гг. *Абылайулы Ж., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Бекжигитов С.Б., Ошакбаев К.П., Айтбембет Б.Н., Идрисов А.С. (3)*

О ходе выполнения № 102 Постановления Правительства РК «Об утверждении программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007–09 годы» за 2007–08 годы (к 07.01.09 г.). *Исмаилов Ж.К., Абылайулы Ж., Аманов Т.И., Ошакбаев К.П., Пивоварова И.А., Омаров Т.М., Абдукаримов Б.У., Идрисов А.С. (6)*

Взаимосвязь между демографическим показателем (плотность проживающего населения) и некоторыми показателями здоровья населения и системы здравоохранения. *Абылайулы Ж., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Айтбембет Б.Н., Исмаилов Н.И., Тулепбергенова Г.М., Идрисов А.С. (15)*

Научно-исследовательская деятельность НИИ кардиологии и внутренних болезней за 2008 г. *Абылайулы Ж., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Ошакбаев К.П., Молдабек Г.К., Атарбаева В. Ш., Имантаева Г.М., Кошумбаева К.М., Байтасова Н.Б., Абдукаримов Б.У. (19)*

Совершенствование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Казахстан. *Попова Т.В. (24)*

Кардиология

Функциональные изменения сосудистого эндотелия при сочетанных хронических заболеваниях. *Орынбасарова К. К. (28)*

Инновационные технологии в изучении состояния вегетативной нервной системы при артериальной гипертензии. *Тулемисова Г. Е. (30)*

Распространенность артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа с сопутствующим ожирением. *Казымов М.С. (33)*

Регуляция апоптоза при атеросклерозе. *Ахсан Али (35)*

Общие вопросы терапии

Изменения в системе гемопозза в отдаленные сроки после фетальной коррекции печеночной недостаточности. *Доскалиев Ж.А., Рахимбекова Г.А., Туганбекова С.К. (37)*

Трансфер фактор биопрепаратын бронхиальды демікпе ауруы кезінде қолдану. *Б.М. Тажиметов (39)*

Клинико-морфологическая оценка хронического вирусного гепатита в на фоне лечения противовирусными препаратами. *Джусипов А.К., Пальгова Л.К., Енин Е.А., Сариева С.И. (41)*

Постпрандиальная гипергликемия – независимый фактор риска развития диабетической ретинопатии. *Дурманова А.К. (44)*

Выявление диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа. *Дурманова А.К., Тойбаева А.Т., Дурманова Ж.К. (46)*

Вопросы клинической фармакологии

Мелофлам в терапии ревматоидного артрита: сравнительная эффективность, переносимость, комплаентность. *Ялкин Ш.Ш., Цой Е.А., Орынбасарова Б.К., Пудовкина Н.А., Тажибаева Г.Б., Бураханова Ш.Б. (48)*

Блокатор ангиотензиновых рецепторов кандесартан (айра-сановель) в лечении артериальной гипертензии. *Атарбаева В.Ш., Тобаяхова Б.Б., Сагиндыкова Ж.М. (52)*

Назальный спрей AQUA MARIS в комплексной терапии ринитов у больных бронхиальной астмой. *Браславский В.Е., Сафрыгин К.В., Ежова О.А. (55)*

Оценка эффективности препарата Танакан в лечении больных диабетической и гипертонической ретинопатиями. *Р.К. Сабирова, Л.П. Попова, С.Х. Тлеубекова, Л.Г. Островерхова (58)*

Публикации практических врачей

Опыт применения препарата Ципролет при лечении сальпингитов и оофаритов в условиях дневного стационара. *Шаталова Т.А., Жуманова Г.Б., Рахимбаева З.А., Жакубекова Р.Б. (60)*

Хламидийная инфекция у беременных. Опыт применения джозамицина (вильпрафена). *Жабина Л.Д., Карабалаева Ш.А. (62)*

Гранулематоз Вегенера: случай из практики. *Акбергинулы А. (64)*

Программа развития РГКП «НИИ кардиологии и внутренних болезней» на 2009–11 гг.

Абылайұлы Ж., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Бекжигитов С.Б.,
Ошакбаев К.П., Айтбембет Б.Н., Идрисов А.С.

(составлена согласно «Стратегическому Плану развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009–2011 годы», утвержденный постановлением Правительства РК № 1213 от 23 декабря 2008 года, Астана)

Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институтының 2009-11 жылдарға даму программасы

Абылайұлы Ж., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Бекжигитов С.Б., Ошакбаев К.П., Айтбембет Б.Н., Ыдырысов А.С.

Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институтының потенциалдық мүмкіншіліктерін толығымен игеру үшін ғылыми-практикалық, ұйымдастырушы-методологиялық негіздерін кеңейтіп халықаралық алаңға шығу керек.

Program of development of the scientific research institute of cardiology and internal diseases for 2009-11

Abylaiuly J., Mansharipova A.T., Shokareva G.V., Bekzhigitov S.B., Oshakbaev K.P., Aitbembet B.N., Idrisov A.S.

Potential capability of the scientific research institute of cardiology and internal diseases allow extending a medical science and practice, an organizational and methodological basis for output on the International level.

Актуальность и обсуждение

На сегодняшний день РГКП «НИИ кардиологии и внутренних болезней (НИИ КиВБ)» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) – единственный в Казахстане специализированный научно-клинический центр, занимающийся решением множества проблем внутренней медицины.

Внутренняя медицина состоит из большого числа самостоятельных разделов: кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, пульмонология, гематология, аллергология, нефрология и др. В каждом из перечисленных разделов внутренней медицины имеются заболевания, представляющие значительную медико-социальную проблему для страны. В связи с этим, основная деятельность НИИКиВБ состоит в разработке мероприятий, направленных на решение проблем, связанных с внутренними болезнями.

Большую медико-социальную проблему для Казахстана представляет распространенность среди населения артериальной гипертонии, сахарного диабета 2 типа, ожирения, являющихся наряду с гиперхолестеринемией, главными факторами риска развития ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний. Кроме того, сахарный диабет сопровождается множественными макро- и микроангиопатиями, приводящими к развитию диабетической нефропатии и ухудшению зрения, вплоть до слепоты.

Несмотря на значительные успехи в области внутренних болезней, во всем мире терапевтические заболевания продолжают оставаться главной причиной заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ (2006), смертность от терапевтических заболеваний составляет более 75% от всех случаев смертей. При этом, в структуре терапевтических заболеваний в более, чем в половине случаев причиной смерти являются сердечно-сосудистые, эндокринологические и нефрологические заболевания.

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению пациентов с поражением почек, приводящем в конечном итоге к хронической почечной недостаточности. К ним относятся как первичные острые и хронические гломерулонефриты, так и вторичные поражения почек при сахарном диабете, системных заболеваниях, токсических поражениях. При этом, диагностика и лечение больных с заболеваниями почек должна проводиться по современным международным стандартам. Выглядит несколько парадоксальным то обстоятельство, что в НИИКиВБ не занимаются проблемой почечной патоло-

гии. В настоящее время в г. Алматы нефрологические больные, для оказания им высокоспециализированной помощи, направляются в обычные городские больницы города (например, в ГКБ № 7 г. Алматы).

Для решения вышеуказанных проблем здравоохранения по Донобедиан помогает внедрение современных организационных форм правления.

В республике растет потребность в современных объектах здравоохранения, отвечающих международным стандартам, а также растет потребность в таких медицинских кадрах терапевтического профиля, как интервенционных кардиологах, эндокринологах [1].

Ухудшение экологической обстановки вследствие воздействия факторов природного и техногенного характера приводит к закономерному увеличению спроса на медицинские услуги по диагностике и лечению болезней связанных воздействием вредных факторов окружающей среды (болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, аллергические заболевания) и поведенческих факторов риска (избыточная масса тела, курение, злоупотребление алкоголем).

Мы остановились только на важнейших проблемах внутренней медицины, которые требуют безотлагательного решения. Важная роль в решении стратегических проблем профилактики, диагностики и лечения отводится НИИКиВБ.

Программное предложение

В соответствии с нормами гражданского кодекса Республики Казахстан «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней» МЗ РК в настоящее время имеет статус Республиканского Государственного казенного предприятия (РГКП), что обуславливает как юридическое лицо, не имеющее в качестве цели извлечение доходов. РГКП содержится только за счет государственного бюджета. Выделяемые бюджетные средства по высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП) покрывают лишь 74–75% коечной мощности клиники НИИКиВБ. В связи с этим не возможно использовать на полную мощность ресурсы дорогостоящего оборудования, находящегося в научно-исследовательском институте.

Целесообразно, с целью эффективного использования оборота коек, лабораторной и функциональной мощности лечебно-диагностического, особенно дорогостоящего оборудования, как Elessys-2010 (Roche)

ИФА, Cobas Integra (Roche), биохимический анализатор Facs Calibur (Бельгия), проточный цитофлуориметр, дать научно-исследовательскому институту полномочия ведения на праве хозяйствующего субъекта здравоохранения.

Анализ предоставления хозрасчетных медицинских услуг населению показывает, что частные медицинские клиники на полную мощность загружены ведением лабораторных исследований.

Например, такие медицинские центры, как «Сункар», «Керуен», «Стэмкорд» и др. вынуждают работать в две смены (утренние и ночные) для того, чтобы удовлетворить потребности населения в лечебно-диагностических процедурах.

В связи с увеличением спроса на платные медицинские услуги в г. Алматы на отдельные виды высокоспециализированных медицинских услуг (кардиология, эндокринология, гепатология, нефрология), создается необходимость в оперативном управлении ситуацией в пользу как населения – для оказания высокоспециализированной медицинской помощи, так и государства – для повышения качества медицинских услуг, в пределах установленных законодательными актами РК и в соответствии с целями своей деятельности.

НИИ кардиологии и внутренних болезней в статусе Государственного казенного предприятия находится на полном обеспечении государственного бюджета. В этой роли НИИ, как показывает история развития медицины, с одной стороны создает определенное материально-техническое бремя для государства, с другой – как поставщик медицинских услуг не придает существенного значения количеству предоставляемых услуг. Это приводит к тому, что не выполняются нормативные требования по функционированию коечного фонда, хронометража рабочего времени, по штатным специальностям, а это, в свою очередь, дает повод не удовлетворять требования, поставленные комитетом контроля качества медицинских услуг. Это приводит к обоснованию штрафных санкции (например, в 2007г. – 1121,281 тыс. тенге, в 2008г. – 536,921 тыс. тенге).

Вышесказанные проблемы в настоящее время приобретают актуальность в свете планируемого введения новых методов финансирования Министерством здравоохранения Республики Казахстан о целесообразности перехода на государственное предприятие на праве хозяйственного ведения, что согласуется с принципом «вложенные средства государства должны принести мультипликативный эффект» (из Послания Президента РК народу Казахстан, 2008г.).

Все правовые документы и заявка на переход в другую правовую форму государственных субъектов здравоохранения согласуются с законодательными актами Республики Казахстан. Переход организации на государственное предприятие на праве хозяйственного ведения позволит повысить конкуренцию в системе здравоохранения, особенно с частным сектором здравоохранения, улучшит эффективность освоения ресурсов. Например, в нашем НИИ можно повысить производительность работы коек на 30–40%, не увеличивая при этом количества стационарных коек (180), можно также увеличить эффективность использования дорогостоящего лабораторно-инструментального оборудования на 50–60%, оказывая хозрасчетные услуги для нужды населения. Если лабораторные анализы выполняемые в частных лабораториях дороже от себестоимости на 200% и выше, то те же исследования, проведенные в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения, будут дороже всего на 20–30% от себестоимости анализа. А это позволит увеличить поток больных на обследование и повысит отзывчивость отрасли на нужды населения.

Как правило, рост благосостояния населения приводит к увеличению спроса его на доступное получение

качественных медицинских услуг и применение современных медикаментозных лекарственных средств с внедрением новых инновационных технологий в клинической медицине. В свою очередь, это приведет к увеличению здоровой конкуренции среди поставщиков медицинских услуг, развитию рынка медицинских услуг с участием государственного предприятия.

Мировой опыт показывает, что для повышения качества медицинских услуг необходимы: непрерывная подготовка квалифицированных медицинских кадров, стандартизация медицинской помощи, своевременная аккредитация института, разработка системы внутреннего аудита [1].

В настоящее время в институте идет подготовка к международной аккредитации и внедрения принципов доказательной медицины, развитию сервиса и пациент-ориентированных технологий.

Развитие медицинской науки и кадровых ресурсов. Согласно стратегического плана развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009–2011 годы (Астана–2008г.) будет осуществляться стремление к созданию эффективной системы управления медицинской наукой и её интеграции с образованием и практическим здравоохранением.

Рекомендации

1. Экономически целесообразно изменить организационно-правовую форму государственного казенного предприятия «НИИ кардиологии и внутренних болезней» на государственное предприятие на праве хозяйственного ведения.

2. При этом выполнение государственного заказа по ВСМП по терапевтическому профилю является обязательным в рамках договора с МЗ РК по клинико-затратным группам в соответствии вышележащими терапевтическими заболеваниями.

3. Для усиления самостоятельности в принятии управленческих решений, «...развития конкуренции в системе здравоохранения...», создания эффективной системы здравоохранения, направленной на формирование здоровой конкурентоспособной науки и практики целесообразна реорганизация юридического статуса РГКП «НИИ кардиологии и внутренних болезней» на РГП «Национальный научно-практический центр внутренних болезней», что будет соответствовать направлению «Стратегического плана развития МЗ РК на 2009–2011 годы», утвержденного постановлением Правительства РК от 23.12.2008г. №1213.

Таким образом, предлагаемая форма РГП «Национальный научно-практический центр внутренних болезней» в качестве субъекта здравоохранения будет удовлетворять планируемый рост повышения спроса населения в высокоспециализированной медицинской помощи по профилю профилактики, диагностики и лечения социально-значимых терапевтических заболеваний. В связи со «Стратегическим планом развития МЗ РК на 2009–2011г.г.» спрос населения в ВСМП будет возрастать, – если в 2007 году потребность населения в ВСМП составляла 43,3 тыс. случаев, то на 2011 год прогнозируется до 52,9 тыс. случаев.

Основные направления деятельности института на 2009–11 гг.

1. Мероприятия, направленные на совершенствование деятельности института:

1) Прохождение международной сертификации по менеджменту качества по стационару ИСО 9001:2000

(2009 г.г.);

2) Участие в государственном заказе по выполнению научно-исследовательских работ по теме «Разработка научно-обоснованных предложений по совершенствованию диагностики и лечения болезней сердечно-сосудистой системы и их осложнений при социально-значимых эндокринных заболеваниях (на 2009–2011 г.г.)» с изданием методических научных пособий и рекомендаций, внедряемых в практическое здравоохранение;

3) Разработка республиканских программ по борьбе с социально-значимыми заболеваниями системы кровообращения (АГ, ИБС, аритмии, метаболический синдром и др.);

4) Эффективное функционирование «Службы качества медицинских услуг» и внутреннего аудита;

5) Использование эффективных механизмов финансирования (фондодержание, тарификатор, 2-х-компонентный подушевой норматив, клинико-затратные группы);

6) Внедрение современных принципов рыночного здравоохранения: свободный рынок услуг, конкурентная среда в их предоставлении и транспарентные формы управления, обновление основных фондов, конкурентоспособная самостоятельность государственных организаций, поддержка институциональных принципов развития квалифицированных профессиональных менеджеров здравоохранения. Развитие рыночного здравоохранения – источник инновации;

7) Сотрудничество с ведущими научными и клиническими центрами с приглашением известных специалистов для проведения обучающих семинаров «мастер-классов» (Япония, Чехия, Россия);

8) Участие в конкурсах на получение республиканских и международных научных грантов для выполнения фундаментальных и прикладных научно-исследовательских работ по проблемам внутренней медицины (ежегодно);

9) Открытие кафедры по последипломному и дополнительному медицинскому образованию (2009 г.) по кардиологии, интервенционной кардиологии, эндокринологии и аллергологии;

10) Подготовка аспирантов, клинических ординаторов, докторантов и резидентов по специальностям внутренней медицины;

11) Дооснащение современным лечебно-диагностическим и лабораторным оборудованием (ежегодно);

12) Проведение капитального ремонта в клинических отделениях (2009 г.) и в целом всего здания института (2010 г.);

13) Совершенствование работы экспериментальной лаборатории и вивария;

14) «Учитывая, что профилактика заболеваний обходится дешевле лечения, следует сделать акцент на профилактике заболеваний, переоценить действующие программы ранней диагностики, методы выявления и лечения заболеваний, внедряя самые прогрессивные формы» (из «Стратегического плана развития МЗ РК на 2009–2011 г.г.»). В работе терапевтической службы здравоохранения необходимо уделить внимание на ориентацию оказания первичной и вторичной профилактической помощи, и разработать научно обоснованные эффективные профилактические мероприятия; 15)

16) Необходимо развивать новые научно-практические технологии лечения хронических неинфекционных заболеваний с позиции положительно отличающегося от заместительной терапии.

II. Продолжение работ по реализации постановления Правительства Республики Казахстан № 102 от 13 февраля 2007 года «О мерах по дальнейшему

развитию кардиологической и кардиохирургической службы в республике Казахстан на 2007–2009 годы»:

1) Подготовка квалифицированных кадров: анестезиологов-реаниматологов, интервенционных кардиологов, специалистов по реабилитации кардиологических и кардиохирургических больных (в течение 2009–2010 г.г.);

2) Выделение группы по «Интервенционной кардиологии» для проведения коронароангиографических исследований, с выполнением баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий (2009 г.);

3) Внедрение в клиническую практику института методов электрофизиологического картирования сердца и радиочастотной абляции источников аритмии;

4) Внедрение в клиническую практику института методов внутривещевой эхокардиографии и стресс-эхокардиографии (2008 г.);

5) Подготовка клинических ординаторов, аспирантов, докторантов, резидентов по кардиологии и кардиохирургии (ежегодно);

6) Проведение циклов дополнительного медицинского образования для врачей кардиологов, эндокринологов, терапевтов (ежегодно);

7) Разработка и внедрение в практическое здравоохранение методических разработок, пропагандирующих методы профилактической кардиологии (ежегодно);

8) Динамический контроль о ходе выполнения пунктов Плана мероприятий постановления Правительства Республики Казахстан № 102, своевременный отчет в МЗ РК, и оказание консультативно-методической помощи региональным департаментам (управлениям) здравоохранения, региональным кардиологическим диспансерам областей Казахстана по выполнению данного постановления.

III. Мероприятия, направленные на совершенствование оказания ВСПП по терапевтическим нозологиям:

1) Разработка и внедрение новых инновационных технологий для оказания высокоспециализированной медицинской помощи больным кардиологического и терапевтического профиля (клеточная терапия в кардиологии и эндокринологии);

2) Разработка методических пособий, рекомендаций, руководств, нормативных документов по борьбе с социально-значимыми терапевтическими, эндокринными, нефрологическими, ревматологическими, аллергологическими, гастроэнтерологическими заболеваниями (ежегодно);

3) Открытие отделения эфферентной терапии (2009 г.);

4) Внедрение в клиническую практику института метода биопсии печени и почек под контролем ультразвукового исследования.

Таким образом, учитывая потенциальные возможности института, необходимо расширять и далее развивать научно-практическую, организационно-методологическую основу с вхождением в международный научно-практический консорциум. Для полноценного функционирования терапевтической службы республики необходимо увеличить объем консультативно-методической помощи к подведомственным структурам системы здравоохранения, а также продолжение осуществления плана мероприятий по реализации постановления Правительства Республики Казахстан № 102 «О мерах по дальнейшему развитию кардиологической и кардиохирургической службы в Республике Казахстан на 2007–2009 годы».

Библиография

«Стратегический План развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009–2011 годы». Утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан № 1213 от 23 декабря 2008 года, Астана, 2008.

О ходе выполнения № 102 Постановления Правительства РК «Об утверждении программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007–09 годы» за 2007–08 годы (к 07.01.09 г.)

Исмаилов Ж.К., Абылайұлы Ж., Аманов Т.И., Ошақбаев К.П.,
Пивоварова И.А., Омаров Т.М., Абдукаримов Б.У., Идрисов А.С.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

**Қазақстан Республикасы Үкіметінің 102 қаулысының
жоспарлы шараларының орындалу барысы: 2007-2008
жылдың нәтижелері**

Ысмайылов Ж.Қ., Абылайұлы Ж., Аманов Т.И., Ошақбаев К.П.,
Пивоварова И.А., Омаров Т.М., Әбікәрімов Б.Ұ., Ыдырысов
А.С.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 102 қаулысының «2007-2009
жылдарға арналған Қазақстан Республикасында кардиологиялық
және кардиохирургиялық жәрдемді дамыту бағдарламасын
бекіту туралы» жоспарлы шараларының орындалу барысы
баяндалған. Кадрлар мәселесі мен ангиографиялық жабдықты
орнықтыру инфрақұрылымдық жетіспеушілік проблемалары
бар.

Исследование динамики и тенденции распространенности
болезней системы кровообращения (БСК) в Казахстане
за последние 27 лет (1981–2007) установило, что имеет
место рост смертности в 2 раза, заболеваемости в 7 раз,
болезненности более чем в 4 раза, параллельно отмеча-
ется рост инвалидности [1, 2]. Вызванная обеспокоенность
ростом показателей заболеваемости, инвалидности и
смертности от болезней системы кровообращения в
Республике Казахстан (РК) привела, при научно обосно-
ванной инициации РГКП «НИИ кардиологии и внутренних
болезней» и при поддержке Министерства здравоохра-
нения РК, к формированию постановления Правительства
Республики Казахстан № 102 от 13 февраля 2007 года
«Об утверждении Программы развития кардиологической
и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан
на 2007–2009 годы», основные мероприятия которого
направлены на принятие неотложных мер по развитию
кардиологической и кардиохирургической службы в РК.
План мероприятий данного Постановления Правитель-
ства РК состоит из 13 пунктов. К настоящему времени
исполнение пунктов Плана мероприятий программы
представляется следующим образом.

По пункту 1. Разработать технико-экономическое
обоснование (ТЭО), проектно-сметную документацию
(ПСД) и начать строительство трех региональных кар-
диохирургических центров в городах Астана, Алматы
и Павлодар для оказания кардиохирургической по-
мощи населению северного, южного и восточного ре-
гионов республики (в течение 2007–2009г.г.).

Строительство кардиохирургического центра в
г.Астана на 180 коек начато в декабре 2007 года и долж-
но завершится к концу 2009 года. Срок сдачи объекта
намечен на 1 октября 2009 г.

В медицинских учреждениях подведомственных управ-
лению здравоохранения г.Астана отсутствует кардиохирур-

**Realization of points of the enactment plan of №102 decisions of the
Government of the Republic of Kazakhstan «About the statement of
the program of development of the cardiological help in Republic
Kazakhstan for 2007-2009»: for 2007 and 2008 years**

Ismailov Zh.K., Abylaiuly Zh., Amanov T.I., Oshakbayev K.P., Piv-
ovarova I.A., Omarov T.M., Abdukarimov B.U., Idrisov A.S.

There is presented the information about realization of point of an
enactment plan of Decisions of the Government of Republic Kazakh-
stan №102 «About the statement of the Program of development of
cardiological and cardiosurgical help in Republic Kazakhstan for
2007-2009» which is directed on decrease of cardiological morbidity
and mortality of Kazakhstan people. The Decision of Government
consists of 13 points.

гическое отделение и нетангиографического оборудования.

Информация по ННМЦ г.Астана (за 9 мес. 2008
г.). За текущий период сделано: ангиографий – 589,
стентирований – 69, баллонной дилатаций – 0, аорто-
коронарных шунтирований (АКШ) – 334, врожденные
пороки сердца (ВПС) – 207, приобретенные пороки
– 89, радиочастотной аблации (РЧА) – 79, имплан-
тации электрокардиостимуляции (ЭКС) – 52 (более
полной информации за год не было представлено).

Информация по Городскому кардиологическому
центру (г.Алматы). В соответствии с приказом управ-
ления здравоохранения г.Алматы от 1 декабря 2006
года №781 «Об открытии Городского кардиологи-
ческого Центра» в созданном Центре функционирует
кардиохирургическое отделение на 20 коек. За счёт
средств республиканского бюджета на сумму 235
млн. тенге в сентябре 2008г. в Центре установлен
ангиограф. На 1 млн. тенге закуплены электрокарди-
остимуляторы, на 14 млн. тенге расходные материалы.

Проведено 119 операций, в т.ч. 41 коронарография,
7 стентирований, 4 АКШ, 67 имплантаций электрокар-
диостимуляторов у больных с различными видами нару-
шения ритма и проводимости в сочетании с сердечной
недостаточностью. У всех прооперированных пациентов
отмечалось значительное улучшение клинического
состояния, повышение толерантности к физическим
нагрузкам и полное отсутствие предсинкопальных
состояний и приступов Морганьи–Эдемса–Стокса.

За 2008 год тромболитическая терапия проведена 1436
больным, получен положительный эффект. Охват тромбо-
литической терапией больных с ОИМ в ГКЦ составил 25%.

Из новых методов диагностики освоено:
– Определение уровня маркеров повреждения
миокарда, на основе иммуноферментного анализа. С мая
2007г. на автоматическом иммуноферментном анали-

заторе фирмы «Эббот» (США) проведено около 7,5 тыс. исследований, в т.ч. концентрации маркеров повреждения миокарда для дифференциальной диагностики инфаркта при остром коронарном синдром, уровня тропонина, миоглобина и СК МВ. Метод диагностики высокоспецифичен, является одним из трех базисных критериев диагностики ИМ, имеет важное значение в прогнозировании эффективности предпринимаемых вмешательств.

– Определение мозгового натрийуретического гормона (BNP) с целью оценки прогноза и эффективности лечения сердечной недостаточности. Метод диагностики информативен для обнаружения дисфункции левого желудочка и застойной сердечной недостаточности, дает возможность прогнозировать риск внезапной смерти у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка.

– Определение уровня гомоцистеина, как маркера дисфункции эндотелия, который позволяет проводить мониторинг уровня дисфункции эндотелия, лежащего в основе развития тромбозов, внутрисосудистой активации тромбоцитов и лейкоцитов, что наблюдается при некоторых формах ишемической болезни сердца, а так позволит назначить эффективное лечение и предотвратить, таким образом, риск возникновения инфаркта миокарда и инсульта.

– Определение концентрации гормонов щитовидной железы у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью. Своевременная диагностика нарушений функции щитовидной железы у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью исключения нарушений эндокринного генеза, проявляющихся хронотропным и инотропным эффектом на деятельность сердца.

Информация по НЦ хирургии им. А.Н.Сызганова (за 9 мес. 2008 г.). За данный период в научном центре хирургии им. А.Н.Сызганова проведено коронарографий – 573, стентирований – 368, АКШ – 82, операций по порокам сердца – 235 (Более подробной информации не было представлено).

В 2008 году должно было начаться строительство Павлодарского кардиохирургического центра на 50 коек.

По Павлодарскому центру проектно-сметная документация готова, прошла госэкспертизу, утверждена приказом комитета по строительству. В 2008г. по итогам конкурса должна определиться компания, которая будет вести строительство объекта. В Павлодарской области есть ангиограф (ф.Сименс), находящийся в упакованном состоянии, т.к. не решен вопрос о выкупе здания для установки оборудования. Закуплен комплект для стерилизации.

В 2008 году также должно было начаться строительство Алматинского кардиохирургического центра на 100 коек. Начало кардиохирургических операций в обоих центрах запланировано начинать с 2010 года.

По кардиохирургическому центру на 100 коек в городе Алматы: На сегодняшний день готова проектно-сметная документация, которая прошла госэкспертизу, утверждена приказом комитета по строительству, проведен конкурс. К 2007 г. завершена работа по созданию единого плана под строительство. Существует ряд проблемных вопросов: 1) решение вопроса о размещении городского бюро судебно-медицинской экспертизы; 2) под снос идут все хозяйственные постройки НИИ кардиологии и внутренних болезней, включая гараж, ремонтные мастерские, склад кислородных баллонов, экспериментальная лаборатория с виварием, поэтому необходимо подготовить ПСД на строительство комплекса, состоящего из хозяйственного блока с гаражами, экспериментальной лаборатории с виварием.

По пункту 2. Дооснастить кардиохирургическое отделение Республиканского государственного казенного предприятия Западно-Казахстанская государственная медицинская академия (ЗКГМА) им. Марата Оспанова МЗ РК необходимым медицинским оборудованием для оказания кардиохирургической помощи населе-

нию западного региона республики (срок – в 2007г.).

Дооснащен кардиохирургический центр при ЗКГМА им. М.Оспанова, и также завершены работы по этому центру в 2008 г. Центр состоит из следующих подразделений: 1) кардиохирургическое отделение на 40 коек; 2) кардиологическое отделение на 40 коек; 3) операционного блока из двух залов с ламинарным потоком; 4) кардиохирургического реанимационного зала на 6 коек; 5) кардиологического блока интенсивной терапии на 6 коек; 6) ангиографического кабинета; 7) функционального кабинета.

За 2008 год проведено кардиохирургических вмешательств: ангиографий (коронарографий) – 360, стентирований – 43, АКШ – 12, по ВПС – 25.

Пункт 3. Обеспечение республиканских организаций здравоохранения, оказывающих кардиохирургическую помощь, расходными материалами и комплектующими для проведения операций по стентированию коронарных артерий (в течение 2007–2009г.г.).

В настоящее время, республиканские и областные организации, где проводятся кардиохирургические операции, обеспечены расходными материалами и комплектующими для проведения операций по стентированию коронарных артерий.

Пункт 4. Дооснастить Республиканское государственное казенное предприятие «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней (НИИКиВБ)» МЗ РК необходимым медицинским оборудованием для проведения диагностических и лечебных мероприятий больным с кардиологической патологией на уровне международных стандартов (срок – в 2007г.).

В 2007 году НИИ кардиологии и внутренних болезней дооснащен ангиографической установкой (из республиканского бюджета было выделено 190000,0 тыс. тенге). В декабре 2007 года был завершен монтаж ангиографической установки «Axion», ф.«Siemens» с плоским детектором для преимущественно кардиологических исследований. К первому полугодю 2008г. подготовлены 3 рентгеноангиохирурга – двое в Китае, один в Германии. Выполнено 5 пробных коронарографических исследований.

В июне месяце 2008 года в НИИ КиВБ инсталлирован ангиограф и к настоящему моменту были проведены следующие лечебно-диагностические манипуляций: коронарографий – 247 больным, стентирований – 65 больным, всего установлено – 115 стентов, имплантировано – 175 электрокардиостимуляторов, проведено 66 радиочастотных абляций.

Для дальнейшей бесперебойной работы НИИ необходимо выделить дополнительные средства на приобретение расходных материалов на коронарографическое обследование как минимум для 600 больных ишемической болезнью сердца и стентирования коронарных сосудов у 200 больных.

Пункт 5. Открыть кардиохирургические отделения на базе областных (городских) больниц и кардиологических диспансеров с оснащением их медицинским оборудованием для оказания кардиохирургической помощи в Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Акмолинской, Костанайской, Павлодарской и Южно-Казахстанской областях (срок – в 2007г.).

Восточно-Казахстанская область. Отделение сердечно-сосудистой хирургии на 20 коек открыто в 2008г., первые операции начаты в декабре 2007г. Для реализации программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007–2009гг. ведется сотрудничество с НИИ профилактической кардиологии им. Мешалкина Е.Н. г.Новосибирск и кардиохирургическим отделением ННМЦ г.Астана. Проведено ангиографий – 70, коронарографий – 129, стентирований – 37, АКШ – 22, ВПС – 48, имплантаций ЭКС – 24, РЧА

– 24. Из числа указанных операций с использованием автоматического искусственного кровообращения – 88. В г.Семипалатинск: ангиографическая установка находится на базе медцентра медакадемии, оборудование старое, закупленное 20 лет назад, в рабочем состоянии.

Карагандинская область. Ангиограф установлен в 2005г., в рабочем состоянии. В организованном кардиоцентре на 180 коек проведены следующие лечебно-диагностические вмешательства: ангиографий – 38; баллонной дилатации – 47; стентирований – 250; коронарографий – 625; баллонная ангиопластика – 625; АКШ – 98; врожденные и приобретенные пороки сердца – 136.

Акмолинская область. Приказом управления здравоохранения №41-п от 14 марта 2008 года с 1 апреля на базе областной больницы открыто кардиохирургическое отделение на 20 коек. Проведено: 523 ангиографий, 134 коронарографий (из них 100 коронарографий с участием российских специалистов). В связи с тем, что стенты и расходные материалы были закуплены только в конце августа, в текущем году установлено 67 стентов (из них 25 стентов с участием российских специалистов), 28 баллонопластики. В июле с участием Пя Ю.В. проведено 32 АКШ и 11 операций с ВПС. РЧА не проводятся.

Костанайская область. Кардиохирургическое отделение на 20 коек открыто в ГККП «Костанайская областная больница» с 1 января 2008 г. Приказ департамента здравоохранения Костанайской области №526 от 26.12.2007г. «Об открытии кардиохирургического отделения». В 2008 году проведено Ангиографий – 80.

Павлодарская область. Приказом директора департамента от 31 июля 2008 года на базе горбольницы №2 открыто кардиохирургическое отделение на 20 коек. В 2008 году проведено 119 коронарографий, 8 АКШ, 46 стентирований.

Южно-Казахстанская область. Открытие кардиохирургического отделения планируется по завершению строительства в первом квартале 2009 года (по графику плана мероприятий идет отставание). Ангиограф (ф.Сименс) закуплен (20.06.08 г.) и находится на ответственном хранении до завершения пристройки к главному корпусу Областного кардиологического центра. Однако, проведено 454 коронаро-ангиографических исследований, 91 стентирований, АКШ и операций по ВПС не проведено.

По Республиканскому трансферту на медицинское оборудование в 2008 году выделено 225 473,0 тыс. тенге. Согласно протокола об итогах тендера от 03 апреля 2008г. заключен договор №2 от 28.04.08г. с ТОО «Медико-Инновационные Технологии» на лабораторное оборудование на сумму 45750,0 тыс. тенге, согласно протокола об итогах тендера от 08 мая 2008г. заключен договор с АО «Медтехника», договор №19 от 25 июня 2008г. на оборудование для кардиохирургического отделения на сумму 179520,0 тыс., тенге. (операционная и реанимация). Оборудование не поставлено, поставка планируется в сентябре 2008г. Из республиканского бюджета выделено 72,2 млн. тенге на приобретение комплектов для стентирования. Тендер по закупу комплектов для стентирования проведен.

По пункту 6. Открыть кардиохирургические отделения на базе областных (городских) больниц и кардиологических диспансеров с оснащением их медицинским оборудованием для оказания кардиохирургической помощи в Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Алматинской и Атырауской областях (срок – в 2008г.).

Западно-Казахстанская область. Приказом областного здравоохранения ЗКО №148 от 02.06.2003г. функционирует областной кардиологический центр. В январе 2009 года планируется открытие кардиохирургического отделения на 20 коек на базе ГУ «Областной кардиологический центр» в здании 3-го корпуса, состоящий из блока А и Б.

В настоящее время ведутся работы по реконструкции 3-го корпуса блока А на сумму 187 888,0 тыс.тенге и изготовление проектно-сметной документации на реконструкцию блока Б на сумму 5 000,0 тыс. тенге. На сессии областного маслихата от 18.07.08 г. на реконструкцию здания 3-го корпуса блока Б выделено 260 млн. тенге.

Срок окончания реконструкции 3-го корпуса блока А – октябрь 2008 года. Изготовление проектно-сметной документации по реконструкции блока Б в стадии завершения. Тендер на реконструкцию 3-го корпуса блока Б будет объявлен в середине сентября 2008 года.

Для оснащения медицинским оборудованием из средств республиканского бюджета выделено 484 913,8 тыс. тенге. Министерством здравоохранения РК приобретены следующие единицы оборудования:

- комплект оборудования для оснащения рентгеноперационной на сумму 225 823,95 тыс. тенге.

- комплект оборудования для оснащения клинической лаборатории на сумму 45 500,0 тыс. тенге.

- комплект оборудования для оснащения стерилизационной на сумму 15 950,0 тыс. тенге.

Данные комплекты оборудования доставлены в ГУ «Областной кардиологический центр».

Установка и монтаж ангиографической системы «Axion», фирмы «Сименс» производится. Монтаж и установка комплекта оборудования для оснащения клинической лаборатории и стерилизационной запланированы на декабрь 2008 года.

Северо-Казахстанская область. С 31 декабря 2008г. функционирует кардиохирургическое отделение на 20 коек на базе ГККП «2-я городская больница». Капитальный ремонт в отделении проведен в 2006 году на сумму 16,7 млн. тенге. Капитальный ремонт и реконструкция кабинетов для размещения комплекта рентген-ангиографического оборудования AXIOM Arctic dFC, завершен, ангиограф установлен, начало проведения коронарографии и стентирования запланировано на январь 2009.

Создана Программа Сотрудничества между департаментом здравоохранения города Москвы Российской Федерации и департаментом здравоохранения Северо-Казахстанской области Республики Казахстан от 15.03.2005 года. В соответствии с Соглашением о сотрудничестве с Тюменской областью с 2003 года по настоящее время в сфере здравоохранения Тюменскими кардиохирургами во главе с доктором медицинских наук Горбатовым К.В. проведено 348 операций, в том числе 2007 году 59 операций и 2008 году 41 операция. Количество выделенных средств из местного бюджета на оперативное лечение пороков сердца возросло с 7,4 млн. тенге в 2003 году до 29,8 млн. тенге в 2008 году.

В настоящее время департаментом здравоохранения изучается вопрос по привлечению специалистов кардиохирургов кардиохирургического центра г.Тюмени для проведения мастер-классов по стентированию на договорной основе в кардиохирургическом отделении 2-й городской больницы и представлению расчетов по дополнительной потребности бюджетных средств для проведения взаиморасчетов.

Алматинская область. Постановлением Акима Алматинской области от 01.10.2008г. функционирует кардиохирургическое отделение на 20 коек на базе ГКП «Областной кардиологический центр» г.Талдыкорган. Финансовые средства, выделенные на приобретение оборудования освоены полностью. В настоящее время капитальный ремонт здания завершен. Ангиограф введен, согласно соглашения с фирмой «Сименс» монтаж оборудования начнется 6 января 2009г. «Областной кардиологический центр» функционирует с 1999г. на 80 койках с кардиореанимационным блоком на 6 коек.

Атырауская область. Планируется открытие кардиохирургического отделения в 1–2 квартале 2009г. Введена в эксплуатацию многопроекционная ангиографическая установка ф. «Филипс». Система автоматического искусственного кровообращения не введена в эксплуатацию, планируется в 1 кв. 2009г. Запланировано приобретение инструментов и оборудования на 260 млн. тенге. В 2007г. на базе городской больницы открылся кардиологический диспансер на 50 коек с полным оснащением медицинского оборудования для оказания кардиохирургической помощи.

По пункту 7. Открыть кардиохирургические отделения на базе областных (городских) больниц и кардиологических диспансеров с оснащением их медицинским оборудованием для оказания кардиохирургической помощи в Кызыл-Ординской, Жамбылской и Мангистауской областях (срок – в 2009г., информация – к 10 января 2010 года). Состояние к настоящему времени обстоит следующим образом.

Жамбылская область. С 01.01.2009г. предусмотрено открытие кардиохирургического отделения на 20 коек на базе областной больницы. Ангиографической установки нет.

Кызылординская область. Открытие кардиохирургического отделения на 20 коек планируется в 2009г. на базе областной больницы. Закуп кардиохирургического оборудования запланирован на 2009г.

Мангистауская область. Открытие кардиохирургического отделения планируется на конец 2009 года на базе Мангистауской областной больницы. В настоящее время проводится реконструкция, капитальной ремонт и укрепление материально-технической базы больницы. Реконструктивная работа предусматривает пристройку блока «Г» на период 2008–2010 годы, где будет развертываться кардиохирургическое отделение на 20 коек и одновременно планируется расширение реанимационного отделения до 18 коек.

Пункт 8. Доукомплектовать районные и городские поликлиники врачами кардиологами (в течение 2007–2009г.г., информация – к 10 января ежегодно).

В настоящее время во всех районах при ЦРБ выделены кардиологические койки и ставки кардиологов.

Г.Астана. За 2008 год прошли первичную специализацию по кардиологии 17 врачей. В 2008 г. прошли обучение 29 специалистов в ВКО.

Г.Алматы. В городских поликлиниках выделено всего по штату 29,5 ставки кардиологов, занято 21,25 ставок, в связи с не укомплектованностью физическими лицами. Финансирование осуществляется в пределах выделенных средств из местного бюджета на выполнение государственного заказа на 2008год.

Акмолинская область. В 9 районах врачей-кардиологов нет. Обеспеченность врачами кардиологами составляет 0,3 на 10 тыс. населения при республиканском показателе – 0,4. В 2008г. повысили свои квалификации 4 кардиолога и 4 средних медработника.

Актюбинская область. За последние 2 года (2007–08гг.) повысили квалификацию всего 70 врачей, из них в Национальном научном медицинском центре (г.Астана) – 11 (кардиохирургов и кардиологов), за рубежом – 3, в странах СНГ – 8 врачей. В 2008г. повысили свою квалификацию 10 врачей и 4 медсестер.

Алматинская область. Штаты кардиологов укомплектованы полностью – 67,0 штатных врачей.

Западно-Казахстанская область. В 2008г. городские и районные поликлиники укомплектованы врачами-кардиологами. По кардиологии прошли усовершенствования 10 специалистов из них 3 средних медработника.

Карагандинская область. Обеспеченность кадрами неполная – 92%.

Костанайская область. Повысили квалификацию 6 врачей и 4 средних медработника. (Более подробная информация не представлена регионом).

Мангистауская область. 4 врача кардиолога повысили свою квалификацию за рубежом.

Павлодарская область. На данный момент подготовлены и повысили свои квалификации 24 специалиста по кардиологии. Во всех городских и районных поликлиниках введены должности врачей кардиологов. В 2007 году из дополнительно введенных 19,75 ставок врачей кардиологов за счет средств республиканского бюджета, фактически занято 16,5 ставок. Всего должности врачей кардиологов по области 37,25 ставок, занято 35, физических лиц 29. Во многих районах не заняты должности врачей кардиологов (например, в Актогайском районе, неполностью в Иртышском, Качирском, Павлодарском районах). В настоящее время на базе Павлодарского филиала Семипалатинской Государственной медицинской академии проходят первичную специализацию по кардиологии еще дополнительно 5 врачей. Неполное укомплектование связано с недостатком физических лиц.

Северо-Казахстанская область. В соответствии с постановлением акимата Северо-Казахстанской №26 от 2 февраля 2007 года «О доукомплектовании профильными специалистами медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи Северо-Казахстанской области» приказом департамента здравоохранения №61 от 2 февраля 2007 года дополнительно введены за счет средств республиканского бюджета штаты кардиоревматологов 15,50 единиц на сумму 5,3 млн. тенге. Общее количество штатных единиц кардиоревматологов составляет – 26,50. На 1 июля 2008 года занято 10,0 единиц: 3 врача-кардиолога работают в городе на 3,5 единицы, в районах кардиологическую помощь оказывают по совместительству на 0,5 ставки врачи терапевтического профиля, что составляет 6,5 единиц. Всего за этот период 18 врачей и 5 медсестер прошли повышение квалификации.

Мангистауская область. 4 врача кардиолога повысили свою квалификацию в прошлом и в текущем году за рубежом. В сельской местности нет ставок кардиологов.

Южно-Казахстанская область. 24 врача и 3 операционных медсестер прошли усовершенствование. Функционирует 34 кардиологических кабинета. Штатных единиц врачей – 40,0 физических лиц – 39. Обеспеченность районных поликлиник кардиологами составила на конец 2007 г. 0,3 на 10 тыс. населения. Городские поликлиники укомплектованы врачами-кардиологами полностью.

Практически во всех областях отмечается критическая ситуация, связанная с недостаточной укомплектованностью физическими врачами-кардиологами, особенно в северных регионах республики. Данная проблема более обострена по сельской местности.

Пункт 9. Усовершенствовать методы профилактического осмотра населения и диспансеризация больных с БСК.

С целью усовершенствования методов профилактического осмотра издан приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2007 года №607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения Республики Казахстан», направленный на раннее выявление АГ и ИБС посредством проведения скрининговых обследований среди лиц, достигших 18 лет, и с 25 до 65 лет с интервалом 1 раз в 5 лет. Данное исследование проводится в 3 этапа. Данный приказ согласен по представленным областями справочку выполняется во всех регионах, однако, страдает анализ эффективности проводимых мероприятий на местах.

Г.Алматы. План профилактических осмотров на раннее выявление основных болезней системы кровообращения

среди населения в возрасте 18–65 лет составил 174 941 чел., осмотрено – 175923 чел., выполнение плана 100,2%. Выявлено с патологией – 29092 человек (16,5%), из них взято на диспансерный учет – 14195 человек (48,7%), оздоровлено 23913 человек (82,2%). На эти цели выделено 78712,1 тыс. тенге, освоено – 98835,5 тыс. тенге. Благодаря профосмотрам, возросли выявляемость патологии и охват населения диспансерным наблюдением.

Организована обязательная передача стационарами активов в поликлиники о выписанных больных с болезнями системы кровообращения, а также активов СМП к кардиологическим больным, с последующим динамическим наблюдением в поликлиниках.

В рамках реализации Комплексной программы «Здоровый образ жизни», утвержденной Постановлением Правительства РК №1260 от 21.12.07г., программы государственного заказа «Пропаганда знаний о профилактике хронических неинфекционных заболеваний» проведены следующие мероприятия.

Обеспечено освещение мероприятий Декадника по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в средствах массовой информации (профилактика артериальной гипертензии) в период с 11.08г. по 21.08г. (всего охвачено 21 314 чел.), в рамках которого проведено:

- 10 семинаров для сотрудников медицинских организаций (охват–538 чел.);
- лекций – 164, охват – 2160 чел. (в 2007г. – 2094 лекций и бесед);
- бесед – 562 (охват – 8272 чел.);
- 3 врачебно-сестринских конференций;
- проконсультировано 5358 чел. (в 2007г. – 9767,

АГ выявлена у 4238 человек, направлено на обследование и лечение 3314);

- осмотрено участковыми врачами 2806 взрослого населения, выявлено АГ у 579 чел.;
- обучено навыкам измерения АД – 1053 чел. (в 2007г. – 876);

Врачами-кардиологами и врачами Центра укрепления здоровья проведены семинары по АГ (в 2007г. охват 650 человек):

- 4 сестринские конференции;
- радиобесед – 5 (охват – 520 чел.);
- выпущена статья в газете «Айкын» на тему «Күн астында қыздырыңның пайдасы» (также статья в газете Алматы акшамы);

– оформлены и выпущены стенды и «уголки здоровья» – 25,

- выпущены и оформлены санбюллетени – 10,
- плакаты – 2;
- распространено более 9328 экз. информационно-образовательного материала (ИОМ) (в 2007г. Центрами укрепления здоровья 1154 экз. и АГЦФЗОЖ – 1000 экз. и в достаточном количестве ИОМ на русском и казахском языках, получены от НЦПФЗОЖ);

– проведен семинар для руководителей Центров укрепления здоровья (ЦУЗ) по профилактике артериальной гипертензии на базе АГЦФЗОЖ.

АГЦФЗОЖ за истекший период разработаны и выпущены ИОМ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (листовки) в количестве 12 тыс. экз. (на рус. и каз. языках); ИОМ 2-х видов (плакаты, раздаточный материал) о проведении профосмотров в поликлиниках г. Алматы (рус./каз., 14 тыс. экз.).

Реализуются мероприятия по профилактике табакокурения, как одного из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в рамках программы госзаказа «Профилактика и ограничение табакокурения» и городской целевой программы «Алматы – город, свободный от табачного дыма». Разработана аудио- и видеопродукция

по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании, разрабатываются видеофильмы по профилактике табакокурения и популяризации ЗОЖ, адаптированные для показа в кинотеатрах. На телеканале «Алматы» проводится ротация видеороликов, созданных АГЦФЗОЖ, по профилактике социально-значимых заболеваний, проводится показ видеороликов на LED-проекторах города (4 видеоролика). Размещены на центральных улицах города билборды (25 билбордов) по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, наркомании, алкоголизма и др.

В медицинских организациях города функционируют школы здоровья. Количество школ (клубов) здоровья (АГ, ИБС) – 33. Работа проводится на основе «Алгоритмов (стандартов) действий медработников ПМСП по пропаганде ЗОЖ, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний», разработанных МЗ РК и НЦПФЗОЖ, Приказа МЗ РК №607 от 15.10.07г «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения». В 2007 году занятиями в школах (клубах) здоровья охвачено 12525 человек, в 2008 году – 38 302 чел., из них «Д» больных в 2007г. – 4828 чел., в 2008г. – 15 077 чел. Удельный вес обращающихся школу здоровья от количества кардиологических больных в 2008 году составляет 33,4%.

Занятиями в школах (клубах) здоровья охвачено в 2007 году 7697 чел. с факторами риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, избыточная масса тела), в 2008 году – 20 213 чел.. Используются следующие методы определения эффективности работы школ здоровья: клиническое улучшение 48,5%, снижение числа лиц с факторами риска – 13,2%. Все школы здоровья обеспечены медицинскими кадрами (врачи (в т.ч. ЗОЖ) и/или средний медперсонал, узкие специалисты). Школы здоровья оснащены учебно-методическими пособиями, наглядным материалом, демонстрируется тематический видеоматериал; имеются ростомеры, весы, оборудование для скринингового обследования, мягкий и твердый инвентарь.

В медицинских организациях города совместно с кафедральными сотрудниками КазНМУ, АГИУВ проводились акции «Дни открытых дверей» (охвачено 2000 чел.) с оказанием консультативной помощи с целью повышения информированности населения по вопросам профилактики АГ и своевременного выявления больных с АГ и ИБС (2007г. охвачено 2304 человек).

План профосмотров на раннее выявление основных болезней системы кровообращения среди населения в возрасте 18–65 лет составил 174 941 чел., осмотрено – 175923 чел., выполнение плана – 100,2%. Выявлено с патологией – 29092 человек (16,5%), из них взято на диспансерный учет – 14195 человек (48,7%), оздоровлено 23913 человек (82,2%). На эти цели выделено 78712,1 т.т., освоено – 98835,5 т.т.

г.Астана. Профилактические осмотры согласно приказу №607 охвачены полностью – 100% (64433).

Акмолинская область. В области функционируют 11 школ здоровья АГ и ИБС. Удельный вес больных и здоровых обращающихся в школы составил по области 82,8% и 17,2% соответственно. Всего в 2008 году по плану профосмотру подлежало 105555 человек, осмотрено 102883 (96,5%), выявлено больных с болезнями системы кровообращения 5544 (6,2%).

Алматинская область. Профосмотры проводятся согласно приказу МЗ РК №607 от 2007г. Подлежало осмотру 225464, осмотрены полностью (100%).

Атырауская область. Из запланированного плана профосмотра осмотрено 50% населения. В 2007г. в области открылись 2-школы здоровья по кардиологическим заболеваниям.

Восточно-Казахстанская область. За 2008 год открыто и функционирует 16 школ здоровья по АГ и ИБС. Учитывая отсутствие финансирования, работа осуществляется на общественных началах, поэтому представить информацию о проводимой работе нет возможности. По профилактическим осмотрам на 15 ноября 2008 г. осмотрено 97,2% населения, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 11,3%, из них впервые выявлено – более 11%, женщин 11,4%, мужчин 11,3%. Оздоровлено из числа выявленных 59,6%. Выделенные финансовые средства на лекарственное обеспечение кардиологических больных освоены полностью (100%).

Жамбылская область. В области функционируют 11 школ АГ и ИБС. Эффективность работы школ здоровья выглядит следующим образом: клиническое улучшение отмечалось у 48,2% (в 2007г. – 41,2%), снижение лиц с факторами риска – 40,1% (в 2007г. – 31,3%). Отдельно утвержденных обучающих профилактических программ для населения области нет.

Карагандинская область. Функционирует школ (АГ, ИБС) – 36 (в 2007г. – 23). Охвачены в школах здоровья диспансерных больных 2008г. – 23%, а в 2007г. – 13,8%. Клиническое улучшение отмечается – у 23% (2008), а в 2007г. – у 13,8%. Профилактическими осмотрами охвачено 100% (147444), выявленные больные (3701) взяты на учет, охват диспансерных больных – 82,4%, эффективность – снижение факторов риска – 1,6%, клиническое улучшение – 1,8%.

Костанайская область. Школы здоровья не организованы из-за отсутствия специалистов.

Кызыл-Ординская область. В области открыты и работают 9 школ здоровья, в т.ч. 2 – в двух сельских районах.

Мангистауская область. Количество школ здоровья (АГ, ИБС) 5, все функционируют при городских поликлиниках. Охват диспансерных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляет – 35% или 4106 человек, а охват пациентов с факторами риска (ФР) – 34% (1370). Эффективность работы школ здоровья – 16%, снижение лиц с ФР – 7,6%.

Северо-Казахстанская область. Функционируют 18 школ АГ и ИБС (в 2007г. – 14), оздоровлено 39,7%, а с клиническим улучшением 74,9% (56,6% в 2007г.). Выполнение профилактического осмотра составляет – 99%. Сеть ПМСП области предоставлена 13 самостоятельными районными и 5 городскими поликлиниками.

В июне 2008 года в г. Петропавловске и в 2-х районах области специалистами НИИ кардиологии и внутренних болезней проведено эпидемиологическое исследование населения с целью снижения уровня заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения.

По выполнению приказа МЗ РК № 607 от 05.10.2007 года в течение 2008 года подлежит осмотру 72616 мужчин и женщин на выявление болезней системы кровообращения, за 8 месяцев – 48411, осмотрено – 48432 человек или 100% от плана отчетного периода. По результатам профилактических осмотров направлены на 2 этап скрининга 8143 человек.

Проведены обследования: ЭКГ – 6222, холестерин – 6223, триглицериды – 6218, глюкоза – 5516. Выявлено 688 больных или 8,4 % из направленных лиц на 2 этап, из них состоит на диспансерном учете 442 лица, оздоровлены 230 или 33,4%.

Южно-Казахстанская область. По данным центра МИАЦ на конец 31 мая 2008 года по ЮКО при проведении профилактических осмотров на выявление болезней системы кровообращения осмотрено 94 725 человек, из подлежащих осмотру – 262 779 человек, что составило 36,0%.

На базе областного кардиоцентра организована единственная школа АГ и ИБС, где в 2007 году прошли

обучение 3089 пациентов, по АГ – 1790 и по ИБС 1299.

Приказ МЗ РК №607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения» согласно представленным справкам выполняется во всех регионах, но стра-дает анализ эффективности проводимых мероприятий.

По пункту 10. Обеспеченность лекарственными препаратами на льготных условиях льготным больным (в течение 2007–2009г.г., информация – к 10 января ежегодно).

В целях реализации рассматриваемой программы Министерством здравоохранения Республики Казахстан издан приказ №376 от 21.06.2007 года, предусматривающий обеспечение больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца лекарственными средствами на льготных условиях. Данный приказ предусматривает 50% скидку при приобретении необходимых сердечно-сосудистых лекарственных препаратов для больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

Г.Астана. Обеспеченность лекарственными средствами на льготных условиях кардиологическими больными освоены полностью (100%).

Г.Алматы. В 2008г. 28680 больных с АГ обеспечены лекарственными препаратами на льготных условиях на сумму 24,5 млн.т. и 36047 больных с ИБС – на сумму 65,2 млн.т.

В 2007г. 25874 больных с АГ обеспечены лекарственными препаратами на льготных условиях на сумму 18,5 млн.т. и 29745 больных с ИБС – на сумму 52,1 млн.т.

Актюбинская область. Для льготного лекарственного обеспечения кардиологических больных освоено 39866,2 тыс. тенге.

Акмолинская области. Выделенные финансовые средства на льготные лекарственные препараты использованы полностью.

Алматинская область. Финансовые средства выделенные на льготное лекарственное обеспечение освоены среди больных с ИБС – 91,4%, а среди больных с АГ – 86,2%.

Жамбылская область. Финансовые средства выделенные на льготное лекарственное обеспечение освоены полностью – 100%.

Карагандинская область. Лекарственными препаратами обеспечены 21 678 больных, состоящих на учете. Освоение по АГ – 92% и по ИБС – 94,5%.

Мангистауская область. Использование финансовых средств для лекарственного обеспечения для кардиологических больных – 100%.

Северо-Казахстанская область. На 2008 год выделено средств на сумму 56,2 тысяч тенге, освоено 56,2 тысяч тенге, выполнено – 100%. За 8 месяцев 2008г. всего по программе 014 100 149 при плане 40,8 млн. тенге освоено 40,8 млн. тенге или освоено более 100%, в том числе отпущено:

– препаратов для лечения ИБС на сумму 13755,0 тысяч тенге, выписано рецептов – 19336;

– препаратов для лечения АГ на сумму 16118,1 тысяч тенге, выписано рецептов – 24392.

Льготное лекарственное обеспечение для кардиологических больных освоение средств во всех регионах практически полное, недостаточное освоение средств отмечается в Алматинской, Карагандинской областях. Информация по льготному лекарственному обеспечению кардиологических больных отсутствует по ЗКО, Павлодарской, Кызыл-Ординской областям.

Пункт 11. Проведение профилактической работы с населением путем трансляции по телевидению информационных материалов о факторах, приводящих к развитию болезней системы кровообращения (ожирение, употребление алкоголя и табака, недостаточная физическая активность) (срок – к 2008г., информация – к 20 января 2009г.).

г.Астана. Профилактическая работа проводится по пла-

ну: проведено 11 городских НПК, 2-3 июня прошел 1 Евро-Азиатский Конгресс кардиологов (РК, России, Узбекистана, США и др.), общегородские акции по вредным привычкам. Проведен декадник в городе согласно приказу МЗ РК №140 от 17.03.2008г. по проблемам избыточного веса.

НИИ кардиологии и внутренних болезней. Профилактическая работа путем проведения трансляции по ТВ и казахскому радио за 2008г. – 14 выступлений по разным тематикам о проблемах сердечно-сосудистых заболеваний.

Западно-Казахстанская область. С целью профилактики выступили по ТВ – 10, опубликовано – 12 статей, проведено 32 консультации по телемедицине.

Южно-Казахстанская область. По данным центра ЗОЖ в рамках декадника «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» проведено всего мероприятий – 2402, присутствовало – 17266 чел. (семинары, занятия, собеседования, конференции, школы здоровья, уголок здоровья, выступления по радио, вечера и доски вопросов и ответов, рефератов, выпущены буклеты, санбюллетени).

По информации представленной регионами за 2008 год по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний выступлений по ТВ – 19, по казахскому радио – 4, проведено декадников, семинаров, конференций республиканского, областного и городского (Астана, Алматы) уровней – 2412, некоторые из которых транслировались по местному ТВ и радио.

По пункту 12. Подготовить и обеспечить повышение квалификации 85 специалистов кардиохирургического профиля (в течение 2007–2009г.г., информация – к 20 января ежегодно).

Г.Астана. По данным директора департамента Т. Карибекова в 2007г. прошли обучение по кардиологии за рубежом 8 специалистов, 5 – в Алматы. г.Астана. За 2008 год прошли первичную специализацию по кардиологии 10 кардиологов.

Г.Алматы. Из 6 кардиохирургов в 2008г. повысили квалификацию 2 врача, в том числе один – усовершенствование в Германии по имплантации кардиостимуляторов и имплантируемых дефибрилляторов, второй – первичную специализацию по сердечно-сосудистой хирургии в Киргизском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации. За 2007 год прошли усовершенствование по кардиологии – 38 врачей, из них 4 врача в Израиле, по кардиохирургии – 5 врачей.

С 3 мая по 4 июля в Израиле обучились по кардиологии 3 врача-кардиолога (по республиканским трансфертам), основание – приказ МЗ РК №199 от 10.04.08г.

На базе городского кардиологического Центра за счет спонсорских средств проведены научно-практические конференции с мастер-классами по теме «Основы эффективной догоспитальной помощи», «Острый инфаркт миокарда, алгоритм диагностики и лечения соответственно рекомендациям АНА 2005 (Американской Кардиологической Ассоциации)» с участием профессора Университета Медицинской науки штата Орегон, ведущего консультанта Питтсбургского медицинского Центра, члена АНА Ричарда Харпера, Проведена конференция «Тромболитическая терапия в комплексном лечении инфаркта миокарда», с приглашением профессора Новиковой Н.А. из ММА имени И.М.Сеченова, г.Москва.

Акмолинская область. С целью подготовки специалистов для работы в кардиохирургическом отделении и отбора больных для кардиохирургических операций было обучено 13 специалистов. В том числе: врач-кардиохирург и врач интервенционной радиологии в Каунасском центре сердца, врач-кардиохирург в областном центре сердечно-сосудистой хирургии г.Караганда, 2 врача-анестезиолога в Каунасском центре сердца,

4 врача-кардиолога в Тель-Авивском университете, 4 средних медицинских работника в Каунасском центре сердца (две операционные сестры и две анестезистки).

Обеспеченность кардиологическими койками составляет 2,5 на 10 тыс. населения (1,8 по РК). Кардиологов 19 врачей, из них 11 с категориями, что составляет 61%. Освоение средств на льготное лекарственное обеспечение составляет – 71,4%, выделено – 69 067,3 тыс. тенге, а освоено – 49 365,0 тыс. тенге.

Области функционирует 12 кардиологических кабинетов в областной консультативной поликлинике, в городских поликлиниках г.Кокшетау и г.Степногорск, в поликлинике участников ВОВ г.Кокшетау и в 8 районных поликлиниках.

Актобе. Западно-Казахстанская Государственная мед академия. На сегодняшний день подготовлено всего 12 специалистов кардиохирургического профиля: 3 кардиохирурга, 6 реаниматологов-анестезиологов, 2 интервенционных кардиолога, 1 перфузиолог.

Подготовка специалистов и повышение квалификации по кардиохирургическую профилю: подготовлены и прошли повышение квалификации 85 специалистов.

Алматинская область. Согласно программы повышение квалификации за рубежом завершили учебу 4 врача и 4 средних медработника, из них обучение по кардиологии в Израиле 3 врача кардиолога, 1 врач прошел обучение по интервенционной кардиологии. В настоящее время 6 врачей обучаются в Каунасе по кардиохирургии на 6-ти и 9-ти месячных циклах (2 кардиохирурга, 3 анестезиолога, 1 перфузиолог).

Атырауская область. Подготовлено 8 специалистов по кардиохирургии, которые прошли обучение в Израиле и Литве. 3 врача прошли специализацию в г.Москве по ангиографии на базе института им. Бакулева, 5 врачей кардиологов прошли конкурс в г.Астане для дальнейшего обучения за рубежом, 1 врач направлен на обучение в Израиль.

Восточно-Казахстанская область. Прошли усовершенствование 29 врачей, в том числе в Новосибирске, Томске, Израиле, Польше, г.Алматы, Литве. В 2008 г. было 2 выезда специалистов НИИ ПК им. Мешалкина Е.Н. г. Новосибирск и ННМЦ г.Астана.

Жамбылская область. Определен список врачей-хирургов для обучения, всего 11 специалистов. В настоящее время 3 специалиста обучаются в Израиле по интервенционной кардиологии.

Западно-Казахстанская область. В целях подготовки кадров, на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан №85 от 20.02.2008 г. 4 врача командированы в Каунасский центр сердца, Каунасского медицинского университета, Литва на курсы переподготовки по интервенционной кардиологии и кардиохирургии с 03.03.08г. по 03.12.08 г., по перфузиологии, по анестезиологии-реаниматологии с 03.03.08 г. по 03.09.08 г. На базе Национального научного медицинского центра проходит обучение с 01.09.08 по 31.12.08 по специальности кардиохирургия 1 хирург.

По кардиологии прошли усовершенствования 7 врачей: из них 3 в медицинских центрах Израиля.

На основании приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан №339 от 10.06.2008 г. с 07.07.08г. по 07.10.08 г. командированы 4 медицинских сестер в Каунасский центр сердца Каунасского медицинского университета, на курсы переподготовки по специальности медицинские сестры кардиохирургические операционные, по уходу, по интервенционной кардиологии и рентген-лаборант.

Карагандинская область. Подготовлено 28 врачей специалистов, в том числе в Израиле прошли повышение квалификации 9 врачей кардиохирургии, и 4 средних медработника на различных базах, в т.ч. за рубежом.

Костанайская область. Прошли повышение квалификации 6 врачей и 3 медсестры в Израиле, в г. Каунасе (Литва) и в г. Караганде.

Кызылординская область. Обучение специалистов по кардиохирургии планируется в 2009 году. Подготовлен список врачей для повышения квалификации: 3 – кардиохирурга, 3 – анестезиолога, 4 – кардиолога.

Мангистауская область. Количество врачей прошедших повышение квалификации по кардиологическим кардиохирургическим профилям: специалистов прошедших повышение квалификации по кардиохирургическому профилю нет.

Северо-Казахстанская область. Для подготовки и обеспечения повышения квалификации специалистов кардиохирургического профиля Согласно приказу МЗ РК от 12.09.2007 года № 548, письма МЗРК от 26.09.2007 года за № 09-4-6829, приказов департамента здравоохранения от 25.02.2008 года № 74-к, от 19.06.2008г. № 244-к, от 07.08.2008г. № 304, от 27.08.2008г. № 334-к проводятся курсы обучения по кардиохирургическому профилю следующих специалистов: 18 врачей и 5 средних медработника.

Павлодарская область. В 2007 году за счет средств республиканского бюджета обучились в Израиле – 4 врача, в том числе 1 врач по кардиохирургии, 1 – по рентгеноваскулярной хирургии, 1 – перфузиолог, 1 – анестезиолог, а также 4 медицинские сестры. В 2007 году прошли обучение 2 кардиохирурга по сердечно-сосудистой хирургии в НИИ патологии кровообращения им. Мешалкина в городе Новосибирске за счет средств областного бюджета. Обучены в 2007 году 8 врачей кардиологов в Израиле, 2 врача-хирурга в течение 2-х месяцев проходили обучение на базе Карагандинского областного кардиохирургического центра по сердечно-сосудистой хирургии.

Южно-Казахстанская область. Количество врачей и медсестер, прошедших повышение квалификации по кардиохирургии: 4 врача хирурга, 6 врачей по эндоваскулярной хирургии и 3 операционных медсестер прошли усовершенствование по кардиохирургии – за рубежом и в республике. В 2007г. прошли курсы повышения квалификации по кардиологии 10 врачей в НИИ кардиологии и ВБ, в Израиле, Германии, США, Новосибирске, Каунассе, в Китае. В штате – 1 кардиохирург.

Всего по республике по представленным отчетам прошли повышение квалификации 249 специалиста из них по кардиохирургии 80. Повышение квалификации проходили и на местах с привлечением зарубежных специалистов в г. Астана, г. Алматы, Акмолинской, Актюбинской, ВКО, Костанайской, ЗКО, СКО, Павлодарской регионах. Запланировано повышение квалификации по кардиохирургии в Кызылординской и Мангистауской областях на 2009 год.

По пункту 13. Привлечь ведущих зарубежных специалистов кардиохирургического профиля (кардиохирургические бригады) для подготовки и переподготовки специалистов кардиохирургического профиля на базе существующих кардиохирургических клиник (в течение 2007–2008г.г., информация – к 20 января в 2008–2009г.г. соответственно).

Г. Алматы. В 2008 году за счет спонсорских средств проведен мастер-класс профессора Базаева В.А., заведующего отделом Научного центра кардиохирургии им. Бакулева, г. Москва, по обучению кардиохирургов имплантации 1, 2, 3-х камерных электрокардиостимуляторов.

НИИ кардиологии и внутренних болезней. Под кураторством МЗ РК на базе НИИ КиВБ в 2008 году было проведено 2 научно-практических семинара с длительностью 2 и 3 недели с курсом проведения мастер-классов по проведению кардиологических интервенционных вмешательств с привлечением специалистов из Словакии,

РФ, Турции, Киргизии, Чехии, ЮАР и Англии. Проведение мастер-классов по вопросам интервенционной кардиологии осуществлялось совместно с казахстанскими специалистами интервенционными кардиологами, как института, так и из регионов, всего более 100 врачей. При этом, местными интервенционными кардиологами были освоены новые методы диагностики и лечения.

Актюбинск. Для подготовки специалистов и повышение квалификации на кардиохирургических базах из-за рубежа были привлечены в январе 2007 года Чешские специалисты, которые провели 36 лекций для врачей и медсестер Актюбинской области.

Западно-Казахстанская область. Планируется привлечение специалистов РК и зарубежных специалистов (РФ, г. Самара) для повышения квалификации на базе облкардиодиспансера.

Обсуждение и заключение

Выполнение пункта постановления успешно выполнялась во всех клиниках республике, и данная работа будет продолжена в 2009 году.

За анализируемый период открыты и функционируют по республике кардиологические региональные отделения в 10 областях.

За 2008 год в республике проведено всего: коронарографий – 2281, ангиографий – 1660, АКШ – 588, стентирований – 1017, операций при ВПС – 751, установлено ЭКС – 251 и проведено РЧА – 169.

За период исполнения пунктов плана мероприятий постановления Правительства Республики Казахстан №102 в течение прошедших двух лет следует отметить критические стороны.

- сроки планового строительства кардиохирургических центров в городах Алматы и Павлодар начинают запаздывать вследствие организационных проблем;
- запоздалое выполнение срока открытия и функционирования (на 6 месяцев) кардиохирургического отделения в Павлодарской области;
- срыв срока открытия и функционирования кардиохирургического отделения в Южно-Казахстанской области, где к данному моменту ещё не открыто кардиохирургическое отделение;
- запоздалое выполнение срока открытия и функционирования кардиохирургического отделения (на 2 и более месяцев) в Западно-Казахстанской и Атырауской областях, где сроки исполнения были обозначены к 10 января 2009г.;
- информация по НЦ хирургии им. А.Н. Сызганова и ННМЦ г. Астана не представляется своевременно;
- проблемы укомплектованности штатов вследствие физической недостаточности врачей кардиологов по регионам, в особенности в северных и сельской местности регионов республики;
- недостаточный практический опыт у отечественных врачей кардиохирургического уровня;
- недостаточное финансирование из Республиканского бюджета на приобретение расходного материала для проведения операций;
- отсутствие в республике регистра на некоторые лекарственные препараты, необходимых для лечебно-диагностической работы начавших функционировать кардиохирургических отделений;
- для работы автоматического искусственного кровообращения необходимы растворы в пластиковых пакетах.

Рекомендации

В связи с тем, что происходит нарушение сроков исполнения пунктов плана мероприятий Постановления Правительства РК №102 необходимо со стороны региональных

департаментов (управлений) здравоохранения совместно с Акиматами соответствующих областей:

- 1) обеспечивать адекватный контроль реализации пунктов плана мероприятий постановления Правительства РК №102 на местах;
- 2) обеспечивать необходимыми организационными мероприятиями, управленческими решениями и методической помощью строящиеся объекты здравоохранения;
- 3) периодически проводить местный мониторинг по своевременному исполнению пунктов Плана мероприятий Постановления Правительства РК №102, и оперативно реагировать на создающиеся критические моменты при их реализации;
- 4) своевременно информировать Министерство здравоохранения РК о состоянии и динамике исполнения соответствующих пунктов Плана мероп-

приятий Постановления Правительства РК №102;

5) усилить акцент на подготовку кадров по кардиохирургическому профилю с привлечением зарубежных специалистов с обязательным проведением мастер-классов с участием местных специалистов для реального овладения и получения практических навыков;

6) полноценно и конкретно представлять анализ эффективности проводимых мероприятий согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2007 года №607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения Республики Казахстан»;

7) полноценно и четко представлять по всем пунктам (13 пунктов) Плана мероприятий Постановления Правительства РК №102.

Библиография

1. Байсеркин Б.С., Джусипов А.К., Абдикалиев Н.А., Ошакбаев К.П. Состояние кардиологической и кардиохирургической службы в Республике Казахстан и о мерах по дальнейшему развитию на 2007-2009 годы. //Медицина, 2006; 11: 12-16.
2. Аманов Т.И., Ошакбаев К.П., Абдукаримов Б.У., Абдикалиев Н.А., Шынғысова Ф.С., Рысмендиев А.Ж., Туленов М.Т., Атарбаева

В.Ш., Имантаева Г.М., Кошумбаева К.М., Шокарева Г.В., Маншарипова А.Т., Байтасова Н.Б., Бажикова С.Г., Рысбеков Е.Р. Проблемы и пути совершенствования специализированной кардиологической помощи населению Республики Казахстан. /Руководство по кардиологии посвященное к 30-летию организации "НИИ кардиологии и внутренних болезней". /Под руководством А.К.Джусипова и редакцией Ж.Абылайулы. Алматы, 2008. - 264 стр.

Взаимосвязь между демографическим показателем (плотность проживающего населения) и некоторыми показателями здоровья населения и системы здравоохранения

Абылайұлы Ж., Ошакбаев Қ.П., Аманов Т.И.,
Айтбембет Б.Н., Исмаилов Н.И., Тулепбергенова Г.М., Идрисов А.С.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Демографиялық көрсеткіш (тұрғылықты халық тығыздығы) және халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесінің кейбір көрсеткіштері арасындағы өзара байланысы

*Абылайұлы Ж., Ошакбаев Қ.П., Аманов Т.И., Айтбембет Б.Н., Исмаилов Н.И., Тулепбергенова Г.М., Ыдырысов А.С.
Жүрек-тамыр ауруларының көп таралғандығы және содан болатын өлім-жітім деңгейінің көбеюі халықтың тығыз орналасуы мен демографиялық көрсеткіштігімен байланысы көрсетілген.*

The Interrelation between a demographic parameter (density of the population) and some parameters of health of the population and system of public health services

*Abylaiuly Zh., Oshakbayev K.P., Amanov T.I., Aytbembet B.N., Ismailov N.I., Tulepbergenova G.M., Idrisov A.S.
The aim of the article was to show the Interrelation between a demographic parameter as density of the population and some parameters of health of the population and system of public health services.*

Актуальность

Терапевтические заболевания, в том числе сердечно-сосудистые, по распространенности и смертности находятся на передовых местах среди стран как Евразийского континента, так и других континентов мира [1]. Например, за последние четверть века и по настоящее время болезни системы кровообращения (далее – БСК) занимают первое место среди причин инвалидности и смертности населения Республики Казахстан, среди заболеваемости – второе, что обуславливает необходимость безотлагательного принятия эффективных мер по совершенствованию кардиологической и кардиохирургической службы, принципов и системы профилактической медицины [2].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2006 года, показатель преждевременной смертности населения вследствие БСК (в возрасте 0–64 года) в Казахстане является вторым по величине среди стран Европейского региона, и почти в 3 раза выше среднего уровня в странах Западной Европы.

Складывающаяся ситуация естественным образом оказывает негативное влияние на людские ресурсы, производительные силы, обороноспособность и безопасность государства. В связи с этим, в настоящее время, для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РК созданы организационные мероприятия. Практически первым документом, мероприятия которого направлены на снижение смертности населения от БСК, можно указать на Постановление Правительства Республики Казахстан №102 от 13 февраля 2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007–2009 годы».

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 1 марта 2006 года «Стратегия вхождения Казахстана в число 50-ти наиболее конкурентоспособных стран мира. Казахстан на пороге нового рывка вперед в своем развитии» говорится о приоритетности борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом.

В связи с этим, для решения указанных проблем в области здравоохранения поощряются исследования в различных научных направлениях, которые могли бы улучшить ситуацию.

Демография на территории Республики Казахстан (РК) отличается от многих других стран ближнего и дальнего зарубежья наличием низкой плотности населения (5,5 человек на 1 км²). Низкая сосредоточенность населения и существование больших расстояний между населенными пунктами снижает рентабельность медицинских служб, удлиняет время до оказания экстренной медицинской помощи, снижает эффективность проводимых медицинских мероприятий.

Целью нашего исследования было провести исследование по наличию взаимосвязи между уровнем плотности населения регионов республики, обеспеченностью населения врачами терапевтического профиля и соответствующими показателями здоровья населения.

Материалы и методы

Абсолютные показатели деятельности терапевтической службы были получены путем выкопировки данных из официальных статистических отчетных карт форм Статистического отдела Минздрава, ТОО «Мединформ», Министерства соцобеспечения и труда РК, Агентства РК по Статистике, ЛПО областей РК, (ф.12, 14, 17, 30, 40, 47-здрав). Выкопировка данных проводилась по всем регионам РК за 2006–07 гг., но по некоторым данным за 1999–2007 годы, а по некоторым с 1989 года по важным показателям заболеваемости, болезненности, смертности. Для обработки материала был использован статистический пакет Microsoft Excel.

Результаты

В таблице Показатели заболеваемости (первичная заболеваемость) от БСК взрослого населения Республики Казахстан в разрезе область/село за 1981–2007 годы

представлены в таблице 1.

Показатели болезненности (общая заболеваемость, распространенность по данным официальной статистики), заболеваемости (первичная заболеваемость) и смертности от БСК взрослого населения РК в разрезе областей/село за 1981–2006 годы представлены в таблице 2.

Как видно (таблица 2), показатели болезненности БСК в республике неуклонно возрастали за анализируемый период времени. Так, с 1981 года до 2007 года общая заболеваемость БСК по республике возросла на 487,6% (или в 4,9 раза), по селу – в 600% (или в 6 раз). Показатели первичной заболеваемости БСК, как и болезненность, в республике неуклонно возрастали за анализируемый период времени. Так, с 1981 года до 2007 года первичная заболеваемость БСК по республике возросла на 777,6% (или в 7,7 раз!), по селу – на 1172% (или в 11,7 раз!).

По данным статистической отчетности за 2007 год БСК составляют 13,6% среди всей структуры общей заболеваемости населения РК и 27,0% – в структуре терапевтических заболеваний.

Далее нами было проведено аналитическое изучение показателей демографических и социально-гигиенических показателей и некоторых показателей терапевтической службы.

Таблица 1. Региональные показатели уровня плотности населения РК, обеспеченности населения врачами терапевтического профиля и соответствующими показателями здоровья населения за 2007 год.

Регион	Плотность	Болезнен. терапев. заб-ий на 10 тыс. взрослого населения	Обеспеч. населения врачами терапевт. профиля, на 10 тыс. взр. нас.	Обеспеч. терапевт. койками, на 10 тыс. взр. нас.	Смертность от БСК, на 100 тыс. населения	Общ. показатель смертности
Казахстан	5,7	4666,7	5,2	8	528,3	1022,3
Акмолинская	6,9	3741,4	4,7	10,6	696,7	1317,9
Актюбинская	2,3	4213	7,7	7,4	452,7	951,5
Алматинская	7,1	5237,8	4,4	8,8	542,5	969,7
Атырауская	3,7	3529,5	4,4	7	321,5	835,1
ВКО	5,4	4947	4,1	8,8	738,8	1328,1
Жамбылская	6,8	4077,5	5	8,1	452,7	872,8
ЗКО	4,0	3390,2	4,6	8	525,7	1086,5
Карагандинская	3,3	4403,9	4,5	8,4	739,5	1334,5
Костанайская	5,2	5568	3,5	7,6	750,7	1324,8
Кызыл-Ординская	2,6	3136,9	5,9	7,3	383,9	769,8
Мангистауская	2,5	3785,3	6,4	7,2	191,8	711,7
Павлодарская	6,0	4745,1	4,5	7,9	598,3	1196,9
СКО	5,9	2969,5	3,9	14,5	633,2	1391,4
ЮКО	16,7	4652,9	6,2	9,2	343,2	708,4
Астана	2943,0	4181	7,3	2,1	254	609,9
Алматы	4353,0	7949,1	5,6	3,6	522,3	922,6

Полученные материалы послужили базой данных для проведения математического моделирования в дальнейшем, целью которого будет установление объективных закономерностей процесса и взаимосвязей между ними.

Для получения более целостного взгляда на проблему терапевтической службы РК представляется анализ корреляционной взаимосвязи в разрезе регионов между таким основным демографическим показателем, как

Таблица 3. Данные множественной корреляции между демографическим показателем (плотность проживающего населения), отдельными показателями здоровья населения и системы здравоохранения.

	Плотность населения регионов республики, чел/км ²	Болезненность терапев. заб-ий, на 10 тыс. взрос. населения	Обеспеченность населения врачами терапевт. профиля, на 10 тыс. взр. нас.	Обесп-ть населения терапевт. койками, на 10 тыс. взр. нас.	Смертность от БСК, на 100 тыс. населения	Общий показатель смертности, на 100 тыс. населения
Плотность населения регионов республики, чел/км ²	1					
Болезненность терапевт. забол-ий, на 10 тыс. взрослого населения	0,65**	1				
Обеспеченность населения врачами терапевтического профиля, на 10 тыс. взрослого насел.	0,74**	0,58*	1			
Обеспеченность населения терапевтическими койками, на 10 тыс. взрослого насел.	-0,70**	-0,46*	-0,52*	1		
Смертность от БСК, на 100 тыс. населения	-0,20	0,24	-0,71**	0,46	1	
Общ. Показатель смертности, на 100 тыс. населения	-0,33	0,03	-0,74**	0,61**	0,94**	1

** - корреляция достоверна при уровне 0,01.

* - корреляция достоверна при уровне 0,05.

плотность проживающего населения, и такими основными показателями здоровья населения, как болезненность и смертность, а также с такими показателями системы здравоохранения, как обеспеченность населения врачами терапевтического профиля и обеспеченность населения терапевтическими койками (таблица 3).

По данным таблицы 3 видно, что между плотностью проживающего населения регионов республики и показателем обеспеченности населения врачами терапевтического профиля существует прямая корреляционная взаимосвязь ($r = +0,74$, $p < 0,05$). Это можно объяснить тем, что чем выше плотность проживания населения, тем выше возможность создания эффективной медико-профилактической инфраструктуры и повышения качества оказания квалифицированной медицинской помощи.

Обнаруживается прямая корреляционная взаимосвязь между показателем обеспеченности населения врачами терапевтического профиля с показателем терапевтической болезненности ($r = +0,58$, $p < 0,05$), что, скорее всего, объясняется повышением выявляемости терапевтических заболеваний среди населения при его обеспеченности медицинскими кадрами. Эта корреляция также косвенно может говорить о высоком уровне истинной заболеваемости в республике по сравнению с уровнем заболеваемости по обращаемости.

По данным корреляционного анализа выявляется прямая корреляционная взаимосвязь между плотностью проживания населения регионов республики и показателем терапевтической болезненности ($r = +0,65$, $p < 0,05$), что может подтвердить и дополнить только что высказанное мнение, что с повышением плотности населения повышается кадровая обеспеченность населения, что, в свою очередь, приводит к повышению выявляемости терапевтических заболеваний среди населения.

Обнаружение отрицательной корреляционной взаимосвязи между плотностью проживания населения и обеспеченностью населения терапевтическими койками ($r = -0,7$, $p < 0,05$) может говорить о неравномерном распределении коек в регионах республики. Однако, это может свидетельствовать и о том, что при высокой плотности проживания населения необходимость и потребность населения в терапевтических койках снижается вследствие, как было об этом уже сказано выше, при высокой плотности проживания населения увеличена обеспеченность населения врачами, что приводит к снижению случаев госпитализации. Ведь известно, что при проведении грамотной профилактической работы можно держать заболеваемость под контролем, и поэтому факт увеличения случаев госпитализации может свидетельствовать о недостаточной работе профилактической службы региона. Выявленное направление требует дальнейших научных исследований.

Не случайно, что в тех индустриально развитых странах Запада и (или) Востока обеспеченность населения стационарными койками по сравнению с данными нашей республики на несколько десятков процентов ниже, тогда как плотность проживания населения в несколько раз больше.

Ещё одна обратная корреляционная взаимосвязь представляет интерес, это: между обеспеченностью населения терапевтическими койками и обеспеченностью населения врачами терапевтического профиля ($r = -0,52$, $p < 0,05$). Данная обратная корреляция может свидетельствовать о привлекаемости стационарной работы для врачебного персонала в регионе по сравнению с работой в амбулаторно-поликлинической службе в условиях дефицита медицинских, а именно врачебных трудовых ресурсов.

Выявляется обратная корреляционная взаимосвязь между общим показателем смертности населения и обеспеченностью населения врачами терапевтического профиля ($r = -0,74$, $p < 0,05$). Обнаружение подобной взаимосвязи

Таблица 2. Показатели болезненности, заболеваемости и смертности от БСК в РК в разрезе область/село за 1981-2006 гг. (на 10 тыс. взросл. населения).

Годы	Республика Казахстан		
	Болезн-сть	Заболе-сть	Смерт-сть
1981г	266,81	31,57	313,2
1982ă	238,8	37,8	-
1983г	375,05	42,98	-
1984ă	388,52	36,17	314,2
1985ă	386,56	44,51	316,9
1986ă	-	-	-
1987ă	-	-	-
1988ă	702,47	109,76	338,8
1989г	720,19	-	336,9
1990г	711,4	120,5	342,9
1991ă	836,88	152,57	361,0
1992г	926,11	162,86	366,4
1993ă	598,97	154,95	428,8
1994г	904,9	146,08	459,0
1995г	909,9	157,08	482,7
1996ă	832,3	-	484,2
1997ă	804,6	138,4	484,0
1998ă	875,3	149,9	482,0
1999ă	901,2	-	484,5
2000ă	933,4	169,6	502,3
2001ă	967,7	184,1	494,6
2002ă	1123,6	265,0	511,1
2003ă	1078,9	-225,6	537,3
2004ă	1161,9	235,0	517,7
2005г	1173,5	225,6	535,5
2006ă	1248,2	245,5	532,4
2007г.	1301,2	244,4	528,3

можно объяснить тем, что врач, как основная единица системы здравоохранения и ведущая полный спектр лечебно-диагностической и профилактической работы, может отдалить или предупредить болезнь или её осложнения.

При обнаружении прямой корреляционной взаимосвязи между общим показателем смертности населения и обеспеченностью населения терапевтическими койками ($r = +0,61$, $p < 0,05$) возникает будто парадокс, что с увеличением обеспеченности населения терапевтическими койками увеличивается общий показатель смертности населения. Однако, это замешательство объясняется скрытым существованием третьего фактора (confounding), воздействующего на весь процесс. Этим фактором может служить показатель обеспеченности населения врачами терапевтического профиля. Как было выше обнаружено: обратная корреляционная взаимосвязь между обеспеченностью населения врачами терапевтического профиля и обеспеченностью населения терапевтическими койками ($r = -0,52$, $p < 0,05$); и, обратная корреляционная взаимосвязь между общим показателем смертности населения и обеспеченностью населения

врачами терапевтического профиля ($r = -0,74$, $p < 0,05$), то существование прямой корреляционной взаимосвязи между общим показателем смертности населения и обеспеченностью населения терапевтическими койками ($r = +0,61$, $p < 0,05$) связано с тем, что повышение количества терапевтических коек, в условиях дефицита кадровых ресурсов привлекает врачей на стационарную работу, что приводит к снижению обеспеченности населения врачами терапевтического профиля, что, в свою очередь, приводит к увеличению общего показателя смертности населения.

Высокая прямая корреляционная взаимосвязь между общим показателем смертности и показателем смертности от БСК ($r = +0,94$, $p < 0,05$) свидетельствует об основном доле вклада болезненной системы кровообращения в общую смертность.

Общий итог проведенного корреляционного анализа может быть таким. Необходимо учесть, что низкая плотность населения регионов республики географически не способствует эффективному развитию инфраструктуры межведомственного взаимодействия, интеграции населения с медицинскими организациями, пространственно удлиняет промежутки между населением и пунктами медицинских организаций, следовательно, увеличивает время доступности оказания первой и квалифицированной медицинской помощи. Низкая плотность населения регионов республики является причиной снижения обеспеченности населения врачами терапевтического профиля ($r = +0,74$, $p < 0,05$), увеличение обеспеченности населения врачами терапевтического профиля приводит к повышению выявляемости терапевтических заболеваний ($r = +0,58$, $p < 0,05$), и снижению общего

показателя смертности населения ($r = -0,74$, $p < 0,05$).

На основе проведенного исследования показателей терапевтического здоровья населения и состояния терапевтической службы с целью коренного улучшения показателей здоровья населения и соответственно совершенствования терапевтической службы можно предложить следующие рекомендации:

1. Необходимо доукомплектовать штатные структуры врачей терапевтического профиля, и соответственно среднего и младшего медицинского персонала.

2. Стремиться к реальному удовлетворению потребности населения республики во врачах терапевтического профиля.

3. Повысить социальную значимость медицинского работника путем повышения базовой заработной ставки медицинского работника.

4. Оснастить современным, высокотехнологическим оборудованием терапевтические отделения на всех этапах оказания населению медицинской помощи.

5. Проводить активную профилактическую работу среди населения на уровне ПМСП с помощью координации работы внутриведомственных и вневедомственных структур.

6. С целью приближения и оказания неотложной помощи больным в местах массового скопления людей (вокзалы, аэропорты, автовокзалы и др.) необходимо обеспечить медпункты автоматическими дефебриляторами для оказания экстренной медицинской помощи.

7. Необходимо обучить правилам оказания первой медицинской помощи парамедиков (полицейские, пожарные, сотрудники МЧС).

Библиография

1. Доклад Генерального Директора Всемирной организации здравоохранения М.Чен. Международная конференция, посвященная 30-летию Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. - г.Алматы, 15-16 октября 2008г. - 10стр.
2. Аманов Т.И., Ошакбаев К.П., Абдукаримов Б.У., Абдикалиев Н.А., Шынғысова Ф.С., Рысмендиев А.Ж., Туленов М.Т., Атар-

баева В.Ш., Имантаева Г.М., Кошумбаева К.М., Шокарева Г.В., Маншарипова А.Т., Байтасова Н.Б., Бажикова С.Г., Рысбеков Е.Р. Проблемы и пути совершенствования специализированной кардиологической помощи населению Республики Казахстан. /Руководство по кардиологии посвященное к 30-летию организации "НИИ кардиологии и внутренних болезней". /Под руководством А.К.Джусипова и редакцией Ж.Абылайулы. Алматы, 2008. - 264 стр.

Научно-исследовательская деятельность НИИ кардиологии и внутренних болезней за 2008 г.

Абылайұлы Ж., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Ошакбаев К.П., Молдабек Г.К., Атарбаева В.Ш., Имантаева Г.М., Кошумбаева К.М., Байтасова Н.Б., Абдукаримов Б.У.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Кардиология мен ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институтының 2008 жылдағы ғылыми-зерттеу қызметі

Абылайұлы Ж., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Ошакбаев К.П., Молдабек Г.К., Атарбаева В.Ш., Имантаева Г.М., Кошумбаева К.М., Байтасова Н.Б., Абдукаримов Б.У.
Мақалада Кардиология мен ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институтының 2008 жылдағы, сонымен қатар 2006-2008 жылдардағы ғылыми-зерттеу жұмыстарының қорытындылары баяндалған.

РГКП «НИИ кардиологии и внутренних болезней (НИИ КиВБ)» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РК) является головной республиканской организацией, координирующей научную и практическую деятельность в республике по основным профилям терапевтических заболеваний.

В 2008 году НИИ КиВБ МЗ РК завершил две основные научно-технические программы (НТП) за 2006–2008 годы по темам: «Снижение смертности и заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний путем разработки новых технологий диагностики и лечения» и «Разработка научных основ цитокинодиагностики и цитокинотерапии эндокринных заболеваний (зоб, сахарный диабет, хроническая надпочечниковая недостаточность)», выполненные по заказу МЗ РК. Для выполнения НТП в НИИ КиВБ МЗ РК было создано 2 научных сектора: сектор кардиологии и сектор эндокринологии. В выполнении НТП участвовали все подразделения НИИ КиВБ.

В 2008 году в качестве соисполнителя НИИ КиВБ также участвовал в выполнении научно-исследовательской работы с Национальным научным медицинским центром (ННМЦ) (г.Астана) по теме «Патогенетические основы и факторы прогрессирования при obstructивных, интерстициальных болезнях легких: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика».

Дополнительно в НИИ КиВБ выполнялись научные работы по 5 грантовым бюджетным темам Министерства образования и науки (МОН) РК. Работа выполнялась в экспериментальной лаборатории и в научных подразделениях НИИ КиВБ в научном сотрудничестве с ДГП «Институт молекулярной биологии и биохимии им. Айтхожина», ДГП «Институт общей генетики и цитологии» Центра биологических исследований МОН РК.

В 2008 году в НИИ КиВБ проводил испытание лекарственного препарата ФС-1 по 1 фазе клинического испытания.

Регулярно функционировал локальный биоэтический комитет (всего за год проведено 12 заседаний).

К научной работе привлекался также отдел последипломного образования НИИ КиВБ. В отделе курортологии осуществлялись заказные научные темы по санаторному этапу реабилитации, по исследованию минеральных вод Казахстана.

С сентября 2008 года начал функционировать Диссертационный Совет по специальностям – эндокринология (14.00.03), внутренние болезни (14.00.05), кардиология (14.00.06). В 2008 году по результатам проведенно-

Research activity of scientific research institute of cardiology and internal diseases for 2008

Abylaiuly Zh., Mansharipova A.T., Shokareva G.V., Oshakbayev K.P., Moldabek G.K., Atarbaeva V.Sh., Imantaeva G.M., Koshumbaeva K.M., Bajtasova N.B., Abdukarimov B.U.

The paper is presenting a scientific and research activity of Scientific research institute of cardiology and internal diseases for 2006 and 2008.

го НТП состоялись 2 заседания Диссертационного Совета. Успешно защищены 2 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям кардиология, а на стадии предзащиты находятся дополнительно 7 кандидатских и 3 докторских диссертаций.

Объем финансирования из государственного бюджета двух НТП за 2008 год составил 51202,0 тыс. тенге. Объем финансирования из других источников (гранты МОН РК, клинические исследования) за 2008 год – 34331,0 тыс. тенге. Всего количество научных сотрудников – 43.

В 2008 году четыре научных сотрудника «НИИ КиВБ» проходили курсы усовершенствования в Японии по ведению научных исследований.

По результатам проведенных научно-исследовательских работ в 2008 году за вклад в науку республики удостоены государственной стипендии 4 научных сотрудника, получена 1 премия Минздрава РК в области кардиологии (1 место) – 2 научных сотрудника, на Республиканском конкурсе изобретений «Шапагат» завоевано 1 место – 1 научный сотрудник.

Научными сотрудниками НИИ КиВБ были опубликованы программные доклады на конференциях кардиологов, эндокринологов (Российская Федерация, Кыргызская Республика), на международном конгрессе по наномедицине, нанобиомедицине (США), на международном конгрессе по инновациям и по приоритетным исследованиям в науке (РК), по фармакологическим исследованиям (США).

В 2008 году запланирована НТП «Разработка научно-обоснованных предложений по совершенствованию диагностики и лечения болезней сердечно-сосудистой системы и их осложнений при социально-значимых эндокринных заболеваниях (на 2009–2011)». Подано 7 проектов на конкурс по программам фундаментальных исследований МОН РК.

В 2008 году библиотекой НИИ КиВБ научными сотрудниками было выписано 92 экземпляров периодических журналов, среди которых 85 наименований составляли научно-медицинские журналы. В 2008 году было приобретено 115 экземпляров новых книг и обновляется различными материалами на электронных носителях. В библиотеке для всех научных сотрудников НИИ КиВБ имеется бесплатный доступ в Интернет, а для 25 ведущих научных сотрудников – индивидуальный. В 2008 году сотрудники имели возможность работать с различными базами данных: «Statref», «Proquest», «Ebscohost», «Springerlink», «Blackwellsynergy», «East View», «Elibrary»,

“Thomson Scientific”, “Elsevier”, “Ovid” и др., которые содержат глобальные научные массивы по медицине и биологии.

В 2008 году в НИИ КиВБ состоялись презентации, общепризнанных в мировом информационном пространстве, англоязычных баз данных «Elsevier» и «Ovid». В результате этих информационных баз данных научным сотрудникам НИИ стали доступны огромные массивы полнотекстовых библиографических и реферативных материалов по медицине, начиная с архивных данных до настоящего периода. Известно, что работа в подобных международных базах данных вносит неоценимый вклад в развитие медицинской научной деятельности.

В институте функционирует локальный сервер, с помощью которого проводится оперативная доставка новой информации для руководства и сотрудников. Функционирует электронная почта, через которую ведется переписка с отечественными и зарубежными партнерами.

В локальную сеть института подключены 53 компьютера. Доступ в Интернет имеют 25 рабочих станций (пользователей): администрация, руководители научных подразделений, заведующие отделениями и ведущие научные сотрудники. Разработаны и функционируют 2 web-сайта института: www.ncvb.isd.kz (сайт института) и www.ncvb-dis.isd.kz.

В данном сообщении приведены основные результаты по 2 завершённым НТП, выполненным в НИИКиВБ.

Отчет по НТП «Снижение смертности и заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний путем разработки новых технологий диагностики и лечения»

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) справедливо называют эпидемией XX века. В XXI веке данная проблема не потеряла своей актуальности. В течение многих лет ССЗ являются ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах, в том числе и в Казахстане.

Частота заболеваемости и смертности от ССЗ в последнее время неуклонно растет. Например, если в таких странах как США, Великобритания, Германия, Франция в 90-е годы на смертность от ССЗ приходилось 2,5–3,0% от всех заболевших, то в 2003 году данный показатель составил 4,5–5,5% [ВОЗ, 2004]. В Европе ежегодно умирает от ССЗ приблизительно 3 млн. населения, в России около 1 млн., в Казахстане более 80 тыс.. Если в течение последних 10 лет в странах западной Европы, США, Канаде, Франции отмечается некоторая стабилизация показателей смертности, то в Республике Казахстан наблюдается неуклонный рост показателей смертности от ССЗ: 429,0 на 100 тыс. населения в 1993 году; 532,35 – в 2006 году. Это увеличение пропорционально соотносится с показателями болезненности и заболеваемости за анализируемые годы.

В Казахстане общая численность кардиологических больных на январь 2008 года составила более 1,2 млн. человек, что составляет около 8% населения РК, каждый 3-й вызов бригады скорой медицинской помощи является кардиологическим. Можно сказать, что каждый десятый гражданин республики страдает ССЗ.

Смертность от ССЗ среди всех основных классов болезней стоит на 1-ом месте, на долю которой приходится 49–52% от общего показателя смертности за 1999–2006 годы, оставляя за собой смертность от новообразований, несчастных случаев, травм и отравлений, болезней органов дыхания и пищеварения.

Ведущее место среди ССЗ по заболеваемости и смертности занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС),

артериальная гипертония (АГ) и их основные осложнения (хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца). Даже в США, где в последнее время достигнуты огромные успехи в борьбе с ССЗ, ИБС страдают около 13,5 миллионов человек. У 75% внезапно умерших людей при вскрытии находят атеросклероз коронарных артерий. При стенозировании коронарных артерий более чем на 70% в течение 2 лет погибают 13,2% больных. Примерно в 20–25% случаев внезапная коронарная смерть может быть первым и последним проявлением ИБС. В странах СНГ ИБС диагностируется в среднем у 20% мужчин в возрасте 50–59 лет, из них примерно одна четвертая часть имеют безболевыми формы. Из всех причин смерти от ССЗ 53% приходится на ИБС.

Высокая заболеваемость и смертность от ИБС обуславливает необходимость совершенствования методов диагностики, лечения этой категории больных.

В последние годы большое внимание уделяется одному из патогенетических факторов ИБС – переходящим нарушениям микроциркуляции вследствие образования тромбоцитарных агрегатов и тромбов в местах стеноза коронарных артерий. Значение тромбоцитарно-сосудистого гемостаза в становлении и прогрессировании ИБС обусловлено его важнейшей ролью в развитии тромбоза и спазма коронарных артерий, а также тесным взаимодействием с другими факторами атерогенеза, в том числе и генетическими.

При АГ существует тесная взаимосвязь между повышенным артериальным давлением (АД) и сердечно-сосудистыми, церебральными, почечными осложнениями, каждое из которых несет в себе реальную угрозу не только трудоспособности, но и жизни больных. В последние годы АГ занимает 2-е место среди причин хронической почечной недостаточности. Трудности лечения «гипертонической» почки на поздних стадиях ее развития определяют необходимость разработки методов ранней диагностики поражения почек у больных АГ. Общепринятые критерии – протеинурия и повышение уровня сывороточного креатинина – обычно свидетельствуют уже о далеко зашедшей стадии поражения почек при АГ. В связи с этим, исключительно важной представляется своевременная диагностика ранних функциональных почечных нарушений при АГ с тем, чтобы адекватным образом воздействовать на выявленные патологические сдвиги в почках и воспрепятствовать развитию «гипертонического» нефросклероза и почечной недостаточности.

В настоящее время, все большее внимание исследователей привлекает проблема ремоделирования сердечно-сосудистой системы при различных патологических состояниях, прежде всего при АГ и ИБС. Это связано с тем, что структурные и функциональные изменения, возникающие в сердце при гемодинамических перегрузках, являются не столько компенсаторными изменениями, сколько самостоятельной причиной дальнейшего прогрессирования заболевания и независимым неблагоприятным прогностическим фактором.

Как известно, одной из причин неблагоприятных исходов основных ССЗ является хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Прогноз при ХСН остается крайне серьезным, около 50% больных умирает в течение 5 лет после появления клинических симптомов. Диагностика и лечение ХСН требует комплексного подхода с использованием инновационных технологий.

У 25% пациентов диагностируют нарушения ритма сердца (НРС), у каждого третьего кардиологического больного в стационаре выявляют аритмию, каждый час более 2000 человек на планете умирает от внезапной смерти, в структуре которой желудочковые

аритмии составляют от 65 до 85%, брадиаритмии – от 20 до 30% случаев. Прогностически неблагоприятными могут быть и тахикардии при манифестирующем синдроме Wolff – Parkinson – White (WPW).

В настоящее время вживление искусственного водителя ритма (ИВР) сердца является искусственно эффективным способом лечения тяжелых (жизнеугрожающих) форм брадиаритмий (БА), внедрение которого в клиническую практику принципиально изменило прогноз жизни у этой категории больных. Число людей, живущих с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС), неуклонно растет во всем мире, в том числе и в нашей Республике. Несмотря на доказанную эффективность постоянной электрической стимуляции (ЭС) сердца в восстановлении функции системы кровообращения, вживляемые в подавляющем большинстве случаев (особенно в странах СНГ и Казахстане) ИВР, работающие в режиме VVI (изолированная желудочковая ЭС), по ряду причин (фиксированная частота стимуляции, предсердно-желудочковая диссоциация, асинхронизм сокращения желудочков, ретроградное возбуждение предсердий и т.д.) не всегда обеспечивают адекватную гемодинамику. Наряду с этим структурное ремоделирование сердца на фоне ЭКС нередко приводит к возникновению новых видов НРС, а также к усугублению ХСН. На сегодняшний день нет убедительных рекомендаций по предупреждению ремоделирования миокарда, ухудшения внутрисердечной гемодинамики у больных с ЭКС.

Интервенционная аритмология сложилась и определилась в последние годы как самостоятельная медицинская специальность. Внедрение метода катетерной радиочастотной абляции (РЧА) в Республике начато в 2001 году, с тех пор силами ведущих центров (НИИ КиВБ, НМЦ) произведено более 200 вмешательств. Представляет интерес изучение отдаленных результатов РЧА при НРС в сравнении с фармакотерапией, что позволит разработать эффективные дифференцированные подходы к их лечению.

Таким образом, для эффективной борьбы с основными ССЗ необходимо принятие научно-обоснованных мер профилактического характера, совершенствование кардиологической службы, разработка новых научных технологий диагностики, лечения основных ССЗ и внедрение реальных результатов исследования в практическое здравоохранение РК.

По программе НТП обследовано неорганизованное взрослое население различных регионов Казахстана (Алматинская область и г. Алматы, Северо-Казахстанская область и г. Петропавловск, Восточно-Казахстанская область и г. Усть-Каменогорск, Карагандинская область и г. Караганда, Актюбинская область и г. Актобе).

Обследовано в 2006 г. 7594 человек, в 2008 г. – 7096 человек в возрасте от 18 лет и старше. Для выявления основных сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития использована анкета-опросник, разработанная сотрудниками института (утверждена на заседании Ученого совета от 30.05.06, протокол №6).

Полученные результаты. 1. Анализ динамики заболеваемости и смертности от БСК свидетельствует о неуклонном росте этих показателей в Республике Казахстан: заболеваемость увеличилась с 111,3 в 1992 г. до 245,5 в 2006 г. (на 10 тысяч взрослого населения), смертность – с 336,4 в 1992 г. до 532,4 в 2006 г. (на 100 тысяч взрослого населения). По смертности от БСК РК занимает второе место в мире после России.

2. По данным эпидемиологического обследования (2006 г.) выявлена высокая распространенность основных сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) в изученных регионах Казахстана (ВКО, СКО, Карагандинская, Алматинская и Актюбинская области). Наибольшее чис-

ло лиц с АГ и ИБС регистрировалось в Карагандинской области (55,5% и 31,6% соответственно), наименьшее – в Алматинской (42,7% и 10,8% соответственно).

3. Среди факторов риска во всех обследованных регионах превалирует избыточная масса тела (в 2006 г. – 61,2%, в 2008 г. – 61,9%). В 2008 году (в сравнении с 2006 годом) наблюдается значительное уменьшение числа лиц, употребляющих алкоголь (с 64,0% до 26,3%), тенденция к снижению среди населения такого фактора риска как курение (с 21,2% до 20,7%), отмечается уменьшение числа лиц с повышенным уровнем общего холестерина (с 46,7% до 39,6%).

4. Впервые разработаны и внедрены инновационные технологии диагностики и лечения ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и их основных осложнений (ХСН, аритмии):

- установлена взаимосвязь развития ИБС с полиморфизмом гена GP II b. Впервые в лечении ИБС рекомендуется использовать антитромботический препарат батроксбин, который уменьшает тромбогенную активность крови и хорошо переносится больными. Обоснована целесообразность проведения антитромботической терапии при ИБС с учетом молекулярно – генетических маркеров во взаимосвязи с показателями гемостаза;

- предложен метод ранней диагностики функциональных нарушений почек при АГ. Показано, что нарастание суточной экскреции β_2 -микроглобулина является маркером доклинических изменений функции почек. Ингибитор АПФ фозиноприл и блокатор ангиотензиновых рецепторов эпросартан улучшают систолическую и диастолическую функцию левого желудочка, внутриклубочковую гипертензию и гиперфильтрацию. Рекомендуется подбор антигипертензивной терапии с учетом взаимосвязи внутрисердечной и внутривисцеральной гемодинамики;
- комплексное лечение ХСН, включающее цитокотерапию (ронколейкин), способствует улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики, уменьшению уровня про- и увеличению противовоспалительных цитокинов, повышению качества жизни на 46,6%.

- разработаны дифференцированные методы лечения пароксизмальных тахикардий при синдроме WPW. Установлена высокая эффективность метода радиочастотной абляции (93,7%). Из-за развития серьезных побочных реакций и отсутствия антиаритмического эффекта исключается возможность назначения фармакотерапии у 32,3% пациентов. Уточнены показания к проведению радиочастотной абляции и фармакотерапии при тахикардиях;

- показано, что длительное назначение ингибитора АПФ престариума оказывает благоприятное влияние на процессы ремоделирования сердца у больных с брадиаритмиями после имплантации кардиостимулятора.

5. Разработана Программа по совершенствованию кардиологической службы в Республике Казахстан, основные положения которой легли в основу Постановления Правительства РК (№102 от 13.02. 2007 г.).

6. В 2007 году (в сравнении с 2006 г.) наблюдается снижение заболеваемости и смертности от БСК в Республике Казахстан, в том числе в изученных регионах, что в значительной степени может быть связано с совершенствованием кардиологической службы в РК, внедрением новых технологий диагностики и лечения, улучшением санитарно-просветительной работы среди населения.

7. Коэффициент эффективности дополнительных затрат, связанный с внедрением инновационных методов лечения основных ССЗ, колеблется от 540 тысяч тенге до 792 тысяч тенге за сохранный год жизни пациента.

Степень внедрения. Внедрена 81 разработка (221 актов внедрения) в 5 регионах РК (I–III уровни). По теме НТП опубликовано 4 монографий, 125 статей,

22 методические рекомендаций, получено 7 патентов и предпатентов, 6 рационализаторских предложений.

Материалы НИР доложены на 19 научно-практических конференциях в РК, Конгрессе Кардиологов СНГ (г. Москва), «Миррахимовских чтениях» (г. Бишкек), научно-практической конференции «Человек и лекарство-2008», (г. Москва), научно-практической конференции «Перспективы кардиологии в свете достижения медицинской науки» (г. Москва, 2007), курсах усовершенствования врачей, организовано 87 «школ кардиологического больного».

Разработана Программа по совершенствованию кардиологической службы в Республике Казахстан, основные положения которой легли в основу Постановления Правительства РК №102 от 13.02. 2007г. Реализация Программы началась в 2007 году и успешно проводится в настоящее время.

В 2006-2007г.г. в НИИ КиВБ имплантировано 364 постоянных ЭКС больным с жизнеугрожающими брадиаритмиями, проведено 10 РЧА по поводу тахикардии. В 2008 году, в целом, по Республике подготовлено 275 специалистов в области интервенционной кардиологии и кардиохирургии, выполнено 1625 коронароангиографий, 1152 исследований других крупных сосудов, 571 пациенту произведено стентирование коронарных сосудов, 625 – баллонная ангиопластика, 47 – баллонная дилатация других крупных сосудов, 505 – аортокоронарное шунтирование, 126 больным выполнено РЧА при различных аритмиях, 250 – имплантированы ЭКС, произведено 584 операций больным с пороками сердца. Итого в 2008 году выполнено 5485 инвазивных диагностических, лечебных вмешательств и операций.

Наряду с вышеизложенным, сотрудники НИИ КиВБ принимали активное участие в подготовке приказа Минздрава РК за №124 «О деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» от 21 марта 2006 года, приказа за №588 «Об утверждении минимального стандарта (норматива) материально-технического оснащения организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в области формирования здорового образа жизни» от 4 декабря 2006 года, приказа Минздрава РК за №607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения» от 15 октября 2007 года. К настоящему времени разработана документация для проведения регистра по ИБС и АГ в РК, методические рекомендации по ведению больных с острым коронарным синдромом.

В ходе выполнения НТП разработаны документация для проведения регистра по ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии в РК, методические рекомендации по ведению больных с острым коронарным синдромом (ОКС), в основу которых легли результаты открытого проспективного наблюдательного исследования по оценке соблюдения современных стандартов диагностики и лечения больных ОКС.

Отчет по НТП «Разработка научных основ цитокинодиагностики и цитокинотерапии эндокринных заболеваний (зоб, сахарный диабет, хроническая надпочечниковая недостаточность)».

Актуальность. Эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции к высоким показателям заболеваемости эндокринными патологиями. Известно, что в

патогенетических механизмах основных эндокринных заболеваний имеет место развитие аутоиммунных реакций. Доказано, что аутоиммунный процесс возникает из-за патологических реакций Т-клеток и антител, производимых В-клетками, с собственными эпитопами. В норме же в здоровом организме поддерживается состояние иммунной толерантности к собственным антигенам. Очевидно, что вопрос о срыве аутоиммунности является узловым для понимания механизмов развития аутоиммунных заболеваний эндокринной системы. По современным представлениям существует ряд гипотетических механизмов центральной и периферической аутоиммунности и ее срыва, что предполагает многофакторность развития аутоиммунных заболеваний. Известно, к спектру регуляторных клеток, оказывающих иммуносупрессорное действие относятся Т-хелперы 2-го типа (Th2), Т-хелперы 3-го типа, цитотоксические Т-лимфоциты, НК-клетки, а также макрофаги. Причем иммуносупрессорные эффекты системного порядка оказывают продуцируемые этими клетками цитокины. Абсолютным лидером среди иммуносупрессорных цитокинов является TGF β , секретируемый практически всеми типами регуляторных клеток. На сегодняшний день есть научные предпосылки для изучения иммунологических изменений у больных сахарным диабетом (СД), диффузным токсическим зобом (ДТЗ), аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), патологией надпочечников, так как исследования до сих пор не систематизированы, результаты исследований порой неоднозначны. Внедрение в клиническую практику рекомбинантных цитокинов на основе генной инженерии и диагностических тест-систем позволило расширить спектр диагностических и терапевтических возможностей цитокинов для практического здравоохранения, в том числе и в эндокринологии. Таким образом, проблема цитокинов содержит как научно-теоретический аспект, так и прикладной, связанный с диагностикой и терапией.

В настоящее время вопросы цитокинодиагностики и цитокинотерапии основных эндокринных заболеваний решены неоднозначно. В связи с этим, данное исследование является актуальным не только для Республики Казахстан, но и представляет интерес для международных исследований.

Полученные результаты. В ходе выполнения НТП было обследовано СД 436 больных из них, с СД 1 типа 170 больных, с СД 2 типа 266 больных, с ДТЗ – 100 пациентов, с гипотиреозом – 100 больных, 80 больных – с узловой патологией щитовидной железы, подвергнувшихся радиационному воздействию – 85 больных, с ХНН – 12 больных. Всем больным проведены обследования: общеклинические (б/х, иммунограмма, цитокины, исследование натуральной супрессорной активности), инструментальные методы (ЭКГ, ЭХО КГ, УЗИ ЩЖ, УЗИ внутренних органов, ТАБ ЩЖ, осмотр глазного дна, УЗИ ретробульбарного пространства на VIVED-3, УЗ доплерография н/конечностей, рентгенография кистей рук проводилась по обычной методике. По теме НИР за три года в стационарных условиях пролечено 370 больных. За отчетный период по рекомендации специалистов по ВСМП пролечено 797 больных.

1. У больных сахарным диабетом 1 и 2 типа было установлено достоверное снижение Т-киллеров по сравнению с практически здоровыми лицами. Установлено угнетение в 2 раза Т-хелперного звена иммунитета при СД с длительностью свыше 5 лет ($P < 0,05$).

2. При диабетической хейроартропатии выявлено, что содержание ИЛ-1РА и ИЛ-18 сыворотки крови было в 2,2 раза, а ИЛ-2 и ИЛ-10 в 1,8 раза выше, по сравнению с аналогичными показателями больных без хейроартропатии, что свидетельствует о цитокиновом дисбалансе при осложнениях СД.

3. Среди больных СД хейроартропатия встречается в 65,8% случаев. Выявлено, что частота остеопороза у больных СД 1 типа с диабетической хейроартропатией наблюдается в 1,5 раза чаще, чем этот же показатель у больных без хейроартропатии.

4. Уровень концентрации кальцийрегулирующих гормонов при диабетической хейроартропатии в сыворотке крови достоверно ниже по сравнению с данными без хейроартропатии ($p < 0,001$), но остается высоким по сравнению с показателями контрольной группой. Самый высокий уровень концентрации кислотно-щелочной фосфатазы в сыворотке крови наблюдался у больных СД 1 типа с диабетической хейроартропатией ($p < 0,001$).

5. Отмечено повышение концентрации общего холестерина крови у больных СД 1 и 2 типа. Уровень концентрации триглицеридов в крови у больных СД 2 типа был достоверно в 2,4 раза выше, чем аналогичный показатель при СД 1 типа. Данные результаты свидетельствуют о дислиппротеидемии у больных СД.

6. При ДТЗ в сыворотке крови отмечается достоверное снижение Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, ДТЗ в сочетании с ЭО характеризуется повышенным уровнем продукции иммуноглобулинов класса Е, что указывает на активность Т-хелперов 2-типа.

7. При узлом коллоидном зобе разной степени пролиферации обнаружено, что состояние имеется снижение CD4+ и CD8+ лимфоцитов, свидетельствующее об аутоиммунных реакциях в организме.

8. У больных с аутоиммунным тиреоидитом, осложненным гипотиреозом, выявлено достоверное снижение абсолютного и относительного снижения количества CD3+, CD4+, CD8+, CD19+ лимфоцитов и дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ1в, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ8, ИЛ10, ФНО а, ИФН гамма) по сравнению с такими же показателями группы здоровых лиц, что подтверждает наличие иммунных нарушений при заболевании.

9. Наблюдается активации иммунной системы у больных с надпочечниковой недостаточностью, проявляющееся повышением относительного и абсолютного количества CD25 ($P < 0,001$), содержания Т-лимфоцитов ($P < 0,001$) и снижением относительного и абсолютного содержания В-лимфоцитов (CD19+) ($P < 0,001$), спонтанного и индуцированного фагоцитоза ($P < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. При надпочечниковой недостаточности наблюдалось достоверное снижение в 8,8 раз содержания ИЛ-18 сыворотки крови по сравнению с таким же показателем контрольной группы. Эти данные говорят о снижении В-клеточного звена иммунитета и фагоцитоза, которые приводит к снижению уровня ИЛ 18. При хронической первичной надпочечниковой недостаточности на фоне заместительной гормональной терапии преднизолоном развивается вторичное иммунодефицитное состояние, характеризующееся угнетением активации В-лимфоцитов и подавлением активности клеток моноцитарно-макрофагальной системы.

10. Установлено, что препарат рекомбинантного интерлейкина-2 и альфа-липовая кислота при комбинированной терапии оказывают достоверное иммуномодулирующее действие при лечении сахарного диабета с синдромом диабетической стопы, нейроишемической формы.

11. Использование препарата рекомбинантного интерлейкина-2 в комплексном лечении синдрома диабетической стопы нейроишемической формы при СД 1 типа привело к достоверному увеличению уровней ИЛ-2, ИЛ-10, ИЛ-18 и Ig G ($p < 0,001$) и достоверное снижение уровня JgE в сыворотке крови ($p < 0,001$). По-видимому, при

лечении препаратом рекомбинантного интерлейкина-2 проявляется иммуномодулирующее действие препарата.

12. При ДТЗ применение препарата рекомбинантного интерлейкина-2 приводит к нормализации клеточного звена иммунитета и продукции цитокинов, что свидетельствует о иммуномодулирующих свойствах препарата.

13. Использование рекомбинантного эритропоэтина в лечении гипотиреоза осложненного анемическим синдромом приводит к достоверному снижению ИФН γ ($P < 0,001$), ИФН α ($P < 0,001$), ИЛ 4 ($P < 0,001$), ферритина ($P < 0,001$), и достоверному повышению ИЛ 2 ($P < 0,001$), ИЛ 8 ($P < 0,001$), ИЛ 10 ($P < 0,001$), эритропоэтина ($P < 0,001$) по сравнению с аналогичными показателями до лечения. Это отражает снижение аутоиммунных и воспалительных процессов при лечении заболевания.

14. Соотношение «затраты-эффективность» при цитокинотерапии эндокринных заболеваний больше в 1,7 раза по сравнению со стандартной терапией. Цитокинотерапия эндокринных заболеваний имеет явное как экономическое, социальное, а также клиническое преимущество.

Степень внедрения. Разработаны новые методы цитодианостики и цитокинотерапии. Получены 5 авторских свидетельства, 1 патент и 4 предпатентов на изобретение, 1 Евразийский патент, дополнительно поданы заявки на 4 предпатента на изобретение, 135 статей, из них в дальнем зарубежье – 22, в ближнем зарубежье – 13, 34 тезисов, 2 монографий, 10 методических рекомендаций, и – . Проведен цикл по обучению денситометрии нижних конечностей в 2006 году, цикл постдипломного дополнительного медицинского образования по теме «Актуальные вопросы эндокринологии» в 2008г. На рабочем месте 10 врачей обучены методике проведения денситометрии, 5 врачей методике интратиреоидного введения препаратов в щитовидную железу и параорбитально. Материалы НТП доложены на научных конференциях в Сан-Петербурге (Россия), Нагасаки (Япония), Тайланд (конгресс по иммунореабилитации – 20-21 декабрь 2007), Индонезия (конгресс по биотехнологии стран Азии – 2007), США (конгресс по наномедицине, С-Франциско 12-15 июня, 2007г.), США (конгресс по нанотехнологии С-Франциско, 5-8 ноября 2007 года), Международный симпозиум «Наука и образование в 21 веке» – «Современные медицинские технологии», 4-5 октября 2007, Новосибирск). Научно-практические конференции (г.Жезказган, г.Актобе, г.Жаркент, г.Петропавловск, г.Шымкент).

Результаты исследования внедрены в 5 областях РК: г.Алматы и Алматинская область, г.Усть-Каменогорск и ВКО, г.Караганда и Карагандинская область, г.Петропавловск и СКО, г.Актобе и Актюбинская область, Южно-Казахстанская область, г.Кызылорда и Кызылординская область.

Заключение

Результаты проведенных научно-исследовательских работ в НИИКиВБ за 2006-2008 годы соответствуют общепринятым стандартам и могут конкурировать с лучшими достижениями в области клинической терапии и внутренних болезней. Результаты НИР были доложены на Ученом Совете НИИКиВБ от 27.01.09г. протокол №1.

Были сделаны следующие рекомендации: 1) результаты данной НИР необходимо представлять в крупных международных научных изданиях; 2) для внедрения полученных научных результатов нужно проводить инновационную деятельность с привлечением крупных отечественных бизнес-структур; 3) дальше развивать научно-практическую работу в данном направлении.

Совершенствование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Казахстан

Попова Т.В.

Высшая школа общественного здравоохранения РК

Қазақстан Республикасында медициналық-әлеуметтік сараптама мен мүгедектерді оқалту жүйесін жетілдіру

Т.В.Попова

Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

Мүгедектік және тұрғындарды мүгедектендіру қоғам денсаулығының ең маңызды көрсеткіші болып табылады және медициналық қана емес, сонымен қатар әлеуметтік-экономикалық мәнге ие. 2005 жылғы 13 сәуірде ҚР «Қазақстан Республикасындағы мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы» заң қабылданды. Онда ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігінің мәлімдемелеріне сәйкес мүгедектіктің медициналық моделінен медициналық-әлеуметтік модельге ауысуы белгіленген.

2001 жылғы 27 маусымда ҚР Үкіметінің №886 қаулысымен мақұлданған «Қазақстан Республикасының тұрғындарын әлеуметтік қорғау концепцияларына» сәйкес әлеуметтік қорғаудың аралас жүйесінің құрылу моделі ұсынылды. 2003 жылғы 25 сәуірде ҚР «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы», 2005 жылғы 7 ақпандағы «Жұмыскердің еңбектік (қызметтік) міндеттерін орындау кезінде оның өмірі мен денсаулығына зиян келтірілгені үшін жұмыс берушінің азаматтық-құқықтық жауапкершілігін міндетті сақтандыру туралы» заңдар қабылданды. Сонымен, әлеуметтік қорғаудың бір деңгейлі жүйесі үш деңгейлі жүйеге өзгертілді.

2006 жылғы 13 желтоқсанда БҰҰ Бас Ассамблеясында мүгедектерді қолдау мен қорғауға арналған барлық негізгі халықаралық-құқықтық негіздерді қамтитын теңдесі жоқ құжат – Мүгедектердің құқығы туралы конвенция қабылданды. 2008 жылғы 11 желтоқсанда БҰҰ штаб-пәтерінде Қазақстанның Мүгедектердің құқығы туралы конвенцияға және оған Қосымша хаттамаға қол қою рәсімі өтті. Қазақстан Конвенцияға қосылған әлемдегі 137-мемлекет болды. Қазақстанның Мүгедектердің құқығы туралы конвенциясына қол қоюы республикадағы мүгедектерді әлеуметтік қорғау тарихындағы негізгі ірге тастың қалануы болмақ.

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. По данным ООН, уровень инвалидности в мире в среднем составляет 10% – т.е. каждый десятый житель планеты является инвалидом /1/. По данным официальной статистики, в Республике Казахстан инвалидность имеют около 3% населения /2/.

В современной концепции социальной защиты, социальной безопасности инвалидов одной из ключевых позиций является понятие “инвалидность”. Оно трактуется как ограничения жизнедеятельности вследствие стойких расстройств функций организма, приводящих к необходимости социальной защиты.

Анализируя современные представления об инвалидности, следует заметить, что медицинская модель инвалидности, в которой инвалидность понимается как нару-

Perfection of system of medical-social examination and rehabilitation of invalids in the Republic of Kazakhstan

T.V. Popova

Kazakhstan School of Public Health

Disability is one of the indicators of public health and has not only medical but also socio-economical meaning. Law of the Republic of Kazakhstan “About Social Protection of Invalids in the Republic of Kazakhstan” was approved on April 13, 2005. This Law foresees transmission from medical model to medico-social model of social protection of Invalids, and disability prevention.

On April 25 2003 the Law on Mandatory Social Insurance was adopted. The Law became effective on January 1, 2005. The Law on Mandatory Insurance of Civil Liability of Employer Against Disablement of Employee While on Duty was adopted on February 7, 2005 and has been in force since July 1, 2005. Thus, there was reforming of one-level system of social protection to three-level system.

On December, 13th, 2006 the General Assembly of the United Nations had been accepted the unique document concentrating all the cores is international-legal bases for support and protection of invalids - the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. On December, 11th, 2008 ceremony of signing took place in headquarters of the United Nations of the Convention by Kazakhstan on the Rights of Persons with Disabilities and the Optional protocol to it. Signing of the Convention by Kazakhstan on the Rights of Persons with Disabilities is the fundamental mark in history of social protection of invalids in republic.

шение трудоспособности, функционирования организма человека, его болезнь, а сам человек рассматривается как пассивный и полностью зависимый от медиков-профессионалов, к настоящему времени безнадежно устарела /3/. С 1981 года, объявленного ООН Международным годом инвалидов, ширилось движение в пользу социальной модели инвалидности, подчеркивающей важность самого инвалида и роли общества в его реабилитации /4/. Социальная модель была разработана в качестве попытки представить парадигму, которая будет альтернативой доминирующему медицинскому восприятию инвалидности. Социальная модель смотрит на этот вопрос как на социальную проблему и как на вопрос полной интеграции инвалида в общество. Поэтому она в основном была направлена на определение тех барьеров, которые изолируют людей с инвалидностью и не позволяют им стать полноправными членами своих сообществ. Важно подчер-

кнуть, что без полного принятия социальной модели инвалидности не было бы Всемирной Программы Действий по Проблемам Людей с Инвалидностью, принятой в 1982 году Генеральной ассамблеей ООН. Эта программа «...подчеркнула право людей с инвалидностью иметь те же возможности, что и другие граждане, иметь в равной доле право на улучшение условий жизни, что является результатом экономического и социального развития». Т.е. по сути произошел переход от понятия инвалидности как нетрудоспособности к правовой модели инвалидности.

Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, (МКФ), утвержденная 22 мая 2001 года 54-й сессией ассамблеи ВОЗ, базируется на интеграции этих двух противоположных моделей – медицинской и социальной /5/. Для объединения различных сторон функционирования используется биопсихосоциальный подход. Поэтому МКФ пытается достичь синтеза, чтобы обеспечить согласованный взгляд на различные стороны здоровья с биологической, личностной и социальной позиций.

13 апреля 2005 года был принят Закон РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан». В нем, согласно комментариям Министерства труда и социальной защиты населения РК, обозначен переход от преимущественно медицинской модели инвалидности к медико-социальной.

Закон предусматривает предоставление:

- гарантированного объема медицинской помощи инвалидам в соответствии с законодательством;
- санаторно-курортного лечения инвалидам, в том числе впервые – детям-инвалидам;
- впервые – специальных помощников инвалидам 1 группы, имеющим затруднения в передвижении и инвалидам по слуху – специалистов жестового языка (с 1 января 2006 года);
- протезно-ортопедической помощи, технических вспомогательных средств, специальных средств передвижения, обязательных гигиенических средств (впервые).

Также предусматривается:

- создание банка данных инвалидов, а также часто и длительно болеющих лиц, имеющих инвалидизирующую патологию;
- разработка государственных стандартов социального обслуживания и расширение перечня оказываемых социальных услуг, которые будут предоставляться в территориальных центрах по оказанию социальной помощи, включая дневные стационары;
- расширение оказания социальной помощи на дому, что обеспечивает доступность социальных услуг для инвалидов и позволит содержать их в привычных (семейных) условиях. Предусмотрена также статья, регламентирующая нормы обеспечения инвалидов жильем. В Законе впервые предусмотрена квота для поступления в средние и высшие профессиональные учебные заведения, льготы по стипендиальному обеспечению. Для детей-инвалидов предусматривается возмещение затрат на их обучение на дому. Для трудоустройства инвалидов предусмотрено установление трехпроцентной квоты рабочих мест, открытие специальных социальных рабочих мест, разра-

ботка региональных программ реабилитации, включающих поддержку деятельности специализированных организаций общественных объединений инвалидов.

Специальная глава определяет участие работодателей в социальной защите инвалидов. Контроль за соблюдением законодательства о социальной защите инвалидов возлагается на уполномоченный орган в области социальной защиты населения и его территориальные подразделения. По отношению к виновным в нарушении законодательства руководителям и юридическим лицам предусмотрено принятие административных мер (на физических лиц – до 40 и на юридических – до 400 МРП соответственно).

Переход Казахстана к рыночной экономике инициировал изменение системы социальной защиты – в республике произошел переход от полной солидарной системы социальной защиты к смешанной /6/.

Согласно «Концепции социальной защиты населения Республики Казахстан» одобренной Постановлением Правительства РК от 27 июня 2001 года № 886, была предложена перспективная модель построения смешанной системы социальной защиты, включающая в себя элементы как солидарной, так и персонифицированной систем, обязательного и добровольного страхования. Были приняты Законы РК «Об обязательном социальном страховании» от 25 апреля 2003 года (введен в действие с 1 января 2005 года), «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» от 7 февраля 2005 года.

С принятием вышеуказанных законов произошло реформирование системы социальной защиты населения в Республике Казахстан в трехуровневую, смешанную систему (что схематически представлено на рисунке 1).

Первый уровень: предоставление всем гражданам за счет средств республиканского бюджета пособий на одинаковом уровне (в зависимости от социальных рисков) (государственные специальные пособия по инвалидности в зависимости от группы и причины инвалидности).

Второй уровень: предоставление работникам формального сектора дополнительных выплат из системы обязательного социального страхования до наступления

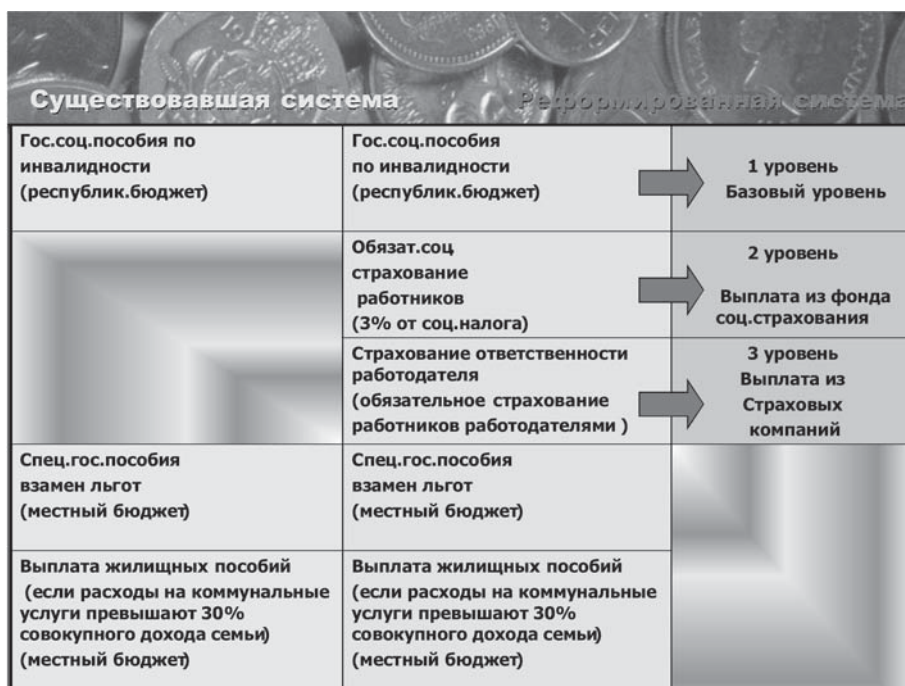


Рисунок 1 – Реформирование системы социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан

пенсионного возраста или прекращения обстоятельств, послуживших основанием для страховых выплат (в зависимости от процента утраты общей трудоспособности).

Третий уровень: в случае потери трудоспособности в результате несчастного случая и профессионального заболевания при исполнении трудовых обязанностей предусматривается дополнительная социальная защита в виде выплат из страховой организации до наступления пенсионного возраста или прекращения обстоятельств, послуживших основанием для страховых выплат (в зависимости от процента утраты профессиональной трудоспособности).

При этом менялся базовый социальный норматив, на основе которого рассчитывалась сумма выплат государственного социального пособия по инвалидности (до 1997 года – пенсии по инвалидности) – с 1997 года это был месячный расчетный показатель (МРП), с 2007 года – минимальный прожиточный минимум. За период с 2000 года по 2008 средний размер государственного социального пособия по инвалидности был увеличен с 2999 до 13883 тенге (в 4,6 раза), что в долларовом эквиваленте составляет рост в 5,4 раза (с 21,4 до 115,7\$ США по курсу за соответствующий период).

Медико-социальную экспертизу (МСЭ) в РК осуществляют территориальные подразделения центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения, в состав которой входят более 400 врачей-экспертов, с 2001 года получивших статус государственных служащих. В задачи территориальных подразделений – отделов МСЭ (общего и специализированного профиля) входят: освидетельствование лиц с целью установления инвалидности, степени утраты общей (с 2005 года), профессиональной трудоспособности, нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе, формирование индивидуальной программы инвалидности (ИГП). При этом территориальное подразделение организуется из расчета одно на 120 тысяч всего населения (до 2000 года – одно на 100 тысяч взрослого населения). Т.к. с 2000 года подразделения МСЭ осуществляют освидетельствование не только взрослого, но и детского населения, для чего организованы специализированные педиатрические отделы МСЭ, либо в состав отделов общего профиля входит специалист-эксперт педиатр. В последние годы введена рейтинговая оценка деятельности территориальных подразделений МСЭ. Территориальные подразделения МСЭ осуществляют свою деятельность в соответствии с «Правилами проведения медико-социальной экспертизы», утвержденными Постановлением Правительства РК от 20 июля 2005 года.

За период с 1992 по 2007 годы в РК ежегодно в среднем 49 тысяч человек среди взрослого населения впервые признаются инвалидами (ВПИ) и с 2001 по 2007 годы в среднем 7 тысячам детей впервые устанавливается категория «ребенок-инвалид» (график 1). При этом численность впервые признанных инвалидами среди взрослого населения за обозначенный период уменьшилась более чем в 2 раза.

Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность по данным 2005 года среди всего населения составлял 28,8, среди взрослого населения – 32,6, среди работающего населения – 13,7, среди детского населения – 18,5 (на 10 000 населения).

Среди впервые признанных инвалидами среди всего взрослого населения 60% составляет вторая группа инвалидности, первая – 10%, третья – 30%. Среди лиц пенсионного возраста тяжесть инвалидности (первая и вторая группа) составляет почти 95%.

Среди классов болезней, послуживших причиной первичной инвалидности, лидирующие первые, вторые и третьи места занимают: среди всего взрослого населения – сердечно-сосудистые заболевания (23%), онкопатология (16%) и травмы (15%); среди лиц пенсионного возраста – онкопатология (37%), сердечно-сосудистые заболевания (32%) и болезни глаз (13%), среди детей – врожденные аномалии (33%), болезни нервной системы (22 %) и психические расстройства (13%).

В Республике Казахстан реабилитация инвалидов осуществляется путем реализации государственной и индивидуальной программ реабилитации. В РК были приняты две государственные Программы реабилитации инвалидов – на 2002–2005 годы /7/ и на 2006–2008 годы /2/. ИГП реализуется в основном тремя ведомствами – Министерством труда и социальной защиты населения (МТиСЗН), Министерством здравоохранения (МЗ), Министерством образования и науки (МОН) РК (рисунок 2).

Показатель полной реабилитации инвалидов в Республике Казахстан составляет от 3 до 5%.

29 декабря 2008 году был принят Закон РК «О специальных социальных услугах», согласно которому лицу, находящемуся в трудной жизненной ситуации, в т.ч. на основании инвалидности, предоставляются специальные социальные услуги (введен в действие с 1 января 2009 года).

13 декабря 2006 года Генеральной Ассамблеей ООН был принят уникальный документ, концентрирующий все основные международно-правовые основы для поддержки и защиты инвалидов – Конвенция о правах инвалидов /8/. Документ вступил в силу 3 мая 2008 года. Это

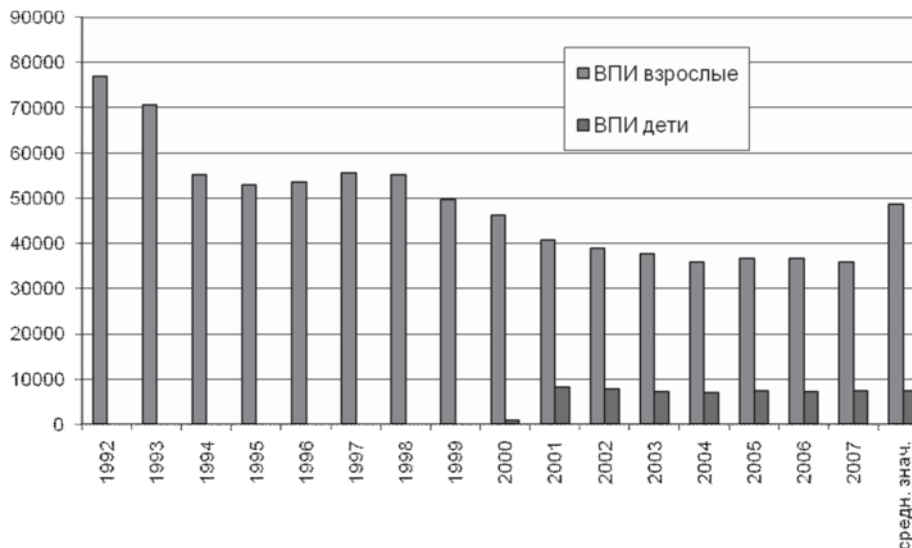


График 1 - Численность впервые признанных инвалидами в РК

событие представляет собой важную веху в усилиях по поощрению, защите и обеспечению полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод. Данная Конвенция знаменует собой «смену парадигмы» в том, что касается отношения и подходов к инвалидам. Страны, присоединяющиеся к Конвенции, обязуются разрабатывать и осуществлять стратегии, законы и административные меры для защиты прав, признаваемых в Конвенции, и отменить законы, постановления, обычаи и устои, которые являются дискриминационными.

В ООН учрежден орган надзора за исполнением Конвенции – Комитет по правам инвалидов, который уполномочен рассмат-

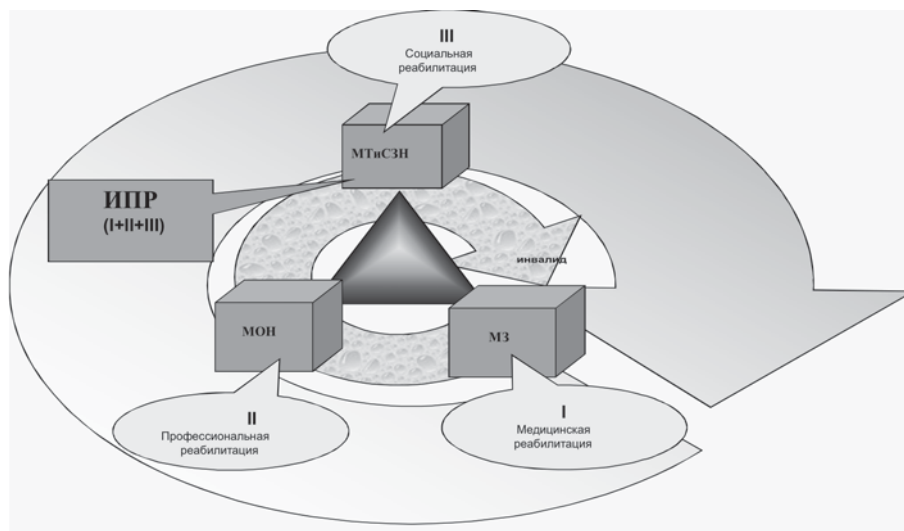


Рисунок 2 – Реализация ИПР инвалида в Республике Казахстан

ривать доклады государств-участников Конвенции, выносить по ним предложения и общие рекомендации, а также рассматривать сообщения о нарушениях.

После подписания Конвенции устанавливается система международного мониторинга, и лица, чьи права нарушены, получают возможность обращения в Комитет по правам инвалидов ООН. Факультативный протокол к конвенции предусматривает возможность обращения с жалобой в Комитет ООН по правам инвалидов как отдельных

лиц, так и общественных объединений в том случае, когда исчерпаны все возможности обращения за помощью на национальном уровне. 11 декабря 2008 года в штаб-квартире ООН состоялась церемония подписания Казахстаном Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола к ней /9/. Казахстан стал 137 страной в мире, присоединившейся к Конвенции. Подписание Казахстаном Конвенции о правах инвалидов – фундаментальная веха в истории социальной защиты инвалидов в республике. Изменившиеся социально-политические условия создают предпосылки для понимания социальной защиты инвалидов не как узковедомственной, а как общегосударственной проблемы, затрагивающей интересы всего общества, и обязанностью государства по отношению к инвалидам является обеспечение социальной защищенности. Это возлагает на Центральные, местные исполнительные органы и работодателей ответственность за обеспечение реализации законодательства в области социальной защиты инвалидов на совершенно новом уровне, соответствующем международным нормам и стандартам.

Литература

1. Руководство по разработке статистической информации для программ и политики в отношении инвалидов. – Нью-Йорк: ООН, 1997 г. – 108 С.
2. Постановление Правительства РК от 6 января 2006 г. № 17 об утверждении «Программы реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы».
3. Лаврова Д.И. Современная концепция инвалидности //МСЭ и РИ. – 1998, № 2, С. 5-8.
4. Pfeiffer D. A Comment on the Social Model(s). *Disability Studies Quarterly*. 2002. Fall. Vol. 22. N 4. Date of access: 2003. Febr. 19. P. 1-10.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – Женева: ВОЗ,

2001. – 342 С.

6. Дуйсенова Т.К. Основные направления развития системы реабилитации больных и инвалидов //Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы МСЭ и РИ», Алматы, 5-6 декабря 2003 г. - Алматы: «Ценные бумаги», 2004. – С.3-13.
7. Постановление Правительства РК от 29 декабря 2001 г. № 1758 об утверждении «Программы реабилитации инвалидов на 2002-2005 годы».
8. Конвенция о правах инвалидов. [Электронный ресурс] - Доступ: <http://www.un.org/russian/documen/convents/disability.html>
9. Казахстан подписал Конвенцию ООН о правах инвалидов (Казинформ 12.12.2008) [Электронный ресурс] - Доступ: <http://www.inform.kz/showarticle3.php?lang=rus&id=223154>

Функциональные изменения сосудистого эндотелия при сочетанных хронических заболеваниях

Орынбасарова К. К.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
УДК 616 – 018.74 – 036.12

Созылмалы аурулар кезіндегі тамыр эндотелийінің функциональды өзгерістері

Тамыр эндотелийінің функциональды жағдайы экологиялық қолайсыз аймақтарда тұратын 5-15 жас арасындағы 305 балаларды кешенді тексеру барысында зерттелді. Арал аймағындағы балаларда тіркескен созылмалы аурулар анықталды. Тамыр эндотелийі дисфункциясының маркері – Виллебранд факторының деңгейінің көтеріліуі эндотелийдің функциональды бұзылуын дәлелдейді. Конъюнктива капиллярларының биомикроскопиясы әдісімен тексергенде микроциркуляторлы өзгерістер байқалды. Тамырлық өзгерістер негізінде венула бөлігінде кеңею, ирелеңдеу түрінде болды. Олар тамыр ішілік өзгерістерге – қан ағысының бәсеңдеуіне, үзілісіне әкелді.

Role of endothelium dysfunction in chronic diseases among children from ecologically unfavorable region

Studying the endothelium dysfunction and microcirculation condition in 305 children aged 5-15 from ecologically unfavorable region. Were established chronic diseases in children of the Aral region. Microcirculatory changes in children of the Aral region were carried out on the basis of the conjunctiva biomicroscopy method. The vascular changes that were identified in the venular section in the form of dilation and tortuosity resulted in clear intravascular dysfunction, namely retarded and intermittent blood flow. The results showed a high level a marker of endothelial damage von Willebrand factor. Key words: endothelium dysfunction, microcirculatory, conjunctiva biomicroscopy, von Willebrand factor, ecologically unfavorable region.

Достижения последних лет в изучении структуры и функции эндотелия сосудов открыли совершенно новые его свойства. Сосудистый эндотелий является высокоспециализированным метаболически активным монослоем клеток, выстилающим все сосуды организма человека. Эндотелий синтезирует огромное количество биологически активных веществ, играющих важную роль во многих процессах в норме и в патологии (гемодинамике, гемостазе, иммунных реакциях, регенерации и др.). Посредством различных биологически активных сосудорасширяющих и сосудосуживающих факторов эндотелий регулирует сосудистый тонус и участвует в поддержании нормальной микроциркуляции. При нормальном функциональном состоянии эндотелия определяется равновесие между вазодилатацией и вазоконстрикцией [1,2,3].

Антикоагулянтная и вазодилататорная функции стенок сосудов осуществляются посредством синтеза эндотелием соответствующих биологически активных веществ: оксид азота, простаглицлин, тромбомодулин, эндотелины, ангиотензин II, фактор Виллебранда, фибронектин и др. В качестве маркера дисфункции эндотелия традиционно используются оксид азота и фактор Виллебранда [4,5,6,7].

Фактор Виллебранда – сложный мультимерный адгезивный гликопротеин, синтезируемый эндотелиальными клетками и мегакариоцитами. Фактор Виллебранда (фВ) стабилизирует VIII фактор свертывания крови и тем самым стимулирует начала тромбообразования, способствует прикреплению рецепторов тромбоцитов к коллагену и фибронектину сосудов, а также друг другу, т.е. усиливает адгезию и агрегацию тромбоцитов и, следовательно, влияет на микроциркуляцию. Синтез и выделение фВ возрастает под влиянием вазопрессина, при повреждении эндотелия. Поскольку все стрессорные состояния увеличивают выделение вазопрессина, то при стрессах, экстремальных состояниях тромбогенность сосудов возрастает, чему способствует повышение синтеза фВ. Установлено повышение уровня фактора Виллебранда при заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции эндотелия [6,8,9].

Одним из регионов экологической катастрофы

Республики Казахстан с преобладанием воздействия химических токсических веществ является регион Аральского моря. Наличие суммарной химической токсической нагрузки на детский организм в регионе Приаралья подтверждено результатами исследования химических токсических веществ в атмосферном воздухе, почве, воде и в биологических субстратах организма детей, проведенными в крупнейших научных центрах Швеции, Люксембурга, Германии, Японии и в лаборатории низкофоновых исследований Национального ядерного центра Республики Казахстан [10,11].

Целью настоящей работы

явилось комплексное исследование функционального состояния эндотелия при хронической сочетанной патологии у детей, проживающих в условиях экологического неблагополучия.

Материал и методы исследования

Были обследованы 305 детей в возрасте 5–15 лет, проживающих в экологически неблагополучных районах Приаралья (основная группа). Группу сравнения составили 75 детей из благополучного района Алматинской области. Комплексное клинко-лабораторное и функциональное обследование проведено в специализированном отделении «Экология и дети» Республиканской детской клинической больницы.

Состояние микроциркуляции оценивали методом биомикроскопии капилляров конъюнктивы [10]. Биомикроскопию сосудов конъюнктивы проводили с помощью щелевой лампы фирмы «Pnati» (Япония). Состояние микроциркуляции оценивали по сосудистым, внутрисосудистым и внесосудистым изменениям. Для объективности выводов при исследовании сосудов конъюнктивы, исключили локальные воспалительные изменения органа зрения и другие патологические состояния, влияющие на регионарную микроциркуляцию. Степень выраженности изменений микроциркуляции

оценивали по полуколичественной методике: 0 – отсутствие или слабо выраженные изменения, 1 – умеренные изменения, 2 – выраженные изменения [11,12].

Для исследования эндотелиальной дисфункции определили в плазме крови уровень фактора Виллебранда (30 детей основной группы, 20 детей группы сравнения) методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение.

Комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование детей показало наличие у всех детей Аральского региона хронических сочетанных заболеваний [13].

Отставание физического развития диагностируется в 4,0–4,8 раза чаще у детей экологически неблагополучных регионов, по сравнению с детьми, проживающими в благополучных районах.

Хронические заболевания органов пищеварения диагностированы почти у всех обследованных (97,0%) детей. В структуре патологии органов пищеварения у детей Приаралья преобладали хронические гастродуодениты. Заболевания гепатобилиарной системы у большинства обследованных детей представлены в виде дисфункции билиарного тракта (94,0%). У большинства обследованных детей (80,6%) Аральского региона выявлены сочетанные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. У 64,6% обследованных детей региона Приаралья были диагностированы хронические заболевания почек и мочевыделительной системы. У 49% детей с патологией мочевыделительной системы верифицирован диагноз хронического токсического интерстициального нефрита [14]. Заболевания сердечно-сосудистой системы у 38,3% обследованных детей представлены метаболическими нарушениями в миокарде и малыми аномалиями развития и врожденными пороками сердца. Среднее количество хронических сочетанных заболеваний на одного ребенка у детей Аральского региона составило 9,5 (у детей группы сравнения – 7,9). В экологически неблагополучных регионах почти у всех обследованных детей выявлены внешние фенотипические признаки стигм дисэмбриогенеза и у половины детей – малые аномалии развития сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, мо-

чевыделительной системы, относящиеся в клиническую картину синдрома дисплазии соединительной ткани [15].

Результаты исследований установили у детей Аральского региона с хронической сочетанной патологией достоверное повышение уровня фактора Виллебранда в сыворотке крови – $127,73 \pm 18,37\%$ ($p < 0,01$). В группе сравнения уровень фВ составил $55,0 \pm 11,12\%$.

Полученные результаты клиничко-лабораторных, инструментальных и морфологических исследований позволили предположить системное поражение соединительной ткани и микроциркуляторных сосудов. Возможно, при дисфункции эндотелия, развивающейся под воздействием повреждающих агентов (экологических, токсических, инфекционных, обменных, иммунокомплексных и т.п.), резко меняется направление его активности. Активированный эндотелий начинает секретировать вещества, влияющие на клеточную адгезию, сосудистую проницаемость, пролиферацию фибробластов и гладкомышечных клеток.

При оценке состояния микроциркуляторного русла методом биомикроскопии капилляров конъюнктивы у детей Приаралья капилляроскопическими изменениями патологического процесса являются спазм артериол, расширение и извитость венул, агрегация форменных элементов. Внутрисосудистые изменения характеризовались замедлением кровотока в венулах (15%), в некоторых сосудах отмечалась агрегация эритроцитов. Среди внесосудистых изменений у 30,6% обследованных детей отмечались периваскулярный отек, очаги гиперпигментации, лимфостаз. В группе сравнения структурно-морфологические изменения в микроциркуляторном русле были незначительными.

Таким образом, важная роль в формировании и прогрессировании хронических заболеваний в условиях экологического неблагополучия отводится дисфункции эндотелия и изменениям на уровне микроциркуляторного русла. Первой мишенью для всех токсических веществ становится выстилающий сосуды эндотелий, дисфункция которого является ключевым звеном нарушения микроциркуляции.

При хронических сочетанных заболеваниях у детей, проживающих в условиях загрязнения окружающей среды, вследствие гипоксии, повышения уровня различных биологически активных веществ, формируются условия для развития эндотелиальной дисфункции. Нарушения функциональных свойств эндотелия подтверждается достоверным повышением уровня фактора Виллебранда.

Литература:

1. Гомазков О.А. Эндотелий – «эндокринное дерево». // Природа. – 2000. - №5. – с. 338-346.
2. Vane J.R., Anggard E.E., Botting R.M. Regulatory function of the vascular endothelium. – N. Engl. J. Med. – 1990. – Vol. 323. – P. 27-36.
3. Затеищикова А.А., Затеищиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение. // Кардиология. – 1998. - №9. - С. 68-78.
4. Boneu B., Abbai M., Plante J., Bierme R. Factor VIII complex and endothelial damage. // Lancet. – 1975. – Vol. 30. – P. 325-333.
5. Reldy M.A., Chopek M., Chao S. et al. Injury induces increase of von Willebrand factor in rat endothelial cells // Amer. J. Pathology. – 1989. – Vol. 134, № 4. – P. 857-864.
6. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Маркеры активации эндотелия (тромбомодулин, антиген фактора Виллебранда и ангиотензинпревращающий фермент): клиническое значение. // Клиническая медицина. – 1998. – №11. – с. 4-10.
7. Jean-Baptiste Michel/ Nitric oxide and cardiovascular homeostasis. // Cardiovascular Res. – 1999/ - vol.43, №3. – p. 650-657.
8. Поливода С.Н., Черепок А.А. Фактор Виллебранда как маркер эндотелиальной дисфункции у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. // Украинский ревматологический

журнал. – 2000. - №1. – с. 13-17.

9. Запрягаева М.Е., Мач Э.С. Функциональное состояние эндотелия и его роль в патогенезе некоторых ревматических заболеваний. // Научно-практическая ревматология. – 2003. - №3. – с. 60-62.

10. Волков В.С., Высоцкий Н.Н., Троцюк В.В., Мишин В.И. Оценка состояния микроциркуляции методом конъюнктивальной биомикроскопии. // Клиническая медицина. 1976– №7. – с. 115– 118.

11. Ярошенко В.Т., Гапон А.И. Биомикроскопия в клинической практике // Врачебное дело. 1991. - №4. – с. 16 – 21.

12. Бенедиктов И.И., Сысов Д.А., Цаур Г.А. Основные методы исследования системы микроциркуляции. // Акушерство и гинекология. 1999. - №5. – с. 8 – 11.

13. Экологически зависимые болезни у детей (клиника, патоморфогенез, диагностика, лечение, реабилитация). Под ред. Мажитовой З.Х. – Алматы, 2007. – 400с.

14. Сарсенбаева С.С. Клиничко-патогенетические особенности хронического тубулоинтерстициального поражения почек у детей Приаралья. дисс. д.м.н. – Алматы, 2006. – 28с.

15. Орынбасарова К.К. Синдром соединительнотканной дисплазии у детей. // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2006. - №4. – с. 50-52.

Инновационные технологии в изучении состояния вегетативной нервной системы при артериальной гипертензии

Тулемисова Г. Е.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

УДК 612.143: 612.822.81

Артериалдық гипертония жағдайындағы вегетативтік жүйке жүйесін зерттеудегі инновациялық технологиялар

Соңғы жылдары жүрек-тамыр ауруларының дамуы мен вегетативтік жүйке жүйесінің арасында терең байланысы бар екендігі айтылған. Сондықтан да жүрек ырғағының өзгеруін зерттеу арқасында біз физиологиялық механизмдері, дәрілердің ықпалы, аурудың даму механизмдері туралы өзіміздің түсінігімізді арттырамыз. Егер де вегетативтік жүйке жүйесінің жағдайын жақсартсақ онда жүрек-тамыр ауруларының дамуы бәсеңдейді.

Последние два десятилетия свидетельствуют, что обнаружена тесная связь между активностью вегетативной нервной системы и заболеваниями сердечно-сосудистой системы (1-4). Экспериментальные доказательства связи между склонностью к летальным аритмиям и повышенной симпатической или сниженной вагусной активностью подтолкнуло к разработке методов количественной оценки активности вегетативной нервной системы (ВНС). Вариабельность сердечного ритма представляет один из наиболее обещающих показателей активности вегетативной нервной системы. Явная простота таких измерений способствовала популяризации их использования. Многие коммерческие приборы уже сейчас предоставляют возможность автоматического измерения variability сердечного ритма, но (5) оценка важности и значимости множества различных показателей variability сердечного ритма более сложна, чем обычно считалось. Одним из которых являются колебания временных интервалов между последовательными сокращениями сердца или колебаниями последовательных значений мгновенной частоты сердечных сокращений. Термин "variability сердечного ритма" стал общепринятым для описания, как вариаций мгновенной частоты сердеч-

Innovative technologies for studying of vegetative nervous system condition at arterial hypertension

In last years is found out closely relation between activity of a vegetative nervous system and cardiovascular diseases. Investigation of heart rhythm variability should be able to improve our comprehension about physiological mechanisms, drug actions and diseases mechanisms. Improving a vegetative nervous system should went to decrease cardiovascular events.

ных сокращений, так и длительности RR интервалов. Для описания колебаний последовательности кардиоциклов, в литературе используются и другие термины, например, variability длины цикла, variability RR и тахорамма RR интервалов, которые ближе отражают тот факт, что анализируются именно интервалы между сердечными сокращениями, а не частота сердечных сокращений в сек. Однако эти термины не получили такого широкого распространения, как variability сердечного ритма (BCP) (15).

Анализ variability сердечного ритма является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека и животных, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС. Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом многоконтурной и многоуровневой реакции системы регуляции кровообращением изменяющей во времени свои параметры для достижения оптимального для организма приспособительного ответа, которые интегральны по функции и усреднены по времени, отражают адаптационную реакцию целостного организма.

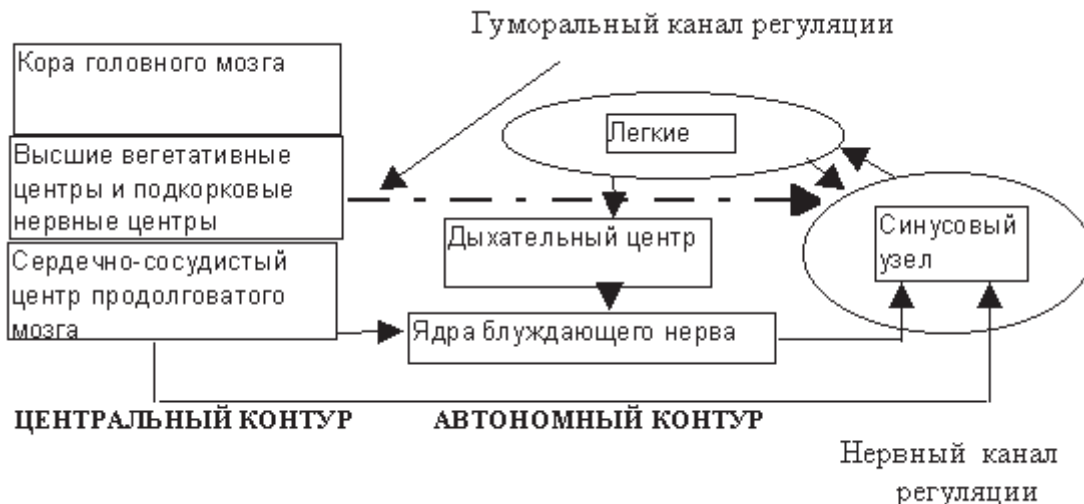


Рис. 1. Схема двухконтурной модели регуляции сердечного ритма

Адаптационные реакции индивидуальны и реализуются у разных лиц с различной степенью участия функциональных систем, которые обладают в свою очередь обратной связью изменяющейся во времени и имеющей переменную функциональную организацию [15].

Клиническое значение ВСП было впервые признано в 1965г., когда Хон и Ли [11] опубликовали, что “бедствию” предшествовали изменения интервалов между сердечными сокращениями, перед тем, как заметные изменения проявились в самой частоте сердечных сокращений (ЧСС). Двадцать лет назад Сайер и др. обратили внимание на существование ритмов, содержащихся в изменении ЧСС [7–10].

В течение 1970 г. Эвинг и др. [7,8] проанализировали различия RR интервалов в множестве кратковременных записей ЭКГ, чтобы выявить нейропатию вегетативной нервной системы у больных сахарным диабетом. Связь между высоким риском смерти после инфаркта и низкой вариабельностью сердечного ритма впервые была показана Вольфом и др. в 1977г. [10,11]. Аксельроди др. предложили использовать спектральный анализ флюктуаций сердечного ритма, чтобы количественно оценить управление сердечно-сосудистой системой [9]. Анализ частотных компонент вариабельности сердечного ритма внес существенный вклад в понимание влияния вегетативной нервной системы на флюктуации RR интервалов. Клиническое значение вариабельности сердечного ритма стало очевидно, когда в конце 1980г. было подтверждено, что ВСП является надежным и независимым показателем смертности после инфаркта миокарда [12,13].

Учитывая возможности новых цифровых, высокочастотных, многоканальных устройств для 24-часовой записи ЭКГ, измерение вариабельности сердечного ритма предоставляет дополнительные возможности по определению физиологического и патофизиологического состояния и повышает стратификацию рисков.[14,15].

Таким образом, многие оценки сильно коррелируют между собой, и для анализа ВСП во временной области рекомендуется использовать следующие 4 из них: SDNN (оценивает полную ВСП); треугольный индекс ВСП (оценивает полную ВСП); SDANN (оценивает долгопериодические компоненты ВСП) и RMSSD (оценивает короткопериодические компоненты ВСП). Рекомендованы две оценки полной ВСП, т.к. треугольный индекс дает только вероятностную предварительную оценку ЭКГ сигнала. Показатель RMSSD предпочтителен по сравнению с pNN50 и NN50, т.к. обладает лучшими статистическими свойствами.

Приведены варианты применения компьютерной диагностики функционального состояния обследу-

Временные методы измерения вариабельности сердечного ритма. Статистические измерения

Показатель	Ед. измер.	Описание
1	2	3
SDNN	ms	Standard deviation of all NN intervals (Среднее квадратичное отклонение всех RR интервалов ЭКГ)
SDANN	ms	Standard deviation of the averages of NN in all 5-minute segments of the entire recording. (Среднее квадратичное отклонение усредненных значений всех RR интервалов в 5-минутном отрезке записи).
RMSSD	ms	The square root of the mean of the sum of the squares of differences between adjacent NN intervals. (Квадратный корень суммы квадратов разниц между последовательными RR интервалами).
SDNN index	ms	Mean of the standard deviations of all adjacent for all 5-minute segments of the entire recording. (Значение стандартных отклонений всех RR интервалов в 5-минутном отрезке записи).
SDSD	ms	Standard deviation of differences between adjacent NN intervals. (Стандартное отклонение разниц между последовательными RR интервалами).
NN50 count		Number of pairs of adjacent NN intervals differing by more than 50 ms in the pairs or only pairs in which the first or the second interval is longer. (Количество пар последовательных RR интервалов, отличающихся более чем на 50 мс. или количество пар последовательных интервалов, в которых первый или второй интервал длиннее).
PNN50	%	NN50 count divided by the total number of all NN intervals. (Значение RR интервалов длительностью более 50 мс., деленное на общее число RR интервалов).

Геометрические измерения

Показатель	Ед. измер.	Описание
1	2	3
HRV triangular index		Total number of all NN intervals divided by the height of the histogram of all NN intervals measured on a discrete scale with bins of 7.8125 ms (1/128 seconds). (Общее число RR интервалов, распределенных, вершинами гистограммы всех RR интервалов на дискретной шкале с шагом 7.8125 мс.)
TINN	ms	Baseline width of the minimum square difference triangular interpolation of highest peak of the histogram of all NN intervals. (Минимальная длительность отрезка гистограммы RR интервалов, соответствующая основанию площади участка, связанного с наивысшей вершиной).
Differential index	ms	Difference between the widths of the histogram of differences between adjacent NN intervals measured at selected heights. (Разница между отрезками гистограммы, отражающими различия между смежными RR интервалами, измеренными в отобранных высотах.)

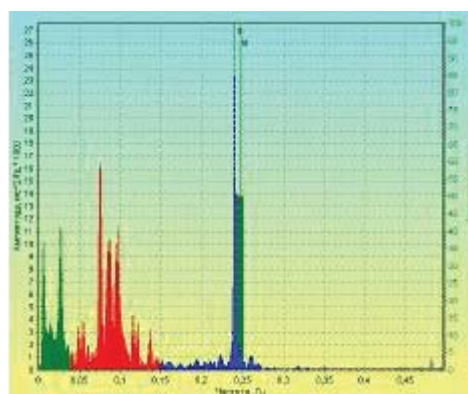


Рис 2. Спектрограмма и гистограмма ДДЦ практически здорового пациента. Показатели спектрального анализа ВРС (фоновая запись) (мс²/Гц): TP = 1692; VLF = 361; LF = 463; HF = 468; LF/HF = 1.7; ЧД = 15.6 3.3 в мин. (X ± SD).

емых, разработчиками программно-аппаратного комплекса «Омега – Динамика» (Смирнов К. Ю.): Медико-физиологическая интерпретация показателей спектрального анализа: Общая мощность спектра

нейрогуморальной модуляции и, следовательно, регуляторные возможности организма умеренно снижены. Состояние нейрогуморальной регуляции характеризуется низким уровнем вагальных, симпатических и церебральных эрготропных влияний в модуляции сердечного ритма. Баланс отделов ВНС: преобладание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

При оценке спектрограммы ВРС и гистограммы ДДЦ отмечается преобладание низкочастотного (LF) компонента, что отражает избыточную активацию симпатико-адреналовой системы. Низкие значения TP свидетельствуют о снижении текущего функционального состояния. Гистограмма ДДЦ амодального типа обусловлена нарушенным паттерном дыхания ("нервно дышит"). Подобное сочетание: снижение TP, увеличение отношения LF/HF, обусловленное относительным повышением спектральной мощности низкочастотного компонента сердечного ритма (избыточная активация церебральных эрготропных структур), изменения паттерна дыхания (амодальный тип гистограммы ДДЦ, кардиореспираторная десинхронизация) – наиболее характерные изменения при психоэмоциональных нарушениях. Практическое значение кросс-анализа ВРС – ВДДЦ в данной ситуации заключается в том, что позволяет определиться с тактикой лечения. В частности, с большой долей вероятности можно полагать, что артериальная гипертензия, выявленная у данного больного, обусловлена нарушениями регуляторных механизмов и, учитывая отсутствие поражения органов-мишеней и сопутствующих клинических состояний, не требует медикаментозной терапии. Очевидно, достаточно психотерапевтической коррекции, что впоследствии подтвердилось в ходе проведенной немедикаментозной терапии. При назначении лечебной физкультуры в данном случае особое внимание должно быть уделено постановке правильного паттерна дыхания (та или иная методика дыхательного тренинга).

В Воронежской медицинской академии под руководством Э.В. Минакова проводятся серьезные исследования по оценке эффективности применения методов анализа ВРС у больных с гипертонической болезнью и сахарным диабетом [3]. При нейропатии, связанной с сахарным диабетом, характеризуемой алтерацией малых нервных волокон, представляется, что снижение временных пара-

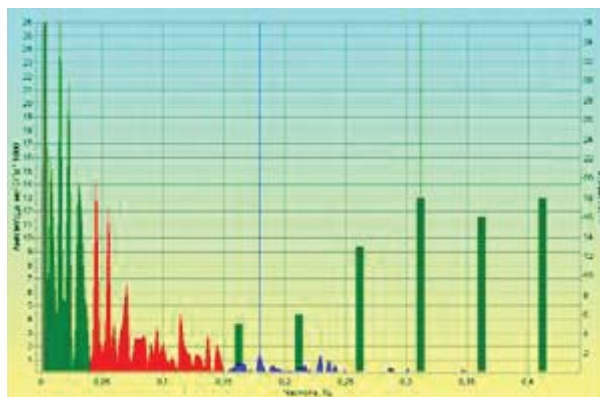


Рис. 3. Спектрограмма и гистограмма ДДЦ пациента А. Больной с артериальной гипертензией. Показатели спектрального анализа ВРС (фоновая запись) ($\text{мс}^2/\text{Гц}$): TP = 603; VLF = 314; LF = 246; HF = 43.4; LF/HF = 5.7. ДДЦ – длительность дыхательного цикла.

метров ВРС несет не только отрицательную прогностическую информацию, но также предшествует клиническому проявлению нейропатии. У больных диабетом без проявлений нейропатии также было обнаружено снижение абсолютной мощности LF и HF при контролируемых условиях. Однако, если рассматривалось отношение LF/HF или LF и HF анализировались в нормализованных единицах, то никаких существенных отличий от нормы не наблюдалось. Таким образом, начальные проявления такой нейропатии вероятно включает в себя обе эфферентные ветви ВНС.

Вариабельность сердечного ритма имеет значительный потенциал для понимания роли активности вегетативной нервной системы у нормальных здоровых людей и у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Исследование вариабельности сердечного ритма должно улучшить наше понимание физиологических механизмов, действия лекарств и механизмов заболеваний. Большие проспективные исследования необходимы, чтобы определить чувствительность, значимость и прогностическую ценность вариабельности сердечного ритма для идентификации лиц, подверженных рискам последующих заболеваний и смертельных событий.

Литература

1. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Анализ вариабельности ритма сердца. //Кардиология. 1996. №10. С. 87 – 97.
2. Вариабельность сердечного ритма. Теоретические аспекты и практическое применение. Тезисы международного симпозиума 12-14 сентября 1996 г. Ижевск. 1996. С.225.
3. Компьютерная электрокардиография на рубеже столетий. Международный симпозиум. Москва 27-30 апреля 1999 г. Тезисы докладов. М., 1999. С.320
4. Heart rate variability. Standatds of Measurement, Physiological interpretation and clinical use. //Circulation. 1996.V.93,P.1043-1065.
5. Флейшман А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Новосибирск. 1999. С.264.
6. Медленные колебательные процессы в организме человека: Теория и практическое применение в клинической медицине и профилактике. Сборник научных трудов симпозиума 27-29 мая 1997 г. Новокузнецк. 1997.С. 194.
7. Malik M., Camm A.J. Components of heart rate variability. What they really mean and what we really measure. //Am. J. Cardiol. 1993. V.72. P.821-822.
8. Pagani M., Lombardi F., Guzzetti S et. al. Power spectral analysis of heart rate and arterial pressure variability as a marker of supathovagal interaction in man and conscious dog. //Circ.Res. 1986. V.59. P. 178-193.
9. Akselrod S., Gordon D., Ubel F.A. et al. Power spectrum analysis of heart fluctuation: a quantitative probe of beat to beat cardiovascular

control. //Science, 1981.V.213. P.220-222.

10. Pomeranz M.,Macaulay R.J.B., Caudill M.A. Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis. //Am. J. Physiol. 1985.V.246. P.151-153.
11. Malliani A., Lombardi F., Pagani M. Power spectral analysis of heart rate variability: atool to explore neural regulatory mechanisms. //Br. heart J.. 1994. V.71. P.1-2.
12. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина. 1997. С. 265.
13. Баевский Р.М., Семенов Ю.Н., Черникова А.Г. Анализ вариабельности сердечного ритма с помощью комплекса "Варикард" и проблема распознавания функциональных состояний. Хронобиологические аспекты артериальной гипертензии в практике врачебно-летней экспертизы. М.. 2000.С. 167 – 178.
14. Институт медико-биологических проблем Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Научно-исследовательская лаборатория «Динамика» «Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения» (методические рекомендации) Санкт-Петербург 2002 г.
15. Вариабельность сердечного ритма. Стандарты измерения, физиологическая интерпретация и клиническое использование. Группа экспертов Европейской ассоциации кардиологии и Северо-Американской ассоциации ритмологии и электрофизиологии. European Heart Journal, Mar. 1996, vol. 17, p. 354-381

Распространенность артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа с сопутствующим ожирением

Казымов М.С.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Я. Мудрого, Россия

Проведено статистическое исследование половозрастных особенностей распространенности АГ различных степеней и ИСАГ среди больных СД 2 типа, страдающих различной степенью ожирения. Выявлено, что при наличии СД 2 типа в старших возрастных группах независимо от пола наибольшую распространенность имеет умеренная и тяжелая форма АГ и ИСАГ, приобретающие прогностическое значение.

Ключевые слова: распространенность АГ, сахарный диабет 2 типа, ожирение.

Артериальная гипертензия (АГ) встречается при сахарном диабете (СД) 2 типа в 1,5–2 раза чаще, чем в общей популяции, и является причиной смерти более чем 50% этих больных [1]. Избыточный вес тесно связан с развитием АГ, ишемической болезни сердца (ИБС), мозгового инсульта (МИ), СД 2 типа [2]. Ожирение и АГ являются доминирующими компонентами метаболического синдрома [3], при котором риск развития ИБС выше со здоровыми лицами в 3–4 раза, МИ в 2 раза, СД в 3 раза [4,5]. У 80% мужчин и 61% женщин, включенных во Фраммингемское исследование, причиной развития АГ стала избыточная масса тела [6]. По данным проспективного исследования, прибавка массы тела на 5 кг увеличивает риск развития СД – на 27% [7].

Целью

нашего исследования явилось изучение половозрастных особенностей распространенности артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением различной степени.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования послужили 6177 больных СД 2 типа (1345 мужчин, 4832 женщины), состоящих на учете в Новгородском областном регистре больных сахарным диабетом за 2006 год. В изучение были включены только больные, прошедшие верификацию диагноза с полностью заполненными графами регистра. В процессе непараметрического многофакторного анализа учитывались только данные, имеющие статистическую достоверность. Критериями АГ явилась классификация ВОЗ – ВНОК (1999), критериями ожирения – классификация ожирения по величине индекса массы тела в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1997). Возрастной состав населения с учетом гендерных различий был распределен на декады соответствующих Европейской классификации возрастов.

Результаты исследования

Как показало наше статистическое исследование, распространенность АГ имеет отчетливо выраженные возрастные особенности. Так, среди больных СД 2 типа

Statistical research sexual maturity features of prevalence AG of various degrees and ISAG among patients SD 2 types, suffering is carried out by a various degree of adiposity. It is revealed, that at presence SD 2 types in the senior age groups irrespective of a floor the greatest prevalence moderate and heavy form AG and ISAG, getting prognostic has value.

Key words: prevalence of various types AH, sugar diabetics 2 types, adiposity.

независимо от пола с ожирением I степени (рис. 1 и 2) в возрастной группе 20–29, 30–39 лет артериальная гипертензия регистрировалась лишь по показателю мягкой АГ и изолированной систолической АГ (ИСАГ) в возрасте 30–39 лет. Доля в данных возрастных группах была незначительна и не превышала величину статистической ошибки. Основные проявления АГ приходятся на возрастную группу 40–49 лет, причем более выражено в мужской субпопуляции, где доля лиц с АГ различной степени колеблется от 3,9 до 13,1% у мужчин и 1,5–4,5% у женщин. В данной возрастной группе регистрируются

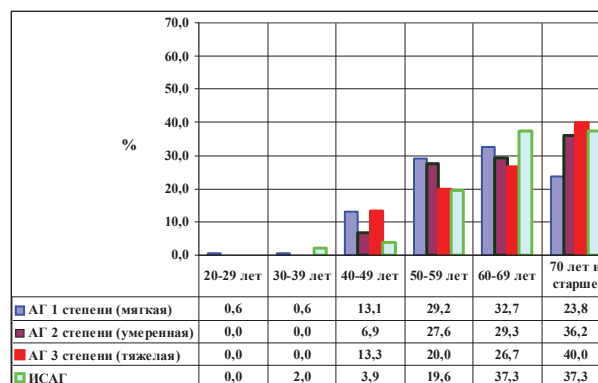


Рис. 1. Возрастные особенности распространенности АГ среди мужчин, больных СД 2 типа, с ожирением 1 степени

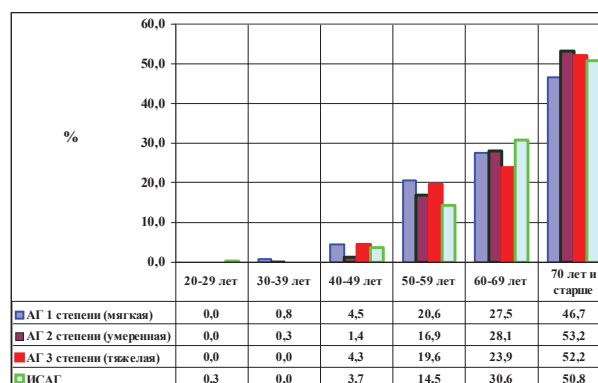


Рис. 2. Возрастные особенности распространенности АГ среди женщин, больных СД 2 типа, с ожирением 1 степени

все основные формы АГ.

В возрастной группе 50–59 лет у мужчин доля АГ увеличилась практически в 2 раза, среди женщин в 4–5 раз и достигла показателя 20–29% среди мужчин и 15–20% среди женщин. Можно отметить значительное нарастание умеренной АГ. В возрастной группе 60–69 лет общая тенденция распространенности АГ не имеет гендерных особенностей и составляет в среднем более 30%, а в возрасте 70 лет и старше, отмечено значительное превышение распространенности всех форм АГ среди женской субпопуляции.

При рассмотрении группы мужчин, больных СД 2 типа, с ожирением II степени (рис. 3 и 4) выявлено, что мягкая АГ регистрировалась лишь начиная с возрастной группы 30–39 лет (в пределах 3%), достигая своего максимума в возрастной группе 50–59 лет (32,9%). Среди женщин максимум приходится на старшие возрастные группы, достигая параметров 27–35%. Умеренная АГ среди мужчин достигает максимума в возрастной группе 60–69 лет (в пределах 60%) и среди женщин в возрастной группе 70 лет и старше (в пределах 40%). Тяжелая АГ среди мужчин регистрировалась только в возрастных группах 50–59 лет и 60–69 лет и среди женщин в старших возрастных группах. Тем самым гендерные различия имеют наиболее отчетливо выраженную значимость именно в данной форме АГ. Параллельно с тяжелой формой АГ находится динамика распространенности ИСАГ с более выраженной тенденцией к омоложению.

Особое внимание заслуживает группа больных с ожирением III степени (рис. 5 и 6) в которой наибольший удельный вес занимает тяжелая АГ и ИСАГ, особенно в группе 50–59 лет среди мужчин. Причем тяжелая АГ в возрастной группе 70 лет и старше вообще отсутствует в связи с не дожитием больных к данной возрастной группе. Среди женской субпопуляции АГ имеет равное долевое представление за исключением тяжелой АГ в возрастной группе 70 лет и старше, имеющее двукратное превышение показателя по отношению к другим формам. Аналогичная картина наблюдается и в возрастной группе 50–59 лет при оценке ИСАГ.

Таким образом, представленные данные указывают, что при наличии СД 2 типа в старших возрастных группах независимо от пола, наибольшую распространенность имеет умеренная и тяжелая АГ, и ИСАГ. Отмечена значительная зависимость различных форм АГ от степени ожирения при учете половой дифференциации.

Литература

1. Аметов А.С., Демидова Т.Ю. Инсулиннезависимый сахарный диабет и артериальная гипертензия: проблемы контроля. РМЖ 1997; 9: 583-586.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. М: МИА; 2004.
3. Мамедов М.Н. Метаболический синдром – больше, чем сочетание факторов риска: принципы диагностики и лечения. М: 2006.
4. Lakka H.M., Laaksonen D.E., Lakka T.A. et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. JAMA 2002; 288 (21): 2709-16.
5. McNeill A., Rosamond W., Girman C. et al. The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Diabetes Care. 2005; 28 (2): 385-389.
6. Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P. et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: cohort study. Lancet 2001; 358: 1682-1686.
7. Ford E., Williamson D., Liu S. Weight change and diabetes incidence findings from a national cohort of US adults. Am. J. Epidemiol. 1997; 146: 214-222.

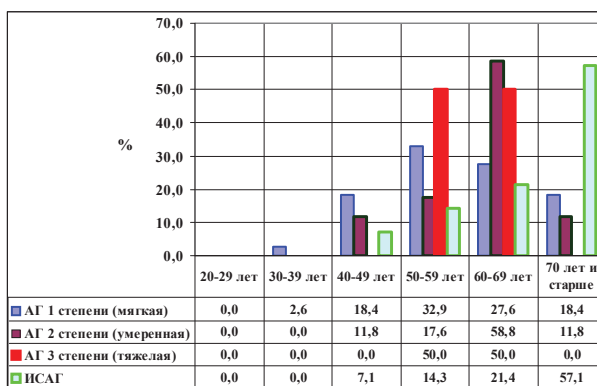


Рис. 3. Возрастные особенности распространенности АГ среди мужчин, больных СД 2 типа, с ожирением 2 степени

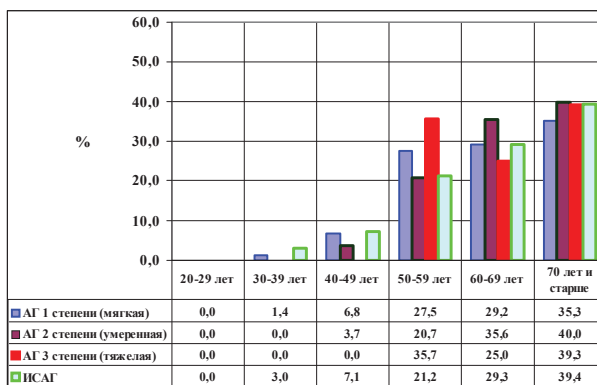


Рис. 4. Возрастные особенности распространенности АГ среди женщин, больных СД 2 типа, с ожирением 2 степени

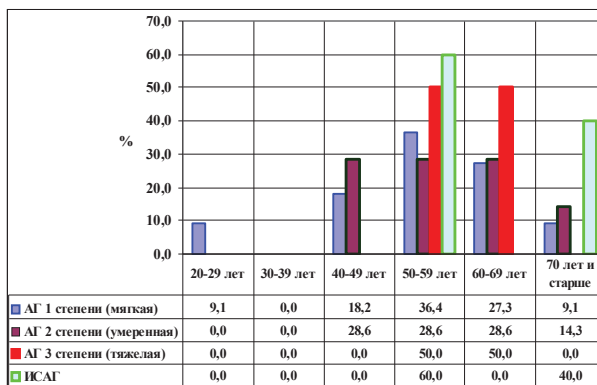


Рис. 5. Возрастные особенности распространенности АГ среди мужчин, больных СД 2 типа, с ожирением 3 степени

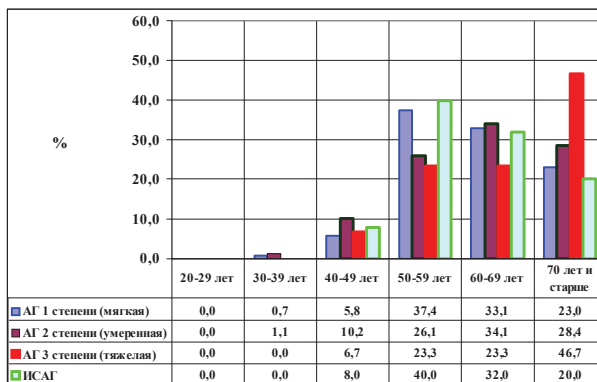


Рис. 6. Возрастные особенности распространенности АГ среди женщин, больных СД 2 типа, с ожирением 3 степени

Регуляция апоптоза при атеросклерозе

Ахсан Али

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Атеросклероз кезіндегі апоптозды реттеу

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі кардиология және ішкі аурулар институты, Алматы қаласы.

Ахсан Али

Мақалада жүрек патология барысында апоптоз феномені қарастырылды. Зерттеу нәтижелері атеросклероздалынған тордық элементтер апоптоздық өліміне айналатынын айқындайды.

Концепция запрограммированной клеточной гибели или апоптоза как генетически высокорегулируемого процесса была сразу же принята биологами, вероятно, потому, что уже заранее ими было осознано существование „ниши“ в судьбе клетки, которая очень удачно оказалась заполненной апоптозом. Апоптоз это генетически запрограммированный процесс умирания клетки, с помощью которого клетки прекращают свое существование при различных физиологических и патологических процессах [1, 2].

Программируемая клеточная гибель впервые был описана J Kerr и его сотрудниками в 1972г [3]. Этот процесс представляет собой механизм клеточной гибели, который регулирует клеточную массу. Разновидности апоптоза, запускаемые действием различных факторов, могут существенно отличаться по начальным механизмам, однако, ключевые этапы развития процесса осуществляются по единому механизму и имеют одинаковые морфологические проявления [1]. Известно, что для апоптоза характерно уменьшение объема апоптотирующей клетки, конденсация и фрагментация хроматина с формированием апоптотирующих телец, изменения мембраны апоптотирующей клетки и сопряженность апоптоза с активным белковым синтезом [4]. Выбор направления сигнализации в сторону апоптоза в большой степени зависит от экспрессии гена P53 [5]. Этот ген располагается на коротком плече 13 хромосомы человека, кодирует образование ядерного белка, состоящего из 393 аминокислот, с молекулярной массой 53 кД [6, 7, 8].

К генам, блокирующим развитие апоптоза, относят семейство генов Bcl-2 [3,9]. Продукт гена Bcl-2 локализуется главным образом на наружной мембране митохондрий [10]. При исследовании выяснилось, что экспрессия этого белка обнаружена в тех клетках, которые устойчивы к апоптозу [9]. В настоящее время клонировано 16 генов, составляющих эту семью [7]. Белки, производные этих генов, объединяет сходный морфологический состав. Вместе с тем, такие члены семейства, как Bcl-2, Bcl-Xl, Mcl-1, A1 (Bfl-1), Bcl-W, BRAG-1 оказывают антиапоптотическое действие, остальные 10 членов семьи (Bcl-Xs, BAD, BIK, BIM, HRK, BID, BLK) вызывают апоптоз клеток [11]. Однако полностью механизмы антиапоптотического действия еще не установлены. Предполагается, что Bcl-2 опосредованное действие связано с антиоксидантной активностью белка и с предотвращением образования липидных перекисей, участвующих в запуске апоптоза [11].

Важными регуляторами апоптоза являются цитокины [12]. Эффект цитокинов неоднозначен: они могут выступать как в роли индукторов, так и в роли ингибиторов апоптоза. Это зависит от функционального состояния клетки.

Regulation of apoptosis in atherosclerosis

Ahsan Ali

Scientific Research Institute of Cardiology & Internal Diseases. Almaty, Republic of Kazakhstan.

In studying, phenomenon of apoptosis in cardiovascular pathology, it is known that all cellular elements of atherosclerotic plaque could cause apoptotic death. Morphological signs of apoptosis are found as a result of hypoxia, acidic stress, and reperfusion during myocardial ischemia, post infarctional changes & during cardiac insufficiency.

Специализированным рецептором сигналов к индукции апоптоза является мембранная молекула Fas (CD95+), которая принадлежит к семейству рецепторов для факторов некроза опухоли. Естественным лигандом для Fas рецептора служит лиганд Fas L, также экспрессирующийся частью клеток под влиянием различными факторами среды [13].

Непосредственной причиной гибели клеток при апоптозе служит истощение пула АТФ, являющееся следствием активации поли (АДФ рибоза) полимеразы в ответ на повреждение ДНК [10].

Одним из ключевых моментов реализации программы апоптоза клеток считают активацию каспаз, ферментов из класса цистеиновых протеаз. К настоящему времени идентифицировано 14 видов каспаз. Эти ферменты расщепляют белки в местах расположения аспарагиновых остатков, что является характерным для апоптоза [11].

Анализируя проблему апоптоза не просто как молекулярный механизм, а как биологическое явление, представляется целесообразным рассмотреть апоптоз как возникший в процессе эволюции один из механизмов реакции организма на различные повреждающие воздействия. Поэтому апоптоз как биологический процесс стал предметом интенсивных исследований как отдельных клеток и тканей, так и организма в целом. В настоящем обзоре рассмотрим феномен апоптоза при атеросклерозе.

В настоящее время интенсивно исследуются процессы запрограммированной клеточной гибели в патогенезе формирования коронарного атеросклероза [14]. Данная патология характеризуется утолщением интимы сосудов вследствие образования атеросклеротических бляшек, разрастаний клеточной массы, отложений липидов и соединительно-тканых элементов [15]. Как следствие возникает сужение просвета сосуда, что может привести к сердечно-сосудистым заболеваниям. Установлено, что все клеточные элементы атеросклеротических бляшек могут подвергаться апоптотической гибели, следовательно, апоптоз может предотвращать разрастание атеросклеротических бляшек [16].

Морфологические признаки апоптоза обнаружены как в сосудах, так и в самом миокарде в ответ на воздействие гипоксии, окислительного стресса, реперфузии при ишемии миокарда, постинфарктных изменениях и при развитии сердечной недостаточности [16].

С помощью сочетания иммуногистохимического метода идентификации морфологической принадлежности клеток и специфических тестов на фрагментацию ДНК был обнаружен очень высокий процент апоптотических клеток в атеросклеротических бляшках человека. В областях бляшек, обогащенных макрофагами, апоптотический индекс

колебался от 10 до 40%. Гладкомышечные клетки подвергались программированной гибели в 10–15 % [17, 18].

Установлено, что продукты проапоптотических генов такие как Fas–лиганд и рецептор Fas, члены семейства каспаз, опухолевый супрессор p53, гены семейства bcl-2, транскрипционный фактор c-Myc не только присутствуют в клетках сосудов, но и могут участвовать в регуляции апоптоза этих клеток при развитии атеросклероза [18, 19]. Причем может наблюдаться как ингибирование апоптоза, способствующее увеличению количества клеток в бляшках, так и активация этого процесса, что уменьшает долю клеточного компонента,

имеющего значение для сохранения целостности бляшек.

Одним словом, апоптоз является процессом, обеспечивающим клеточный гомеостаз в сосудистой стенке. Следует признать, что при развитии атеросклероза возможна как ингибция, так и индукция процесса, что зависит от стадии процесса. В связи с этими новыми данными, которые подтверждают наличие нарушений процесса запрограммированной гибели клеток сосудистой стенки, вероятно, в будущем будут найдены дополнительные терапевтические подходы при лечении атеросклероза.

Работа была поддержана грантом АО «Инновационный фонд» Республики Казахстан.

Литература.

1. Швембергер И.Н., Гинкул Л.Б. Апоптоз: Роль в нормальном онтогенезе и патологии. Вопросы онкологии.- 2002; 48 (6): 153-158.
2. Белушкина Н.Н., Северин С.Е. Молекулярные основы патологии апоптоза. Архив патологии.- 2000; 1: 51-59.
3. Kerr Y.E.R., Wyllie A.H., Currie A.R. Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics. Brit. J. Cancer.- 1972 ;26 : 239-257.
4. Wyllie A.H., Kerr J.F.R., Currie A.R. Cell death : the significance of apoptosis. Int. Rev. Cytol.- 1980; 68: 25-34.
5. Finlay C., Hinds P., Levine A. The p 53 protooncogene can act as a suppressor of transformation. Ibid.- 1998; 57:1083-1093.
6. Hansen R., Oren M. P53; from inductive signal to cellular effect. Curr. Opin. Genet.-1997; 7:46-51.
7. Райхлин Н.Т., Райхлин А.Р. Регуляция и проявления апоптоза в физиологических условиях и опухолях. Вопросы онкологии.- 2002; 48(2): 159-171.
8. Raiklin N.T. Effect of p53 expression on growth rate of tumor cells. Path.Int.- 1996; 46 (1): 569.
9. Kroemer G. The proto-oncogene Bcl-2 and its role in regulating apoptosis. Nature Med.- 1997; 3:614.
10. Waterhouse N., Green D. Mitochondria and apoptosis. J. Clin.

Immunol. -1999; 19: 378-386.

11. Владимирская Е.Б. Механизмы апоптотической смерти клеток. Гематология и трансфузиология.- 2002; 47(2): 35-40.
12. Потапнев М.П. Апоптоз клеток иммунной системы и его регуляция цитокинами. Иммунология.- 2002; 4: 237-243.
13. Hug H. Fas-mediated apoptosis in tumor formation and defense. Biol. Chem.-1997; 378: 1405-1412.
14. Apoptosis in cardiac biology. Schunkert H., Riegger G.A., eds-Boston: Kluwer Acad. Publ.- 1999.-368 p.
15. Климов А.Н., Никульчева Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз. С-Пб; 1995-304с.
16. Багмет А.Д. Ремоделирование сосудов и апоптоз в норме и при патологии. Кардиология.- 2002; 3:83-85.
17. Han D.K.M., Haudenschild C.C., Hong U.K. et.al. Evidence for apoptosis in human atherogenesis and in a rat vascular injury model. Am. J. Pathol.-1995;147 (2): 251-266.
18. Geng Y.J., Ubbly P. Evidence for apoptosis in advanced human atheroma. Colocalization with interleukin-1 β -converting enzyme. Am. J. Pathol.- 1995; 147 (2): 251-266.
19. Bennett M.R., Evan G.L., Newby A.C. Deregulated expression of the c-myc oncogene abolishes inhibition of proliferation of rat vascular smooth muscle cells by serum reduction, interferon, heparin, and cyclic nucleotide analogues and induces apoptosis. Circ. Res.-1994; 74: 525-536.

Изменения в системе гемопоэза в отдаленные сроки после фетальной коррекции печеночной недостаточности

Доскалиев Ж.А., Рахимбекова Г.А., Туганбекова С.К.
Национальный научный медицинский центр
Астана, Казахстан
УДК 616-07:616.115.5

Бауыр шамасыздығы кезінде гемопоэз жүйесінің фетальді емдеуден кейін ұзартылған мерзімдегі өзгерістері
Доскалиев Ж.А., Рахимбекова Г.А., Туганбекова С.К.

Бұл жұмысты жүргізгендегі негізгі мақсатымыз, фетальді терапияның (ФТ) бауыр шамасыздығы (БШ) бар науқастардың гемопоэз жүйесіне ұзартылған нәтижелерін функционалдық және морфологиялық бағалау болып табылды.

Дәстүрлі ем қабылдап жатқан бауыр шамасыздығы бар 30 және фетальді терапиядан і жылдан кейінгі 25 науқасқа стеральді пункция жасалып, сүйек миының пунктатын морфологиялық санақ жүргізілді.

Зерттеу нәтижесінде бауыр шамасыздығы бар науқастарға ФТ кейін сүйек миының қызыл және ақ өсіндісінің, әсіресе мегакариоцитарлық өсіндінің жетілуі индексінің өзгеруі анықталды. Ал дәстүрлі терапия кезінде бұл өзгерістер болмайды, науқастарда сүйек миының гипоплазиясының клиникалық және лабораториялық белгілері сақталады.

Long-Term Changes of haemopoiesis system in Patients with Hepatic failure after Fetal Correction

Doskaliev Z.A., Rakhimbekova G.A., Tuganbekova S.K.

The primery aim was the functional and morphological estimation of long-term results of influence fetal therapy (FT) on haemopoiesis in patients with hepatic failure.

Sierna aspiration with morphological evalution of bone marrow aspirate was made in 30 patieents with hepatic failure, this group included patients received traditional therapy and 25 patients in 3 years after FT.

As a result of research we can see that maturation indexes of bone marrow red and white growths changed in patients with hepatic failure after FT and especially authentic changes of maturation index megakaryocytic growth with authentically good dynamics. At the same time we can see that this phenomena doesn't take place in patients received traditional therapy, and they have laboratory and clinical sings of hypoplasia of bone marrow.

По данным ВОЗ, смертность от печеночной недостаточности занимает пятое место в мире. При далеко зашедших диффузных поражениях печени с исходом в гепатоцеребральную недостаточность смертность при применении традиционных методов лечения практически не снижается, колеблясь между 50 и 90% [1,2].

Одним из достижений мировой медицины является разработка методов трансплантации органов. Однако пересадка печени является радикальным и дорогим методом лечения, с проблемой трудоемкости и высокой стоимости операций по пересадке органов, со сложностями в подборе донора, риска иммунного отторжения трансплантатов.

На данном этапе клеточная терапия позволяет решить многие проблемы, отпадает необходимость в хирургическом вмешательстве, нет необходимости в проведении иммуносупрессивной терапии [3,4,5].

Мы приняли за основу предположение, что фетальные клетки могут оказаться более перспективным материалом в решении проблемы компенсации печеночной недостаточности. В пользу этого свидетельствуют факты, подтверждающие, что фетальные клетки имеют слабо экспрессированные комплексы главных антигенов гистосовместимости и что фетальные ткани содержат в основном стволовые клетки, наделенные мощным потенциалом пролиферации и ростовые факторы, способные стимулировать регенерацию тканей [6,7,8].

Основной задачей, которая стояла перед нами при проведении данной работы, являлась функциональная и морфологическая оценка отдаленных результатов фетальной терапии (ФТ) на состоянии гемопоэза у больных с печеночной недостаточностью (ПН).

В настоящей работе представлены показатели, характеризующие работу костного мозга у больных ПН в отдаленные сроки после ФТ.

Материал и методы исследования

Стеральная пункция с морфологическим подсчетом пунктата костного мозга проведена 25 больным с ПН после фетальной терапии через 3 года и 30 больным на традиционной терапии (ТТ).

По половому признаку больные после ФТ распределились следующим образом: мужчин 17 (56,7%), женщин 13 (43,3%). Средний возраст составил 41,6±11,5 лет.

Группа сравнения (на ТТ) распределилась следующим образом: мужчин 15 (60,0%), женщин 10 (40,0%). Средний возраст составил 43,8±13,1 лет.

Контрольная группа практически здоровые лица, которым проводилась стеральная пункция с диагностической целью – 30 человек.

Результаты и обсуждение

У больных определяли индексы созревания костномозгового созревания на традиционной терапии и после ФТ через 3 года.

Как видно из таблицы 1, лейкобластический индекс у больных с ПН через 3 года на ТТ снизился в 1,4 раза, а через 3 года после ФТ показатель нормализовался.

Индекс созревания нейтрофилов (ИСН) после ТТ снизился в 3 раза, что проявилось лейкопенией на периферии. После ФТ ИСН стал выше в 6,8 раза, чем на ТТ, что говорит о хорошем созревании белого ростка у больных с печеночной недостаточностью после ФТ, а также об отсутствии эффекта от традиционной терапии. Индекс созревания эритробластов (ИСЭ) после ТТ через 3 года остался таким же, как до лечения. После ФТ к 3 году ИСЭ повысился в 1,3 раза выше, чем на ТТ и в 6,3 раза выше по сравнению с показателем до лечения, что говорит о раздражении эритроидного ростка кост-

Таблица 1 – Динамика изменений костномозговых индексов созревания на традиционной терапии и после фетальной терапии через 3 года

Индексы созревания	Контроль. группа n=30	Показатели на терапии через 3 года	
		после ТТ (n=30)	после ФТ (n=25)
лейкобластический	2,2	1,6*	2,1λ
нейтрофилов	0,6	0,18*	1,22* λ
эритробластический	0,8	0,7	0,91
мегакариоцитарный	2,1	1,43*	1,91

Примечание: * - достоверность в сравнении с показателями в контрольной группе; λ - достоверность в сравнении с показателями на традиционной терапии (p<0,001)

ного мозга после трансплантации фетальных клеток.

Индекс созревания мегакариоцитов (ИСМ) после ТТ через 3 года повысился в 1,3 раза, по сравнению с показателем до лечения. После ФТ через 3 года этот показатель остается выше, чем до лечения в 1,7 раза и в 1,3 раза выше, чем после ТТ.

Таким образом, мы видим, что у больных с печеночной недостаточностью после ФТ меняются индексы созревания красного и белого ростков костного мозга и особенно достоверно, меняется индекс созревания мегакариоцитарного ростка, имея достоверно положительную динамику, в то время, как при традиционной терапии этого не происходит и у больных сохраняется лабораторно и клинически явления гипоплазии костного мозга.

Таблица 2 – Мегакариоцитограмма до и после фетальной терапии через 3 года (n=25)

Стат. показатели	Формы мегакариоцитов					
	мегакариобласт		промегакариоцит		мегакариоцит	
	до	после	до	после	до	после
М (среднее)	5,3	5,7	55,9	13,3	38,8	81,0
Колебания	4,0-7,0	3-6	34,0-40,0	8-10	44,0-68,0	65-72
±	0,17	0,28	10,26	2,37	5,46	11,58
P (достоверн.)	>0,05		<0,001		<0,001	

Литература

1. Особенности восстановления гемопоэза у больных после трансплантации костного мозга /Афанасьев Б.В., Зубаровская Л.С., Михайлова Н.Б., Фрегатова Л.М. //Пробл. Гематологии и переливания крови. – 2002. - №3. – С. 49.
2. Matunis M.J., Wu J.A., Blodel G. Sumo-1 modification and its role in targeting the Ran GTPase-activation, to the nuclear pore complex //I. Cell. Biol. – 1998. – Vol. 140. - P.499-509.
3. Shmji Tomitta M.D., Ren-Ke Li M.D. Autologous Transplantation of Bone Marrow Cells Improves Damaged Heart Function //Circulation. - 1999/- Vol.22.-P.9.
4. Scott J.P., Dennis C., Mullins P. Heart-lung Transplantation for endstage respiratory disease in cystic fibrosis patients //In: I.Roy.Soc. Med. – 1993.- Vol.86. – P.19-22.

Из таблицы 2 видно, что среди клеток мегакариоцитарного ряда до ФТ незрелые и нефункционирующие формы были представлены небольшим количеством мегакариобластов (в среднем 5,3%), значительным количеством промегакариоцитов (55,9%). Зрелые формы представлены мегакариоцитами (МКЦ) всего около 38,8%.

После ФТ мегакариоцитарный росток представлен преимущественно зрелыми клетками. Функционально незрелые, нефункционирующие формы были представлены небольшим количеством мегакариобластов – в среднем 5,7% и незначительным количеством промегакариоцитов (13,3%).

Функциональная активность мегакариоцитарного роста после ФТ через 3 года представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Функциональная активность мегакариоцитов до и после фетальной терапии (n=25)

Показатели (%)	МКЦ с азурофильной зернистостью		МКЦ с отшнуровкой тромбоцитов	
	до	после	до	после
М	60,2	30,6	39,8	66,4
Колебание	56,3-63,6	27,9-33,4	36,4-43,7	65,8-70,3
±	0,8	0,7	0,8	0,8
p	<0,001		<0,001	

Изучение функциональной активности МКЦ показало, что до ФТ МКЦ с азурофильной зернистостью, но без отшнуровки тромбоцитов составили в среднем – 60,2%, функционирующие МКЦ с отшнуровкой тромбоцитов составили 39,8%, а после трансплантации соответственно 30,6% и 66,4%, что говорит о хорошем созревании костного мозга, об улучшении функциональных качеств мегакариоцитов после ФТ.

Таким образом, наши исследования показали, что через 3 года после ФТ сохраняются признаки ремиссии заболевания и компенсации показателей гемопоэза.

Фетальная терапия является клинически значимым и весьма перспективным методом компенсации печеночной недостаточности и есть необходимость продолжать исследования в этом направлении, выявить 5-летнюю, 10-летнюю выживаемость больных после проведенной трансплантации фетальных клеток.

5. Murphy I.B. The effect of adult chicken organ grafts on the chick embryo //I. Exp. Medicine. - 1999. -Vol. 24. – P.1-5.
6. Cell and Tissue Transplantation into the Adult Brain //Ann.N.Y.Acat. Sci. – 1997. – Vol. 495. –P.360.
7. Онищенко Н.А., Базиева Ф.Х., Первакова Э.И. К механизму восстановления функций пораженной печени с помощью устройств биоискусственной поддержки печени //Трансплантология и искусственные органы. – М., 1997.- №4. – С.86-91.
8. Применение криоконсервированных гепатоцитов в комплексе с фрагментами ткани селезенки и тимуса для лечения печеночной недостаточности /Онищенко Н.А., Данилов М.А., Оржеховская И.Г., Тоцаков В.Ю. и др. /Тезисы докладов XI Всесоюзной научной конференции по трансплантации печени, почки и др. органов. – Львов, 1990. – С.100-101.

Трансфер фактор биопрепаратын бронхиальды демікпе ауруы кезінде қолдану

Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты

Б.М. Тажиметов

УДК: 616.248: 616.34-08

Применение биопрепарата трансфер фактор у больных бронхиальной астмой.

Б.М. Тажиметов.

В статье изложены результаты изучения иммунной системы у больных бронхиальной астмой после применения биопрепарата трансфер фактор. Полученные результаты свидетельствуют о иммуномодулирующем действии этого биопрепарата.

Application of a biopreparation Transfer Factor at the patients asthma.

B.M. Tazhimetov.

In clause the results of study immunity of system at the patients asthma after application of a biopreparation Transfer Factor are stated. The received results testify about improvement of immunity action of this biopreparation.

Соңғы жылдары бронхиальды демікпемен ауырғандар саны 2-2,5 есеге өсті [1,2], ал өлгендер саны жыл сайын артып келеді. АҚШ та бұл аурудан жыл сайын 5000 адам өлсе. Ұлыбританияда өлгендер саны 1600 адамға жеткен [3,4].

Жаңа буынды симпатомиметиктер мен ингаляциялық глюкокортикоидтарды қолдану арқылы, бронхиальды демікпені дәрілік емдеудегі соңғы жылдардағы жетістіктерге қарамастан [5], науқастардың дәрілік заттарға сезімталдығы мен олардың организмге қосалқы әсері әлі толық шешілмеген. Аурудың алдын алу және емдеу үшін жұмсалатын шығын, денсаулық сақтау саласында фармакологиялық және экономикалық тұрғыдағы маңызды проблемаларға жатады [6]. Осыған байланысты организмнің меншікті қорғаныс күштерін және оның функциональді қорының белсенділігін арттыру үшін, дәрілік емес тәсілмен емдеудің маңыздылығы жыл сайын артып келеді. Осыған орай, иммунды жүйені реттеуші қасиеті бар, тағамдық биологиялық белсенді қоспа – трансфер фактор зерттелді. Бұл пептидті молекулалар қанның ақ түйіршектерінен алынады және цитокиндер тобына жатады. Бұрын биопрепарат қан лейкоциттерінен (лейкоциттер диализатының экстрактісі) алынып, науқастардың иммунды тапшылық кезеңдерінде инъекция ретінде қолданылған. Соңынан бұл молекулалар сүт уызында, тауық жұмыртқасының сары уызында табылған. Ана өзінің иммунды тәжірибесін ұрпағына осы тәсілмен береді.

Биопрепарат АҚШ-та, 4Life Research фирмасымен, сиыр сүтінің уызынан өндіріледі. Енді оны пероральді түрде қолдануға болады, олар ас қорыту жүйесінде

жойылмайды, қауіпсіз [7,8].

Жұмыстың мақсаты - бронхиальды демікпесімен ауырған науқастардың иммунды реактивтілігіне биопрепарат трансфер фактордың әсерін зерттеу.

Зерттеу материалдары

Бронхиальды демікпенің қозу кезеңі кезінде ем қабылдаған 24 пен 68 жас аралығындағы 12 ер кісі мен 18 әйел науқастар емдеу тәсіліне қарай 2 топқа бөлінді. Бірінші топ әдеттегі медициналық терапияны қабылдады; қабынуға қарсы ем (ингаляциялық және жүйелік глюкокортикоидтар), бронхолитикалық препараттар (метилксантиндер, β-адреномиметиктер, холиноблокаторлар) және антибактериальды дәрілер.

Екінші топ әдеттегі медициналық терапиямен бірге биопрепарат трансфер факторды қабылдады. Науқастар бұл препаратты стационарлық емделу кезінде 20 күн бойы, тәулігіне 1 капсуладан 3 рет қабылдады. Трансфер фактор науқастың негізгі ауруының ауырлық дәрежесіне қарамай, барлығына берілді. Иммунды жүйені тексеру үшін анализдер 2 рет, яғни науқас ауруханаға түскен соң, және емделіп шығар алдында алынды.

Зерттеу қорытындысы

Бақылау тобы мен әдеттегі медициналық терапияны және Бронхиальды демікпе ауруы кезінде әдеттегі медициналық терапиямен бірге биопрепарат трансфер факторды қабылдаған науқастардың иммунды жүйелерінің көрсеткіштері

Топтар	Лейкоциты x 10 ⁹	Лимфоциты %	Т-лимфоциты %	В-лимфоциты x 10 ⁹	Т-хелпер x 10 ⁹	Т-супресор x 10 ⁹	NK x 10 ⁹	АИК отн.ед.
Бақылау тобы	6,98	23,3	0,84	0,2	0,26	0,2	0,14	50
Әдет. Мед. терапия	7,1	23,5	0,84	0,19	0,27	0,18	0,21	53,1
Әдет.мед.+ Трансфер фактор	7,99	26,1	0,95	0,28	0,34	0,25	0,26	56,3

әдеттегі медициналық терапиямен бірге биопрепарат трансфер факторды қабылдаған топтардың иммундық жүйелерінің көрсеткіштері келесі кестеде берілген.

Емдеуге дейін бақылау және зерттеу топтарының иммундық жүйелерінің көрсеткіштерін бір-бірімен салыстырғанда айтарлықтай өзгерістер табылмады. Әдеттегі медициналық терапиямен бірге биопрепарат трансфер факторды қабылдаған топта стационарлық емделу кезінде басқа топтармен салыстырғанда иммунды

жүйенің белсенділігінің артқаны байқалады. Бұл үрдіс айналымдағы жалпы лейкоциттердің, лимфоциттердің және оның субпопуляциялық фракцияларының және иммундық жүйенің басқа да көрсеткіштерінің жоғарылағанымен байқалады. Клиникалық тұрғыда бұл топта бронхиальды демікпенің нышандары азайып, науқастардың жалпы көңіл-күйі тезірек жақсарған. Алынған деректер трансфер фактор биопрепаратының иммунды реттегіш қасиетінің барлығын көрсетеді.

Пайдаланған әдебиеттер

1. Hershey G.K.K. et al. *The association of atopy with a gain-of-function mutation in the alpha subunit of the interleukin-4 receptor*. *N. Engl. J. Med.* 1997; 337:1720-1725.
2. Sibbald B. *Familial inheritance of asthma and allergy*. In: Kay A.B., ed. *Allergy and allergic diseases*. Oxford: Blackwell Science; 1997. 1177-1196.
3. *National asthma education and prevention program. Expert panel report II: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda, MD: National Institute of Health; 1997/
4. Invald D., Roland M., Kuitert I. Et al. *Oxygen treatment of acute severe asthma*. *Br. Med. J.* 2001; 323: 98-100.
5. Чучалин А. Г., Огородова Л. М., Петровский Ф. И. и др. *Мониторинг и лечение тяжелой бронхиальной астмы у взрослых:*

результаты национального многоцентрового исследования НАБАТ. *Тер. арх.* 2005; 3: 36-42.

6. Гамкреладзе А. Г., Готуа М. А., Рухадзе М. Т., Абрамидзе Т. Г. *Социальноэкономические и фармакологические особенности бронхиальной астмы в развитых и развивающихся странах мира*. В кн.: *Труды II Европейского конгресса по астме*. Тбилиси; 2004. 60-72.
7. Цой И. Г., Есенгельдиева А. М. *Алиментарная поддержка специфической химиотерапии при первичном мультирезистентном туберкулезе легких спомощью "Трансферфактора"*. Москва. IX Всероссийская конференция диетологов и нутрициологов "Питание и здоровье". 3-5 декабря 2007 г., с 90-91.
8. Чиждова А. Я., Сатталова В. А. *Трансферфактор – модификатор биологического возраста*. Там же., с 91-92.

Клинико–морфологическая оценка хронического вирусного гепатита в на фоне лечения противовирусными препаратами

Джусипов А.К., Пальгова Л.К., Енин Е.А., Сариева С.И.
НИИ кардиологии и внутренних болезней.
УДК: 616.36–036.1–091.8–08

Хроникалық вирустық гепатит В-ге вирусқа қарсы емдеудегі клиникалық-морфологиялық баға

Осы зерттеуде хроникалық вирустық гепатитпен ауырған екі топ адамдар салыстырылған. Бірінші топқа интерферон берілген, ал екінші топқа – ламивудин.

Зерттеудің нәтижелері интерферонның да, ламивудиннің де вирусқа қарсы әсері бар екенін көрсетті. Бірақ интерферон фиброздың дамуына кедергі келтіреді, ал ламивудин фиброздың біліну деңгейін кемітеді.

Clinical-morphological estimation of chronic virus hepatitis B on a background antiviral treatment

In research two groups of sick are compared by a chronic hepatitis. The first group of patients received the interferon, the second group lamivudine. Results of research have shown, that both these medicine possess antiviral effect. However interferon interferes with progressing of fibrosis, and lamivudine - removes a degree of expressiveness of fibrosis.

Хронический гепатит В как основное проявление хронической HBV–инфекции остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Это связано с его большим распространением в мире (около 400 млн. инфицированных) и неблагоприятным исходом более чем у трети больных – развитие цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно от заболеваний, обусловленных HBV, умирает около 1 млн. человек, а среди всех причин смерти данный вирус занимает 9 место в мире [1].

Вирус гепатита В не оказывает прямого цитотоксического воздействия на гепатоциты. Цитотоксические эффекты HBV – это результат иммуноопосредованного повреждения и воспаления, которые в условиях персистенции HBV приводят к нарушению процессов регенерации и формированию фиброза печени. Прогноз у больных хроническим гепатитом во многом определяется темпами развития и прогрессирования фиброза печени. Несмотря на значительный прогресс в расшифровке процесса фиброгенеза, точное время, когда фиброз становится необратимым состоянием, неизвестно, а возможность медикаментозного воздействия на фиброз печени ограничены [2,3].

Поиск препаратов, оказывающих антифибротическое действие, – одна из главных задач гепатологии. В настоящее время, наряду с интерфероном- α , который применяется для лечения хронического гепатита В в течение более 20 лет, весьма перспективным, особенно у больных с декомпенсированными поражениями печени и развитием внепеченочных проявлений, является использование ламивудина [4]. Однако до сих пор нет четких рекомендаций по срокам лечения, пока не известны отдаленные исходы лечения ламивудин, кроме того, развитие устойчивости к терапии в ходе лечения и рецидивы после его отмены у значительной части больных снижают эффективность препарата. Перспективным представляется комбинированное применение ламивудина и интерферона- α , однако результаты первых исследований пока противоречивы [5,6].

Цель работы –

провести клинико–морфологическое сопоставление терапевтической эффективности терапии интерфероном альфа и ламивудином (зэффикс) у больных вирусным гепатитом В.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 36 больных хроническим вирусным гепатитом В. Диагноз ХГ В устанавливали на основании выявления вирусологических маркеров HBV в сыворотке крови, наличие гистологических признаков HBV–инфекции по результатам морфологического исследования биоптата печени. Степень активности гепатита устанавливали в соответствии с системой Knodell от 1 до 18 баллов. Индекс фиброза определяли по бальной системе, предложенной V.J.Desmet. Морфологические данные сводили в стандартизованную классификационную систему Metavir.

Все больные ХГВ были разделены на 2 группы: 1. 16 пациентов, лечение которых проводили интерфероном альфа в дозе 5 000 000 МЕ ежедневно подкожно на протяжении 16 недель; 2 группа больных (20 человек) получали ламивудин 100 мг в день перорально в течение 52 недель.

По результатам вирусологического исследования сыворотки крови, большинство больных в обеих группах были HBeAg–негативные пациенты: 63% (10) больных, получавших интерферон и 70% (14) пациентов, леченных ламивудином. Больные, у которых был обнаружен HBeAg, составили 37% (6) и 30% (6), соответственно.

Всем больным до начала лечения была выполнена пункционная биопсия печени. Структура ткани печени сохранены. Портальные тракты расширены, обильно инфильтрированы лимфоидным эпителием. Границы портальных трактов и паренхимы нечеткие. Воспалительные кисточки, инфильтрация и фиброзные волокна разрушают пограничную пластинку, выходят в глубь паренхимы, окружая отдельные гепатоциты и небольшие их группы. Отдельные печеночные клетки

на границе с портальными трактами некротизированы. Отмечается склероз центральных вен, выраженная капилляризация синусоидов, анизоцитоз, анизокариоз. Встречаются большие группы гепатоцитов с зернистой цитоплазмой и вакуолизированными ядрами. В некоторых полях зрения видны печеночные клетки с ацидофильной цитоплазмой и пикнотическим ядром. В просвете некоторых синусоидов – ацидофильные образования с пикнотическим ядром (тельца Каунсильмена). В дольках видны единичные небольшие очаги лимфоидноклеточной инфильтрации, проникающие между гепатоцитами. Оценку гистологического ответа осуществляли по результатам исследования биоптатов, полученных при повторной биопсии, которую проводили после завершения лечения. Согласно результатам морфологической оценки биоптатов печени, абсолютное большинство в обеих группах составили пациенты, у которых гистологический индекс активности составлял 8–11 баллов, степень фиброза 1–2 балла, Metavir A1–A2, F1–F2. картина свидетельствовала о низкой и умеренной активности: 13(65%) пациентов, получавших ламивудин, и 12 (75%), леченных интерфероном альфа.

При распределении больных по степени выраженности фиброза выявлено, что у 16 (93,7%) больных, получавших интерферон альфа, преобладал слабый и умеренно выраженный фиброз печени. Доля пациентов с аналогичными изменениями в группе ламивудина составила 75%. У 3 (15%) пациентов ламивудином, леченных, и у одного больного, получавшего интерферон, выявлен тяжелый фиброз печени.

Сравнительный анализ биохимических и гистологических данных ХГВ у HBeAg–позитивных и HBeAg–негативных пациентов установил, что у больных, позитивных по HBeAg, активность АЛТ и индекс гистологической активности были достоверно выше по сравнению с соответствующими показателями у HBeAg–негативных больных ХГВ.

Оценку эффективности лечения в обеих группах проводили по следующим критериям:

- стойкая (в течение 6 месяцев после завершения лечения) нормализация активности аминотрансфераз;
- стойкий клиренс или сероконверсия HBeAg – HBeAb пациентов, позитивных по HBeAg;
- стойкий клиренс HBV DNA;
- уменьшение ИГА на 2 балла и более (по системе Knodell) и уменьшение степени выраженности фиброза печени (по системе Metavir).

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе лечения у больных в обеих группах наблюдалось достоверное уменьшение выраженности лихорадки и астенического синдрома. У больных, леченных ламивудином, отмечено достоверное уменьшение печени. В той и другой группах у пациентов с желтухой достигнута нормализация уровня сывороточного билирубина.

У большинства (72%) больных, которым проводилось лечение интерфероном, наблюдалось снижение работоспособности и привычной физической активности, тогда как в группе больных ХГВ, получавших ламивудин, отмечалась хорошая переносимость препарата и не наблюдалось побочных эффектов.

Сравнивая биохимических ответ было установлено, что на момент окончания лечения нормализация активности АЛТ отмечено у 15(75%) пациентов, получавших ламивудин, и у 9(56,3%), леченных интерфероном. Нормальный уровень АЛТ в течение 6 месяцев после завершения лечения сохранялся у 10(50%) и 10(62,5%) больных соответственно..

Анализ вирусологического ответа на момент окончания лечения показал, что клиренс HBV DNA наблюдался у 18(90%) больных, получавших ламивудин, и у 13 (81,3%), леченных ИФН. Стойкий клиренс HBV DNA в течение 6 мес. после завершения лечения установлен у 13 (65%) и 10(62,5%) больных соответственно.

Для определения гистологических изменений в печени на фоне проводимого лечения была выполнена повторная биопсия печени 23(88%) пациентам, получавших ламивудин, и 18(90%) больным, которым проводили ИФН–терапию.

Морфологическая картина ткани печени после окончания лечения у больных, леченных ламивудином, была следующей: структура печени имела балочное строение, портальные тракты немного расширены, умеренно склерозированы, инфильтрированы единичными лимфоидными клетками. В некоторых полях зрения волокна соединительной ткани проникают в ткань печени. Небольшие группы гепатоцитов диффузно по периферии клеток окрашиваются орсеином в бледно-коричневый цвет, встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами. Некрозов не обнаружено.

При гистологическом исследовании ткани печени после проведенного курса лечения интерфероном наблюдалась следующая картина: структура печени сохранена, портальные тракты инфильтрированы единичными круглоклеточными элементами. При окраске нитрофуксином по Ван–Гизону в некоторых полях зрения в портальных трактах умеренно разрастается соединительная ткань. Отдельные гепатоциты со светлой цитоплазмой. Некрозов печеночных клеток не обнаружено.

Сопоставляя гистологические изменения в ткани печени у больных хроническим вирусным гепатитом В после проведенного курса лечения ИФН и ламивудином обнаружено резкое уменьшение воспалительной инфильтрации портальных трактов, исчезновение некротизированных гепатоцитов, снижение дистрофических проявлений печеночных клеток во всех трех зонах печеночного ацинуса.

Особенностью гистологической картины на фоне лечения ламивудином явилось уменьшение волокнистой соединительной ткани в тех участках, где она была богата клеточными элементами (фибробласты и фиброциты). В тех участках, где преобладала грубоволокнистая соединительная ткань с образованием коллагена изменений не обнаружено. В биоптате печени после лечения интерфероном определялось отсутствие развития соединительной ткани, но редукции ее не было замечено.

Улучшение гистологической картины печени выявлено у 15(75%) больных, получавших лечение ламивудином, и 13(81,3%) больных, леченных интерфероном. При сравнительном анализе не выявлено существенных различий влияния ламивудина и интерферона на активность воспалительно–некротического процесса в печени больных ХГВ. Но у 8(40%) больных, получавших ламивудин, установлено достоверное уменьшение степени выраженности фиброза печени, а у 40% пациентов этой группы наблюдалось отсутствие прогрессирования фиброза печени. У больных, леченных интерфероном, не наблюдалось уменьшение степени выраженности фиброза печени, однако приостановить прогрессирование фиброза печени удалось у 68,8% (11) больных.

Выводы

1. У больных хроническим HBeAg–позитивном гепатитом В биохимическая и гистологическая активность гепатита выше, чем HBeAg–негативных пациентов.
2. Препараты ламивудин и интерферон способствуют уменьшению активности воспалительно–некротического

процесса в печени у абсолютного большинства HBeAg-
позитивных и HBeAg-негативных больных ХГВ.
3. Лечение ламивудином приводит к достоверному сни-

жению степени выраженности фиброза печени ($p < 0,05$),
в то время как терапия интерфероном препятствует про-
грессированию фиброза печени.

Литература

1. Болезни печени и желчевыводящих путей // Под ред. В.Т. Ивашкина. - М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2002. - 416с.

2. Танащук Е.Л., Апросина З.Г., Секамова СМ., Попова И.В. Клинико-морфологическая характеристика, особенности течения хронических заболеваний печени у больных, злоупотребляющих алкоголем и инфицированных вирусами гепатита. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001.- ТЛ1, №1, прил. №12.-С38, №120.

3. Шуппан Д. Фиброз печени: патогенез, диагностика, лечение // Рос. Журн.гастроэнтерол., гепатол., колонопроктол.

- 2001. - Том 11, № 4. - С. 72-74.

4. Zollner B., Petersen J., Schotter M. et al. 20-fold increase in risk of lamivudine resistance in hepatitis B virus subtype adv. // Lancet-2001.- Vol.357.-p.934-935.

5. Tatulli I., Francavilla R., Luca Rizzo G. et al Lamivudine and alpha-inteiferon in combination long terra for precore mutant chronic hepatitis B. // J Hepatology.- 2001.-Vol. 35.-p.805-810

6. Barbara G., Zechini F., Pellicelli A.M. et al. Long-term efficacy of interferon alpha-2b and lamivudine in combination compared to lamivudine monotherapy in patients with chronic hepatitis B. An Italian multicenter, randomized trial. // J Hepatology.-2001.-Vol,35.-p.406-411.

Постпрандиальная гипергликемия – независимый фактор риска развития диабетической ретинопатии

Дурманова А.К.

Казахский Национальный медицинский университет, Алматы

УДК: 617.735-002-02:616.633.66]-07

Постпрандиальды гипергликемия- диабеттік ретинопатияның дамуының тәуелсіз қауіпті фактор

Дурманова А.К.

Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Алматы, Қазақстан

Қантты диабетімен ауыратын науқастарда постпрандиальды гликемия 10,0 ммоль/л төмен болса, диабеттік ретинопатияның дамуына қауіпті болып есептеледі.

Postprandial hyperglycemia – non-dependent risk factors differentiates diabetic retinopathy

Durmanova A.K.

Kazakh National Medical University

Almaty, Kazakhstan

In practical strategy, correction during normalization of postprandial glycemia in patients of diabetes less than 10.0 mmole/l preserve risk differs diabetic retinopathy

В настоящее время получено достаточное количество данных, которые показывают, что снижение показателей постпрандиальной глюкозы плазмы имеет ведущую роль и не менее важное значение для целевых показателей гликированного гемоглобина [1,2,3]. В исследовании Kumamoto [4], у больных СД 2 типа использовался режим многократных инъекций инсулина для контроля как гликемии натощак, так и постпрандиального уровня гликемии, не было выявлено развития или прогрессирования ретинопатии при уровне гликемии натощак <6,1 ммоль/л и уровне гликемии через 2 часа после приема пищи <10,0 ммоль/л.

Цель исследования –

изучить влияние постпрандиальной гликемии на развитие и течение диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 28 больных СД 2 типа, в возрасте 35–65 лет, из них 13 женщин, 15 мужчин со стажем диабета от 1 года до 15 лет. Исследование проводилось в течении трех месяцев на базе ЦГКБ г. Алматы и РЛОЦ КазНИИ глазных болезней. Всех пациентов условно разделили на две группы: 1) контрольная (n=11); 2) основная (n=17). Пациенты контрольной группы не соблюдали диету, нарушали режим приема гипогликемизирующих препаратов. Больные основной группы строго следовали рекомендациям лечащего врача.

До начала исследования у всех 28 больных была выявлена диабетическая ретинопатия непролиферативной стадии. В контрольной группе 6 больных получали метформин, 5 больных препараты группы сульфаниламочевина (манинил, гликлазид, диабетон), а также новонорм. В контрольную группу не были включены пациенты получающие инсулин. Гипогликемизирующая терапия в основной группе (n=17): 2-е больных получали новонорм, 5 больных – манинил, 3 больных – диабетон, 3 больных сахароснижающие препараты + инсулин (новомикс, актрафан, хумулин МЗ, протафан, хумулин НГХ, лантус), 4 пациентов получали интенсифицированную схему инсулинотерапии – инсулины короткого (хумулин-регуляр, инсуман-рапид, хумолог, апидра, актрапид) и продленного действия (лантус, протафан, хумулин НГХ).

Всем больным были назначены следующие методы исследования: гликемический профиль, офтальмоскопия до и после 3-х месяцев, компьютерная калиброметрия сосудов глазного дна 1 раз.

Результаты исследования

Гликемический профиль: забор капиллярной крови проводился в 8.00, 13.00, 17.00, 19.00, 23.00 часов 1 раз в неделю в течение 3-х месяцев, результаты больные записывали в специальные карты контроля гликемии. Так как исследование проводилось 3 месяца были использованы индивидуальные аппараты измерения уровня гликемии – глюкометры.

Таблица №1. Показатели гликемии

Время	Основная группа (n=17)	Контрольная группа (n=11)
8.00	6,5± 0,4 ммоль/л	8,4± 0,2 ммоль/л
13.00	9,7± 0,2 ммоль/л	13,6± 0,4 ммоль/л
17.00	9,8± 0,3 ммоль/л	14,1± 0,3 ммоль/л

Как видно из таблицы гликемия у больных СД 2 типа в контрольной группе соответствовало фазе декомпенсации диабета, а показатели гликемии у пациентов основной группы соответствовало фазе компенсации.

Офтальмоскопия и калиброметрия сосудов глазного дна.

При проведении офтальмологического исследования сетчатки глаза после 3-х месячного исследования: в контрольной группе (n=11) – обнаружены множество крупных ретинальных геморрагии, большое количество твердых и мягких экссудатов, сужение артериол и дилатация венулл, уменьшение артерио-венулярного коэффициента 1:4 – 1:6, сладж-феномен во всех сосудах, участки сетчатки, лишенные кровоснабжения из-за тромбоза мелких сосудов (тромбоз ретинальных вен выявлен у 1-ого больного).

В основной группе (n=17) офтальмологическая картина характеризовалась стабильностью, у всех больных выявлена диабетическая ретинопатия непролиферативной стадии.

Для количественной оценки тяжести генерализованной микроангиопатии при диабетической ретинопатии после 3-х месячного исследования нами проведена компьютерная калиброметрия сосудов глазного дна у 28 больных сахарным диабетом 2 типа с различным характером поражения сосудов глазного дна и у 11 здоровых лиц.

Наиболее выраженные изменения сосудов глазного дна после 3-х месячного исследования обнаружены у 11 больных контрольной группы – диабетическая ретинопатия в стадии препролиферации выявлена у 2-х больных, диффузное сужение артериол, артериосклероз. У больных основной группы на глазном дне достоверных изменений калибра ретинальных сосудов не наблюдается. У пациентов контрольной группы имеет место сужение артериол II и III порядка и расширение венул I порядка по отношению к данным здоровых лиц (таблица 2).

Выводы

Внедрение в практику стратегии, направленной на нормализацию показателей постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом ниже 10,0 ммоль/л предотвращает риск развития диабетической ретинопатии.

Таблица №2. Показатели калибromетрии сосудов глазного дна у больных сахарным диабетом 2 типа

Исследуемые показатели		Здоровые лица (n=11)	Больные сахарным диабетом 2 типа (n =28)	
			Основная группа (n=17)	Контроль. группа (n =11)
калибр сосудов I порядка, мкм	артериола	90,2±2,8	89,1±2,6	80,1 ±2,9*
	венула	155,6±3,7	159,1±3,1	179,7±4,1**
калибр сосудов II порядка, мкм	артериола	35,4±1,5	35,1±1,5	25,3±1,6**
	венула	52,3±1,8	53,2±1,6	54,5±1,7
калибр сосудов III порядка, мкм	артериола	15,8±0,7	15,5±0,7	13,5±0,64*
	венула	26,6±1,3	27,1±1,2	29,1±1,42

Примечание: *P<0,05; ** P<0,001 по отношению к группе здоровых лиц.

Литература

1. Stettler Diabetes Control and Complications Trial /DCCT/ Research Group. The absence of a glycemic threshold for the development of longterm complications: the perspective of the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes* 1996; 45(10): 1289-1298,
2. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 6. Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Медицинская

литература, 2002. - 451 с

3. Балаболкин М.И. *Диабетология*. 672 с.

4. Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyata T, Isami S, Motoyoshi S et al. Intensive insulinotherapy prevents the progression of diabetic microvascular complication in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Res Clin Pract* 1995; 28(2):103-117.

Выявление диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа

Дурманова А.К., Тойбаева А.Т., Дурманова Ж.К.

Казахский Национальный медицинский университет, Алматы

УДК:616.379-008.64+617.735-002-02)-07

Қантты диабетімен ауыратын 1 және 2 типтегі науқастарда диабеттік ретинопатияның кездесу жиілігі

Дурманова А.К., Тойбаева А.Т., Дурманова Ж.К.

Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Алматы, Қазақстан

Қантты диабетімен ауыратын 1-2 типтегі науқастарда диабеттік ретинопатияның кездесу жиілігі мыналарға байланысты: аурудың даму кезеңіне, гликемияның сандық көрсеткішіне және артериялық қысымға байланысты.

Notifications of diabetic retinopathy in patients of diabetes type 1 and 2

Durmanova A.K., Toibaeva A.T., Durmanova J.K.

Kazakh National Medical University

Almaty, Kazakhstan

Notifications of diabetic retinopathy in patients of diabetes type 1 and 2 depends on stage of disease, quality of control glycemia, arterial pressure.

При сахарном диабете ретинопатия отмечается у 30–90% больных. Отмечено, что при сахарном диабете (СД) 1 типа с длительностью более 15 лет ретинопатия наблюдается у 63–65% больных, из них пролиферативная ретинопатия у 18–20% и полная слепота у 2% [1, 2, 3]. При СД 2 типа диабетическая ретинопатия возникает при меньшей длительности болезни. При этом значительные нарушения зрения наблюдаются у 7,5% больных, а полная слепота у 50% из них (А.С.Ефимов, А.Г.Мазовецкий, В.К.Беликов). Факторами, способствующими прогрессированию ретинопатии, являются длительная декомпенсация сахарного диабета (гипергликемия), беременность, артериальная гипертензия (АГ), почечная недостаточность [4, 5].

Целью

настоящего исследования было выявление диабетической ретинопатии у больных СД 1 и 2 типа в зависимости от стажа заболевания, уровня гликемии и артериальной гипертензии.

Материалы и методы

Исследование больных проводилось на базах Центральной городской клинической больницы и поликлинике № 18 г. Алматы. В соответствии с целью работы обязательными критериями включения больных СД в исследование являлись длительность СД не менее 6 месяцев. Исследование провели у 59 больных (118 глаз) СД 2 типа – 40 пациентов, СД 1 типа – 19 пациентов; 27 мужчин и 32 женщины в возрасте 10–65 лет (средний возраст 43,2±3,4 года). Из них было 3-ое детей с диагнозом СД 1 типа, возраст до 15 лет. Все пациенты получали комплексное лечение: диета (стол №9), ЛФК; при СД 2 типа средней степени (22 пациента) – пероральные препараты (Манинил, Диабетон, Гликлазид, Дибизид-М, Дианорм-М, Метформин) и добавление адекватных доз инсулина (Лантус, Протафан, Хумулин-НПХ, Хумулин-Р, Хумолог, Актрапид) при СД 2 типа тяжелой (инсулинопотребной) формы (18 пациентов) и у 19 пациентов с СД 1 типа. У 30 пациентов выявлена ДР: у 6-х – непролиферативной стадии, у 21-ого больного – препролиферативной, у 3-х в стадии пролиферации. Из них СД 1 типа наблюдался у 7, а СД 2 типа – у 23 больных. Все больные были распределены на 2 группы, в 1-ую группу вошли больные с СД без ДР (n=29), во 2-ую группу вошли больные СД в сочетании с ДР (n=30).

Больным определяли гликемию натощак, постпрандиальную и среднесуточную гликемию, содержание гликозилированного гемоглобина (HbA1c), а также стандартное офтальмологическое обследование.

Статистический анализ полученных данных проводили на персональном компьютере типа IBM PC (Pentium III) в Microsoft Excel. Достоверность различий в значениях определяли по критерию Стьюдента.

Результаты исследования

Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1, метаболические параметры.

Таблица 1. Клинико-лабораторная характеристика больных СД с ДР и без ДР.

Показатель	СД без ДР (n=29)	СД с ДР (n=30)
Длительность СД, годы	6,5±4,9*	8,6±5,7
Длительность АГ, годы	7,3±5,2*	9,9±5,7
САД, мм.рт.ст.	129,57±17,43	159,6±19,83
ДАД, мм.рт.ст.	75,12±11,69	93,38±12,83

Примечание: *- достоверность различий между группами, p<0,05.

Стаж сахарного диабета напрямую связан с увеличением частоты выявления ДР, так у больных 1-ой группы стаж СД составил 6,5±4,9 лет, а у пациентов 2-ой группы 8,6±5,7 лет.

До начала исследования у всех больных 2-ой группы констатирована АГ, уровень систолического артериального давления (САД) составлял 159,6±19,83 мм.рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) – 93,38±12,83 мм.рт.ст., а у пациентов 1-ой группы САД – 129,57±17,43 мм.рт.ст. (ниже на 14% по сравнению со 2-ой группой), ДАД – 75,12±11,69 мм.рт.ст. (ниже на 15% по сравнению со 2-ой группой). Из анамнеза было установлено, что больные 1-ой группы регулярно принимали гипотензивную терапию (диуретики, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, β-адреноблокаторы, α-адреноблокаторы), а пациенты 2-й группы антигипертензивную терапию получали не регулярно, не был достигнут адекватный контроль АГ.

Как видно из таблицы 2, уровень гликемии натощак у пациентов 1-ой группы по сравнению со 2-ой ниже на 24%, а содержание гликозилированного гемоглобина (Hb A1c) ниже на 11%.

Таблица 2. Показатели углеводного обмена у больных СД с ДР и без ДР.

Показатель	СД без ДР (n=29)	СД с ДР (n=30)
Глюкоза в крови натощак, ммоль/л	7,05±1,51*	9,32±1,61
Постприандиальная гликемия, ммоль/л	8,7±2,04*	11,2±1,9
Среднесуточная гликемия, ммоль/л	7,7±1,4*	9,8±1,7
Hb A1c, %	8,59±2,2*	10,63±1,86

Примечание: * - достоверность различий между группами, $p < 0,05$.

Литература

1. Дедов И.И. и соавт. Эндокринология. М., 2000
2. Лейкок Д.Ф., Вайс П.Г. Основы эндокринологии. Оксфорд (пер. с англ. Кандора В.И.). М., 2000
3. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 6. Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Медицинская литература, 2002. - 451 с.

Выводы

1. По мере увеличения стажа сахарного диабета 1 и 2 типа прогрессирует развитие диабетической ретинопатии.
2. Интенсивная антигипертензивная терапия, контроль артериального давления ниже показателей 120/80 мм.рт.ст. способствуют профилактике развития диабетической ретинопатии.
3. Длительная компенсация сахарного диабета – уровень постприандиальной гликемии до 10,0 ммоль/л, преприандиальной гликемии до 7,0 ммоль/л, предотвращает возникновение, развитие и дальнейшее прогрессирование диабетической ретинопатии.

4. Балаболкин М.И., Хасанова Э.Р., Трухина Т.В., Креминская В.М. Тонокардин в комплексном лечении сахарного диабета, сочетающегося с гипертонией. Терапевтический архив, 2002, №12, С. 38-41
5. Davis T., Millns H., Statton I. et al. Risk factors for stroke in type 2 diabetes mellitus UKPDS 29. Arch. Intern. Med. 1999; 159: 1097-1103.

Мелофлам в терапии ревматоидного артрита: сравнительная эффективность, переносимость, комплаентность

Ялкин Ш.Ш., Цой Е.А., Орынбасарова Б.К., Пудовкина Н.А., Тажибаева Г.Б., Бураханова Ш.Б.
ГККП «Центральная городская больница», ревматологическое отделение, г. Алматы

Ревматоидты артритті емдеудегі мелофлам: салыстырмалы тиімділігі, қабылдануы, топтастығы

Ялкин Ш.Ш., Цой Е.А., Орынбасарова Б.К., Пудовкина Н.А., Тажибаева Г.Б., Бураханова Ш.Б.

«Алматы Орталық қалалық аурухана» МҚКК, ревматологиялық бөлім

ЦОГ-2 селективті ингибиторлар тобындағы МЕЛОФЛАМ-ның ревматоидты артритті кешенді емдеу кезінде қолданыстағы стероидты емес қабынуға қарсы препараттың ұзақ қолданылу негіздемесі зерттелді. Зерттеуге науқастар тобы алынды. Олар селективті емес диклофенак препараттарымен ем қабылдады. Науқастар тобы жасы мен жынысына қарай салыстырмалы. РА кезіндегі қабынудың негізгі объективті және субъективті белгілеріне қос препараттың әсері шамалас, дегенмен қабылдануы бойынша МЕЛОФЛАМ диклофенактан тиімдірек. Авторлар қос препараттың комплаенттілігін бағалап, МЕЛОФЛАМ-ды қабылдаған науқастар тобында оның жоғары екендігін қорытындылады. Олай бола, кері әсерлерінің төмен болуымен және МЕЛОФЛАМ-ның жоғары комплаенттілігімен қос препараттың клиникалық салыстырмалы тиімділігі осы препаратты РА ауыратын науқастарды ұзақ емдеу үшін оңтайлы қолдануына мүмкіндік береді.

Meloflam in therapy of the rheumatoid arthritis: Comparative efficacy, tolerability, compliance

Jalkin S.S., Tsoj E.A., Orynbasarova B.K., Pudovkina N.A., Tazhibaeva G.B., Burakhanova Sh.B.

The Central city hospital of Almaty, rheumatic department

In study was investigated the efficacy of prolonged non steroid anti-inflammatory product from the group of selective inhibitors COX-2 MELOFLAM in a complex therapy of rheumatoid arthritis.

As a comparison, was used the group of patients, who received treatment by non selective preparation diclofenac. The groups of patients are comparable on their age and gender. It has been shown that the efficacy of both preparations is almost identical on the basic objective and subjective attributes, however tolerance of MELOFLAM favorably differs from diclofenac.

The authors have estimated compliance of both preparations and have come to the conclusion, that it is higher in the group of patients, who received MELOFLAM.

Thus, comparable clinical efficacy at a smaller level of side effects and higher compliance make selective Meloflam is more preferable to the patients for long therapy, suffering from RA.

Проблема ревматоидного артрита (РА), вне всякого сомнения, является одной из системообразующих проблем ревматологии вообще и артрологии в частности. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении этой проблемы, остается еще слишком много вопросов, требующих ответа. Более того, многочисленные вопросы возникают по мере нашего изучения проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных, страдающих этим грозным заболеванием.

Безусловно, наиболее важными представляются трудности, связанные с проведением адекватного, эффективного и безопасного лечения РА.

С начала изучения РА главное место в его лечении занимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). К настоящему времени количество этих препаратов исчисляется десятками и, пожалуй, только ленивая фармацевтическая фирма не «отметилась» созданием того или иного НПВП.

Важнейшим прорывом в ревматологической науке последних десятилетий стало открытие роли фермента ЦОГ в патогенезе РА и, как следствие, появление препаратов, селективно ингибирующих ЦОГ-2.

Селективные НПВП в достаточной степени снижают риск развития тяжелых поражений желудочно-кишечного тракта у пациентов, являются менее токсичными, чем традиционно используемые препараты, и лучше переносятся больными. Ни для кого теперь уже не секрет, что именно при РА длительный (по дипломатичному определению В.А.Насоновой – «неопределенно долгий») прием НПВП является единственным способом достичь удовлетворительного состояния паци-

ентов и чаще всего имеет место в действительности.

Одним из первых препаратов группы селективных ингибиторов ЦОГ-2 явился мелоксикам, который использовался в таблетках по 7.5 мг, обычно дважды в сутки.

В настоящее время в аптеках нашего города представлен препарат – МЕЛОФЛАМ (мелоксикам) от компании «ЭГИС».

Новаторство состоит в том, что препарат МЕЛОФЛАМ выпускается в ретардированной форме в таблетках по 15 мг. Это позволяет принимать препарат по 1 таблетке в день, что чаще всего является достаточным для подавления основных болезненных проявлений заболевания: воспаления суставов, болей и повышения температуры.

Важнейшим свойством МЕЛОФЛАМа, характеризующим его принадлежность к группе селективных ингибиторов ЦОГ-2, является относительно щадящее действие препарата на слизистую желудочно-кишечного тракта (в той мере, в какой вообще можно говорить о таком действии относительно любого представителя класса НПВП). Подобное свойство очень востребовано, поскольку именно отсутствие раздражения желудка и кишечника в конечном счете является тем фактором, который влияет на предпочтения пациентов и лечащих их врачей.

Здесь вообще необходимо четко оговорить, какими критериями руководствуется пациент, приходящий в аптеку для приобретения НПВП.

В первую очередь, это рекомендация лечащего врача.

Далее идут личные предпочтения больного, советы «товарищей по несчастью», доступность препарата в аптечной сети, его переносимость, ценовой фактор, кратность приема препарата. Все факторы, перечис-

ленные выше (возможно, этот список неполный), зависят друг от друга и влияют друг на друга и, очевидно, расположены в нашем списке не в порядке нарастания или убывания своей важности. Для нас главным было показать, что МЕЛОФЛАМ удовлетворяет большинству критериев с точки зрения больного (кстати сказать, больного не только ревматоидным артритом).

В самом деле, МЕЛОФЛАМ выгодно отличается от других НПВП хорошей переносимостью, отсутствием серьезных побочных явлений и удобством приема.

Нами была предпринята попытка изучить некоторые аспекты применения МЕЛОФЛАМа в условиях ревматологического отделения крупной городской многопрофильной клиники, имея ввиду его комплаентность, переносимость, побочные действия, сравнительную эффективность по отношению к препарату, традиционно применяемому при РА (диклофенак).

С этой целью отобрана группа из 29 пациентов, страдающих классическим или определенным РА (по критериям АРА). В качестве контроля мы взяли группу пациентов из 23 человек, которые лечены без применения МЕЛОФЛАМа.

Клиническая характеристика больных представлена в следующей таблице.

достоверностями, что и МЕЛОФЛАМ. Равным образом, некоторые из них продолжили назначенную ранее базисную и/или гормональную терапию.

Иных НПВП больные не получали, т.е. различия в двух исследуемых группах фактически заключались только в том, какой из НПВП получает пациент – МЕЛОФЛАМ либо диклофенак.

В прошлом больные в качестве НПВП получали индометацин, ибупрофен, кетонал и найз. Эти препараты были отменены из-за неэффективности или непереносимости. В последние 7 дней до назначения МЕЛОФЛАМа и диклофенака больные НПВП не лечились.

Эффективность терапии оценивалась по следующим вполне доступным признакам активности процесса:

Клинические (суставной индекс, число воспаленных суставов, длительность утренней скованности, сила сжатия кисти, окружность ПМФС);
Лабораторные (СОЭ, α_2 и γ -глобулины протеинограммы, сиаловые кислоты, СРБ).

Динамика указанных критериев легла в основу оценки результатов терапии.

Мы использовали три категории:

значительное улучшение –

Таблица 1. Клиническая характеристика больных РА, леченных НПВП

группа	число больных	пол		возраст, лет				стаж болезни, лет				активность		рентгенстадия			
		Муж	Жен	До 20	21-40	41-60	старше	До 1	1-5	6-10	больше	2 ст	3 ст	1	2	3	4
основная	29	5	24	2	8	12	7	3	15	8	3	20	9	8	11	8	2
контрольная	23	5	18	-	2	16	5	1	15	5	2	13	10	4	12	6	1
всего	52	10	42	2	10	28	12	4	30	13	5	33	19	12	23	14	3

Из таблицы следует, что по полу и возрасту, длительности, степени активности и стадии процесса обе группы больных вполне сопоставимы.

Преобладали больные женского пола со 2–3 рентгенологической стадией РА, 2 степенью активности и давностью процесса от 1 до 5 лет. Медленно-прогрессирующее течение РА установлено у всех пациентов, взятых в исследование.

Лечение начиналось в стационаре после тщательного и всестороннего обследования больных (проведенного как стационарно, так и в достационарный период) и продолжалось все время пребывания пациента в клинике (как правило, около 10 дней; максимально 18 дней, минимально – 5). В последующем мы рекомендовали пациентам продолжить лечение

исчезновение болей, утренней скованности, уменьшение суставного индекса, числа воспаленных суставов, увеличение силы сжатия кисти, значительное снижение лабораторных показателей активности;

улучшение –

уменьшение объективных признаков воспалительного процесса и лабораторных показателей активности, уменьшение (не исчезновение) боли и утренней скованности;

отсутствие эффекта –

нет уменьшения количества жалоб, выраженности суставного синдрома и положительных сдвигов лабораторных показателей.

Представляем динамику субъективных и объективных

Таблица 2. Динамика субъективных показателей активности РА под влиянием лечения НПВП

Группа	Боли в суставах, баллы			Утренняя скованность, мин			Суставной индекс Ричи		
	При поступлении	При выписке	p	При поступл.	При выпис.	p	При поступл.	При выписке	p
основная	2,59±0,08	1,19±0,07	<0,001	240,0±14,0	74,3±8,2	<0,001	37,6±1,1	24,6±1,7	<0,001
контрольн.	2,57±0,11	1,65±0,10		213,0±22,0	103,0±23,0		36,3±1,3	20,9±2,5	

лечение в амбулаторных условиях при отсутствии побочных явлений, при хорошей переносимости и клинической эффективности препарата. Дозу препарата мы определили как 15 мг в сутки однократно в утреннее время, после еды, запивая молоком либо минеральной водой. В случае назначенного ранее приема базисных препаратов или гормонов, пациенты продолжали лечение МЕЛОФЛАМом на этом привычном для них фоне.

Диклофенак больные получали в таблетках по 50 мг трижды в сутки (150 мг/сут) с теми же пре-

показателей воспаления у взятых в исследование больных.

Уточним, что суставная боль оценивалась нами по ВАШ (визуальная аналоговая шкала), при этом интенсивность болей до 20 мм ВАШ принималась равной 1 баллу, от 20 до 39 мм – 2 баллам, от 40 до 59 мм – 3 баллам, от 60 до 79 – 4 баллам, от 80 до 100 мм – 5 баллам.

Из таблицы видно, что под влиянием НПВП статистически достоверно снизились изучаемые субъективные показатели, причем, снижение интенсивности болей более

Таблица 3. Динамика объективных показателей активности РА под влиянием лечения НПВП

Группа	Число воспаленных суставов			Сила сжатия правой кисти, мм рт ст			Окружность проксимальных МФС правой руки, мм		
	При поступл.	При выписке	p	При поступл.	При выписке	p	При поступл.	При выписке	p
основная	9,4±0,5	3,9±0,43	<0,001	23,2±4,5	36,1±5,2	<0,01	330,0±5,5	320,0±4,9	<0,02
контрольн.	9,8±0,74	5,14±0,51		28,6±3,8	36,0±5,7		324,0±5,5	315,0±6,4	

Таблица 4. Динамика лабораторной активности РА под влиянием лечения НПВП

группа	время исследован.	СРБ, мг/дл	сиаловые кислоты, опт. ед	СОЭ, мм/час	глобулины, %	
					α_2	γ
основная	При поступлении	6,5±0,2	278,8±5,2	43,4±1,3	11,2±0,4	19,8±0,6
	При выписке	3,9±0,1	201,0±4,6	30,4±1,6	11,5±0,5	19,4±0,6
контрольн.	При поступлении	6,3±0,2	285,1±5,1	45,6±2,9	9,9±0,3	23,4±0,8
	При выписке	3,6±0,2	200,2±4,2	28,6±3,1	9,2±0,3	21,1±0,6

очевидно в группе больных, леченных МЕЛОФЛАМом.

Утренняя скованность также снизилась отчетливее в основной группе.

В то же время индекс Ричи значительно снизился в контрольной группе.

Динамика объективных признаков болезни также была положительной.

Под действием обоих изучаемых препаратов достоверно уменьшились число воспаленных суставов и окружность проксимальных МФС, особенно при лечении МЕЛОФЛАМом. Сила кистей при выписке оказалась практически равной в обеих группах, при том, что исходно она была большей в группе больных, принимавших диклофенак.

Мы обратили внимание на то обстоятельство, что быстрота наступления клинического эффекта при лечении обоими НПВП была практически одинаковой и положительные сдвиги в самочувствии больных отмечены уже на 2–3 сутки лечения в стационаре.

Под влиянием НПВП в обеих группах больных отмечена положительная динамика лабораторной активности РА.

Наиболее четкой она была со стороны СОЭ ($p < 0,001$), сиаловых кислот ($p < 0,01$) и СРБ ($p < 0,05$). Содержание α_2 глобулинов в процессе лечения обоими НПВП существенно не менялось, а содержание γ -глобулина статистически значимо ($p < 0,05$) снизилось в группе больных, леченных диклофенаком.

Вероятно, короткий стационарный курс лечения недостаточен для существенных изменений в белковых фракциях крови.

Важно отметить, что при лечении обоими НПВП не наблюдалось существенных сдвигов в количестве эритроцитов, гемоглобина и в активности ферментов, отражающих функциональное состояние печени (АЛТ/АСТ, ЩФ, ГГТФ).

Подытоживая сказанное, можно говорить о том, что под влиянием МЕЛОФЛАМа и диклофенака в большинстве случаев наступает уменьшение, более или менее значимое, основных клинических симптомов РА, снижение интенсивности воспалительного процесса. Более глубинные сдвиги в лабораторных показателях (которые отчасти можно трактовать как иммунологические), скорее всего, тоже происходят, но, по-видимому, в более отдаленные сроки, чем время пребывания пациента в клинике (в среднем, 10 дней).

Для клинициста, практикующего в стационаре, интегральным показателем эффективности того или иного препарата является наличие или отсутствие улучшения, оцениваемого по совокупности параметров.

Свою трактовку этого показателя мы привели выше. Далее мы представляем результаты лечения в основной группе (больные, получавшие МЕЛОФЛАМ) и контрольной группе (больные, получавшие диклофенак).

Таблица 5. Эффективность лечения НПВП больных с РА

группа	число больн.	значит. улучш		улучшение		отсут. эффекта	
		абс	%	абс	%	абс	%
основная	29	7	24,1	19	65,5	3	10,7
контрольн.	23	5	21,7	16	69,6	2	8,7
Всего	52	12	23,1	35	67,3	5	9,6

В целом, эффективность стационарного этапа лечения обоими исследованными НПВП необходимо признать хорошей: у 90,4% больных достигнуто значительное улучшение или улучшение.

Однако, если существенных различий в результатах лечения тем или иным НПВП мы не выявили, все же можно говорить о наметившихся тенденциях. Так, значительное улучшение наблюдалось чаще в группе больных, леченных МЕЛОФЛАМом, а улучшение – чаще в группе больных, леченных диклофенаком. Отсутствие эффекта чаще наблюдалось в основной группе больных.

Мы отметили, что больные, получавшие МЕЛОФЛАМ, реже имели побочные эффекты, связанные с приемом НПВП.

Вообще говоря, структура побочных эффектов несколько различалась у больных обеих групп.

Таблица 6. Побочные явления при использовании НПВП в лечении больных с РА

Побочные явления	Основная группа (с МЕЛОФЛАМом)	Контр. группа (с диклофенаком)
диспепсические (тошнота, рвота, изжога, абдоминалгии, диарея)	1	4
аллергия	1	1
головная боль, головокружения	3	0
гематологические (лейко-, тромбоцитопения)	0	1
Всего	5 (17,2%)	6 (26,1%)

Количество побочных эффектов было очевидно выше в группе пациентов, леченных диклофенаком, в сравнении с группой больных, получавших МЕЛОФЛАМ, как в абсолютном выражении (6 и 5 больных, соответственно), так и в процентном отношении (26,1% у больных, принимавших диклофенак, против 17,2% у больных, принимавших МЕЛОФЛАМ).

У больных основной группы чаще всего случались головокружения, головные боли, что в 2 случаях из 3 отмеченных потребовало отмены препарата.

Таблица 7. Динамика числа больных, продолживших лечение НПВП после выписки из стационара

	Основная группа (с МЕЛОФЛАМом)		Контрольная группа (с диклофенаком)	
	число респондент.	из них продолжали прием препарата	число респондент.	из них продолжали прием препарата
При выписке	25	25 (100%)	20	20 (100%)
через 10 дней	23	19 (82,6%)	16	15 (83,3%)
через 20 дней	20	16 (80,0%)	12	10 (83,3%)
через 30 дней	18	14 (77,8%)	11	7 (63,6%)
через 40 дней	16	9 (56,3%)	11	6 (54,5%)
через 45 дней	15	9 (60,0%)	13	7 (53,8%)

Наиболее частыми побочными явлениями в группе больных, леченных диклофенаком, стали диспепсические (диарея – 2 случая, тошнота, рвота – 1, изжога – 1), что, в целом, хорошо согласуется с многочисленными данными, опубликованными в медицинской литературе. В 4 случаях мы вынуждены были отменить диклофенак.

Нами предпринята попытка изучить приверженность пациентов к лечению тем или иным НПВП. С этой целью мы по телефону, в личных беседах с приходившими на консультацию больными просили их ответить на вопрос, продолжают ли они принимать назначенный при выписке препарат (в нашем случае – МЕЛОФЛАМ или диклофенак).

Анализ представленных данных показывает, что через 45 дней после выписки продолжают прием МЕЛОФЛАМа 9 из 25 пациентов, которым он рекомендован при выписке лечащим врачом (36%); прием диклофенака продолжают 7 из 20 больных (35%). Если же исходить из числа респондентов (некоторые больные по разным причинам выпали из опроса: 10 из числа больных, которым при выписке рекомендован длительный прием МЕЛОФЛАМа и 7 из числа больных, которым при выписке рекомендован длительный прием диклофенака), то комплаентность возрастает значительно: до 60,0% в основной группе с МЕЛОФЛАМом и 53,8% в контрольной.

Таким образом, полученные нами данные позволяют нам сделать некоторые выводы относительно применения МЕЛОФЛАМа в клинической прак-

тике (имея ввиду его использование в комплексной терапии РА в условиях ревматологического стационара городской многопрофильной больницы):

МЕЛОФЛАМ имеет удобную дозировку, что дает возможность применять его 1 раз в сутки;

Не имеется серьезных различий в действии МЕЛОФЛАМа на основные болезненные проявления РА (как объективные, так и субъективные) в сравнении с диклофенаком;

Сроки наступления терапевтического эффекта при применении МЕЛОФЛАМа сопоставимы с таковыми при использовании диклофенака;

Общая оценка эффективности МЕЛОФЛАМа и диклофенака в комплексной терапии РА примерно одинакова с незначительными колебаниями от средней в ту или иную сторону для обоих препаратов по отдельным параметрам;

Препарат МЕЛОФЛАМ характеризуется хорошей переносимостью. По многим параметрам эта переносимость лучше, чем у традиционно используемого неселективного (по ЦОГ-2) препарата диклофенак;

Имеющиеся побочные явления при приеме МЕЛОФЛАМа в большинстве случаев оказываются клинически малозначимыми и неопасными для пациентов;

Приверженность больных к длительной (вне стационара) терапии селективного МЕЛОФЛАМа выше, чем при использовании в этих целях диклофенака.

Литература

- Верткин А.А., Вовк Е.И., Наумов А.В. Некоторые вопросы дифференциального назначения лекарственных препаратов для терапии острой боли. На сайте: www.intensive.ru
- Годзенко А.А. Перспективы применения мелоксикама в лечении суставных синдромов // РМЖ. – 2006. – т. 14. - №2.
- Каратеев А.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: «за» больше, чем «против». // Современная ревматология. – 2008 - №1 - С. 70-77.
- Каратеев А.Е. Насонов Е.Л. НПВП-ассоциированная патология ЖКТ: реальное состояние дел в России. // РМЖ. - 2006.
- Насонов Е.Л., Лазебник Л.Б., Мареев В.Ю. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. - М., 2006.
- Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). - М., 2000, 262.
- Насонова В.А., Насонов Е.Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. - М., «Литтера», 2003
- Рональд М. Каннер. Секреты лечения боли. - М., «Бином», 2006. – С. 182-197.
- Цветкова Е.С., Панасюк Е.Ю., Иониченок Н.Г., Рубцов О.В. Перспективы применения ингибиторов циклооксигеназы-2 при остеоартрозе. // Consilium medicum. – 2004. – т. 6. - №2. – С.100.
- Knijff-Dulmer E.A. Koerts J., Olthuis F.M.F.G., van de Laar M.A.F.J. The effects of meloxicam and naproxen on platelet function and thromboxane in patients with rheumatoid arthritis. // Ann. Reum. Dis. - 2000, 5, suppl.I, 156 (POS-385).

Meijer de A., Vollaard H., de Metz M., et al. Meloxicam, 15 mg/day, spares platelet function in healthy volunteers. // Clin. Pharm. Ther. - 1999, 66, 425-430.

Panara M.R., Renda G., Sciulli M.G., et al. Dose-dependent inhibition of platelet cyclooxygenase-1 and monocyte cyclooxygenase-2 by meloxicam in healthy subjects. // J.Pharmacol.Exp. Ther. – 1999, 290, 276-280.

Stappendell R., Dirksen R., Weber E.W.G., Bugter M.L.T. Side effects of COX-selective NSAID'S after orthopedic surgery. // Ann. Rheum. Dis. - 2000, 59, suppl.I, 60 (OP-104).

Tavakoli M. Modelling therapeutic strategies in the treatment of osteoarthritis: an economic evaluation of meloxicam versus diclofenac and piroxicam. // Pharmacoeconomics. – 2003, 21(6): 443-54.

Tavares I.A. The effects of meloxicam, indomethacin or NS-398 on eicosanoid synthesis by fresh human gastric mucosa. // Aliment, Pharmacol. Ther. - 2000, 14, 783-799.

Van Hecken A., Schwartz J.I., Depre M., et al. Comparative inhibitory activity of rofe-coxib, meloxicam, diclofenac, ibuprofen, and naproxen on COX-2 versus COX-1 in healthy volunteers. // J. Clin. Pharmacol. - 2000, 40, 1109-1120.

Van Talder M., Scholten R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. // Cochrane Database Syst Rev. - 2000; 2: CD 000369.

Warner T., Giuliano F., Voinovic I., et al. Nonsteroidal drug selectives for cyclooxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: a full in vitro analysis. // Proc. Natl. Acad. Sci USA. - 1999, 96, 7563-7568.

Yocum D., Fleischmann R., Dalgin P., et al. Safety and efficacy of meloxicam in the treatment of osteoarthritis. // Arch. Intern. Med. - 2000, 160, 2947-2954.

Блокатор ангиотензиновых рецепторов кандесартан (айра-сановель) в лечении артериальной гипертензии

Атарбаева В.Ш., Тобаяхова Б.Б., Сагиндыкова Ж.М.

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК
УДК 616.12-008.331.1:615.224

В исследование включены 30 больных АГ 1-2 степени, в возрасте 51,9±6,7 лет, получавшие блокатор ангиотензиновых рецепторов – кандесартан цилексетил (АЙРА-сановель, фармацевтическая компания «Sanovel», Турция) в дозе 8-16 мг в течение 12 недель.

Терапия кандесартаном (АЙРА-Сановель 16) приводит к мягкому и постепенному снижению артериального давления.

Кандесартан (АЙРА-сановель) обладает выраженным антигипертензивным, кардиопротективным эффектами, хорошо переносится больными, метаболически нейтрален.

Анализируя эффект действия кандесартана, можно сделать вывод, что он соответствует требованиям, предъявляемым к современным антигипертензивным препаратам.

Артериальная гипертензия (АГ) остается наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира в XXI веке и основной причиной заболеваемости, несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения [1].

Достижение целевого уровня артериального давления (АД), предупреждение поражения органов-мишеней, минимум побочных эффектов, улучшение качества жизни являются основными задачами антигипертензивной терапии, эффективность которой определяется длительностью и регулярностью приема лекарственных средств. Регулярность приема препаратов больными определяется переносимостью и простотой схемы лечения. Таким образом, переносимость препарата является ключевым моментом в лечении артериальной гипертензии.

В последних рекомендациях Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов блокаторы ангиотензиновых рецепторов отнесены к средствам первой линии в лечении артериальной гипертензии наряду с диуретиками, β-адреноблокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и антагонистами кальция [2]. Эксперты выделили ряд состояний, при которых блокаторы АТ1-рецепторов предпочтительны, в том числе бессимптомное поражение сердца и почек, инфаркт миокарда в анамнезе, сердечная недостаточность, сахарный диабет.

Блокаторы АТ1-рецепторов (БРА) применяются в клинической практике на протяжении более 10 лет и первоначально их рассматривали как альтернативу ингибиторам АПФ в случае плохой переносимости последних. Однако результаты контролируемых клинических исследований изменили представления о роли БРА в лечении и профилактике АГ. Так, в исследовании LIFE (9193 больных АГ) лозартан превосходил β-адреноблокатор (атенолол) по влиянию на риск смерти, инфаркт миокарда и инсульта [3]. Исследование VALUE (15245 больных АГ) показало, что частота первичной конечной точкой сопоставима при лечении валсартаном и пролонгированным антагонистом кальция [4]. В исследовании SCOPE (4964 пожилых больных АГ) терапия кандесартаном привела к значительному снижению риска инсульта (на 27%) по сравнению с плацебо [5]. Исследование MOSES продемонстрировало снижение частоты сердечно-сосудистых исходов в группе эпросартана, по сравнению с нитрендипином у 1500 больных

АГ, перенесших нарушение мозгового кровообращения.

По сравнению с ингибиторами АПФ блокаторы АТ1-рецепторов обеспечивают более полную блокаду ренин-ангиотензиновой системы, не зависящую от путей образования ангиотензина II. Блокаторы АТ1 – ангиотензиновых рецепторов – группа лекарственных препаратов, применение которой считается перспективным в лечении АГ. Как ингибиторы АПФ, блокаторы АТ1 – ангиотензиновых рецепторов вызывают периферическую вазодилатацию и подавляют чрезмерную активацию ренин-ангиотензиновой системы (РАС) [6].

Целью исследования явилось изучение эффективности, переносимости кандесартана цилексетила (АЙРА-сановель, фармацевтическая компания «Sanovel», Турция) и его влияния на функциональное состояние миокарда у больных АГ.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 30 амбулаторных больных АГ 1–2 степени со средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений (согласно классификации ВОЗ и МОАГ, 1999). Диагноз АГ поставлен в результате тщательного клинического и инструментально-лабораторного обследования. Средний возраст больных составил 51,9±6,7 лет (11 женщин и 19 мужчин), продолжительность заболевания – 12,5±2,7 года.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

23 (76,6%) пациента имели избыточную массу тела (индекс Кетле больше 25 кг/м²). У больных с избыточной массой тела определяли окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ) и их отношение (ОТ/ОБ). При ОТ/ОБ>1,0 у мужчин ожирение расценивали как андройдное (абдоминальное). Повышенный показатель отношения ОТ/ОБ оказался у 4 (13,3%) больных АГ. Гипокинезия (физическая активность считалась низкой, если она составляла менее 10 часов в неделю или если более 50% рабочего времени обследуемый находился в положении сидя) наблюдалась у 26 (86,6%) пациентов. Дислипидемия отмечалась у 19 больных, нарушенная толерантность к глюкозе – у 5, длительное курение – у 17, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых осложнений – у 11. Кроме того, у 10 обследованных пациентов – хронический бронхит вне обострения. В исследование не включались больные

АГ 3 степени, симптоматической и злокачественной АГ, с сопутствующими заболеваниями печени, почек, а также сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими дополнительной медикаментозной терапии.

За 10 дней до обследования были отмечены все ранее применявшиеся препараты. В случае значительного повышения АД больным назначались короткодействующие антигипертензивные препараты.

Исследуемые больные принимали високоселективный блокатор АТ₁-рецепторов – кандесартана цилексетил (АЙРА-сановель, фармацевтическая компания «Sanovel», Турция), который является пролекарством, активностью в отношении АТ₁-рецепторов обладает его метаболит – кандесартан. Всасывание препарата не зависит от приема пищи. Доза препарата в данном исследовании подбиралась индивидуально в зависимости от степени АГ и риска развития сердечно-сосудистых осложнений: кандесартан назначался в дозе 8–16 мг/сутки однократно утром.

Всем пациентам до начала приема препарата и через 12 недель лечения проводили клиническое обследование (измерение АД методом Н.С. Короткова трехкратно в положении сидя с интервалом 5 минут после 10-минутного отдыха), определение ЧСС, уровня холестерина, гликемии, электрокардиограмма, эхокардиография.

Структурно-функциональное состояние миокарда оценивали методом эхокардиографии (ЭхоКГ) на аппарате «Vivid 3» (General Electric, США) с использованием конвексного датчика 3,5 МГц в М- и В-режимах в стандартных эхокардиографических позициях по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE).

При ЭХОКГ в М-режиме измерялись следующие показатели:

конечный диастолический размер левого желудочка (КДР, см), конечный систолический размер левого желудочка (КСР, см), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП, см), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ, см). Верхней границей нормальных значений толщины стенок ЛЖ считали 1,1 см [7].

Масса миокарда ЛЖ рассчитывалась на основании его длины и толщины по короткой оси из парастернального доступа по формуле R. Devereux и N. Reichek, 1977 [8]:

$$\text{ММЛЖ} = 0,8 [1,04 \times (\text{КДР} + \text{ТМЖПд} + \text{ТЗСЛЖд})^3 - (\text{КДР})^3] + 0,6$$

ММЛЖ считали нормальной при значениях менее 215 грамм.

Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение массы миокарда левого желудочка к площади поверхности тела по формуле Dubois:

$$\text{ИММЛЖ} = \text{ММЛЖ} / S$$

Верхней границей нормальных значений ИММЛЖ считали 117 г/м² для мужчин и 104 г/м² – для женщин.

Эффект лечения оценивали в баллах: отличный эффект (4 балла) – снижение АД до целевого уровня, хороший эффект (3 балла) – снижение САД и ДАД более чем на 10% от исходного, удовлетворительный эффект (2 балла) – снижение САД и ДАД не более чем на 10 мм рт.ст. от исходного, неудовлетворительный эффект (1 балл) – отсутствие значимой динамики АД, изменения менее чем на 10 мм рт.ст. Оценка результатов лечения проводилась лечащим врачом. Кроме этого, результаты терапии оценивались пациентом в баллах: очень хороший результат – 4 балла, хороший – 3 балла, улучшение состояния – 2 балла, отсутствие эффекта – 1 балл.

Индивидуальная переносимость препарата оце-

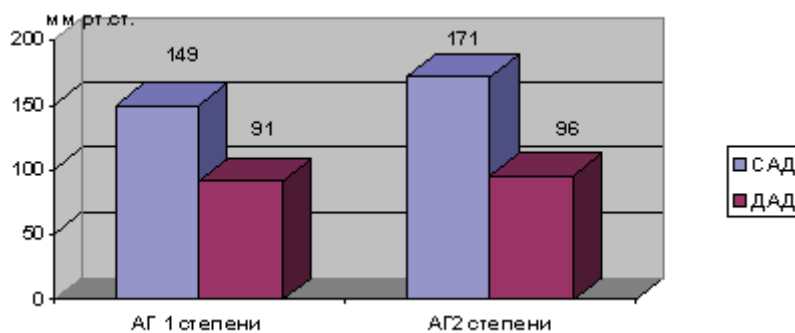


Рисунок 1 – Показатели АД у больных АГ

нивалась по результатам собеседования с больным о развитии побочных явлений, их характере и времени возникновения в процессе лечения. Переносимость препарата регистрировалась как хорошая при отсутствии побочных эффектов, удовлетворительная – при наличии побочных явлений, переходящих и не требовавших отмены препарата, неудовлетворительная – при возникновении побочных явлений, потребовавших отмены препарата.

Статистический анализ полученных результатов проводили методом вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента (данные представлены в виде $M \pm m$; достоверными считали изменения при $p < 0,05$).

Результаты исследования

Исследование завершили все пациенты. Ведущие жалобы на момент обследования: головные боли (85%), боли в области сердца на фоне повышения АД более 160/90 мм рт.ст. (25%), расстройство сна (25%), слабость и утомляемость (15%). На фоне 3-х месячной терапии кандесартаном у обследуемых больных прошли вышеперечисленные жалобы. По результатам опроса больных об изменении самочувствия на фоне лечения кандесартаном были получены следующие результаты: переносимость препарата регистрировалась как хорошая у 29 больных (96,7%), удовлетворительная – у 1 больного (3,3%).

Исходные показатели АД у больных АГ представлены на рисунке 1.

Снижение уровня АД в течение первых 10 дней было достигнуто у 16

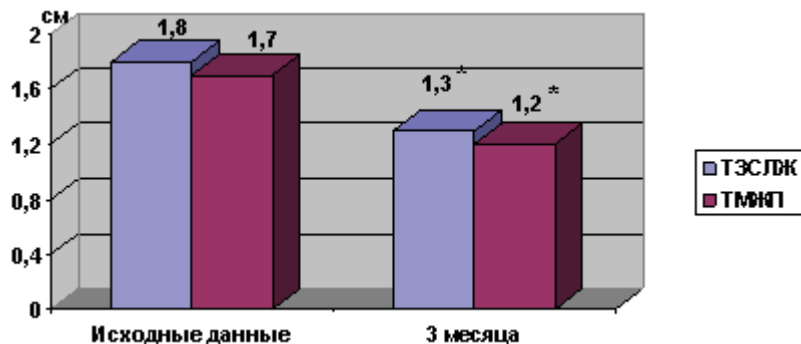
(53,3 %) больных, принимавших АЙРА-сановель в дозе 8 мг/сут., АД составило $134,2 \pm 2,1 / 82,1 \pm 2,84$ мм рт.ст. В дальнейшем доза кандесартана была увеличена до 16 мг/сут. К концу периода наблюдения АД составило $123,5 \pm 2,24 / 81,22 \pm 1,74$ мм рт.ст.

ЧСС исходно составляла $75,2 \pm 5,07$ ударов в минуту и концу исследования существенно не изменилась ($72,4 \pm 5,05$ ударов в 1 мин.). Нарушений ритма, синусовой тахикардии на фоне проводимой терапии не отмечалось.

Побочные реакции при лечении кандесартаном наблюдались у 2 больных, имели не выраженный характер, прошли через неделю и отмены препарата не потребовалось. Среди побочных реакций отмечались: у 1 пациента умеренная головная боль и у 1 – головокружение.

Исходный уровень общего холестерина и глюкозы у обследованных больных АГ были в пределах нормальных величин ($4,6 \pm 0,2$ ммоль/л и $4,7 \pm 0,3$ ммоль/л, соответственно). Через 3 месяца терапии уровень холестерина оставался в этих пределах. Достоверных изменений показателей глюкозы в крови не наблюдалось. Таким образом, кандесартан является метаболически нейтральным, в течение 12 недель не оказывал негативного влияния на содержание глюкозы и общего холестерина.

По оценке врача, эффект лечения в среднем по группе составил 3,8 балла. Отличный эф-



Условные обозначения : * - $p < 0,05$

Рисунок 2 – Показатели ТМЖП и ТЭСЛЖ в систолу у больных АГ при лечении кандесартаном

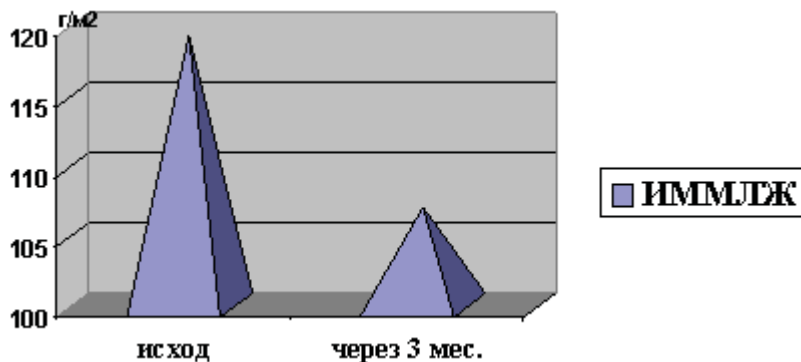


Рисунок 3 – Показатели массы миокарда левого желудочка и его индекса у больных АГ на фоне лечения кандесартаном

фekt был отмечен у 25 больных, хороший – у 5.

Данные ЭхоКГ: ТМЖП и ТЭСЛЖ в систолу у больных АГ на фоне лечения кандесартаном представлены на рисунке 2. По результатам исследования при терапии кандесартаном через 3 месяца выявлено достоверное снижение ТМЖП и ТЭСЛЖ в систолу (с $1,72 \pm 0,24$ до $1,21 \pm 0,23$ и с $1,83 \pm 0,32$ до $1,32 \pm 0,26$, соответственно, $p < 0,05$).

На рисунке 3 представлены изменения ИММЛЖ у больных АГ на фоне приема кандесартана. Через 3 месяца лечения кандесартаном нами выявлена тенденция к достоверному снижению ИММЛЖ (с $119,3 \pm 31,91$ на $107,0 \pm 32,21$; $p = 0,02$), при этом не изменялась сократительная функция левого желудочка.

По результатам исследования через 3 месяца терапии кандесартаном установлено достоверное снижение КДР (с $5,0 \pm 0,7$ до $4,7 \pm 1,1$), достоверное повышение МО (с $5,1 \pm 1,6$

до $6,3 \pm 2,5$) и СИ (с $2,5 \pm 0,7$ до $3,2 \pm 1,0$).

Проведенное нами исследование подтверждает кардиопротективное действие кандесартана. К положительным качествам кандесартана следует отнести его метаболическую нейтральность, что дает возможность назначать этот препарат больным артериальной гипертензией с сопутствующим атеросклерозом, сахарным диабетом, нетяжелыми поражениями печени и почек, хорошую переносимость, удобный режим назначения, что определяет хорошую приверженность больных к лечению этим препаратом. В настоящее время блокаторы АТ1 – ангиотензиновых рецепторов (ААII) включены в протоколы лечения больных АГ, ХСН, утвержденные Европейским обществом кардиологов. ААII имеют ряд преимуществ перед ингибиторами АПФ: более полно подавляют активность РАС, т.к. действуют на уровне клеточных рецепторов, ослабляют эффекты ангиотензина II независимо от метаболических путей его образования (известно, что 80% ангиотензина II образуется химазным путем). Следовательно, ААII более эффективно, чем ингибиторы АПФ, подавляют активность РАС. Частота побочных эффектов при их применении сравнима с плацебо. В частности, не вызывают сухой кашель и ангионевротический отек, т.к. они не оказывают влияния на другие биологически активные системы, кроме РАС [9].

Таким образом, анализируя эффект действия кандесартана, можно сделать вывод, что он соответствует требованиям, предъявляемым к современным антигипертензивным препаратам.

Выводы

1. Терапия кандесартаном (АЙРА-сановель) в дозе 8–16 мг привела к достижению целевых значений АД.
2. Кандесартан (АЙРА-сановель) обладает выраженным антигипертензивным, кардиопротективным эффектами, хорошо переносится больными, имеет удобный однократный режим приема, что определяет хорошую приверженность больных к лечению этим препаратом.
3. Кандесартан (АЙРА-сановель) – метаболически нейтрален.

Литература

1. Кобалава Ж.Д. Новое в лечении артериальной гипертензии // Практикующий врач. - 2001. - №2. - С. 1-10.
2. Mancia G., de Backer G., Dominiczak A. Et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2007. - 28. - P. 1462-1536.
3. Dahlöf B., Devereux R., Kjeldsen S. et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol // Lancet. - 2002. - 359 (9311). - P. 995-1003.
4. Julius S., Kjeldsen S., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial // Lancet. - 2004. - 363 (9426). - P. 2022-2031.

5. Lithell H., Hansson L., Skoog I. et al. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE): principal results of a randomized double-blind intervention trial // J. Hypertension. - 2003. - 21 (5). - P. 875-886.
6. Schrader J., Lodgers S., Kulschewski A. et al. Morbidity and Mortality After Stroke, Eprosartan Compared with Nitrendipine for Secondary Prevention: principal results of a prospective randomized controlled study (MOSES) // Stroke. - 2005. - 36 (6). - P. 1218-1226.
7. Teichholtz L.E. Problems in echocardiographic volume determination // Am. J. Cardiol. - 1976. - V37. - P. 7-11
8. Devegeux R., Casall P. Standartization of M-mode echocardiographic left ventricular anatomic measurement // J. Am. Cardiol. 1986. - 4. - P. 1222-1230.
9. Сидоренко Б.А, Преображенский Д.В. Блокаторы АТ1 – ангиотензиновых рецепторов. М., 2000. - 250 с.

Назальный спрей AQUA MARIS в комплексной терапии ринитов у больных бронхиальной астмой

Браславский В.Е., Сафрыгин К.В., Ежова О.А.

Клиника астмы, аллергологии и иммунологии, Москва

Введение

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний. Так, по данным мировой статистики, заболеваемость астмой составляет до 10–15% взрослого населения / 1–5,16,21–25 / и эта цифра продолжает неуклонно расти, по мере развития современного индустриального общества. Проблема БА приобретает в последние годы все большее клиническое и социальное значение в связи с общим ростом числа аллергических заболеваний. В частности, выявлено, что более 40% населения развитых стран имеют признаки так называемой аллергической готовности и показывают тенденцию к дальнейшему росту уровня аллергических заболеваний в популяции / 1–5 /. Причины такого возрастания общего числа аллергических реакций установлена еще недостаточно, несмотря на наличие к настоящему времени немалого числа теорий, объясняющих развитие аллергической пандемии / 1–5,21–25 /.

Важнейшей составляющей этой проблемы является, безусловно, БА. По данным ВОЗ, распространенность БА в современном мире достигает уже более 150 млн. По тем же данным, заболеваемость БА детей сегодня достигает уже более 10% и также продолжает увеличиваться / 1–4 /. В то же время, общепризнанным является тот факт, что БА часто сочетается с аллергическим ринитом (АР). В частности, показано, что гиперреактивность бронхов и приступы удушья наблюдаются приблизительно у 30% и 50% больных АР, соответственно / 16 /. В рекомендациях ВОЗ указано, что АР – это серьезное хроническое заболевание дыхательных путей, важность которого определяется его высоким уровнем в популяции, неблагоприятным влиянием на качество жизни, а также крупными экономическими потерями / 1–5,21–25 /. И наконец, неадекватное лечение АР при БА, с одной стороны, может привести к утяжелению внешних симптомов проявлений БА, а с другой – сам по себе АР может рассматриваться как фактор риска развития БА, в силу наличия единого механизма разветвления цепи аллергических реакций (так называемого «аллергического воспалительного каскада»), запускающей развитие внешнего симптомокомплекса АР и БА / 1–8,17–27 /.

Патогенез, классификация и методы лечения АР и БА

Современная концепция развития любого аллергического заболевания основана на его воспалительной природе / 1–5, 26 /. Аллергический воспалительный процесс (как АР, так и БА) условно можно подразделить на стадии острого и хронического воспаления и стадию необратимых морфологических изменений. Раннюю аллергическую реакцию принято считать IgE-опосредованной. В аллергическую реакцию замедленного типа вовлекается целый ряд иммунокомпетентных клеток, образующих так называемый «аллергический каскад». Эта цепь реакций носит весьма сложный и многообразный характер и является основой для формирования хронического воспалительного

процесса, который при БА характеризуется вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек глаз, носа и дыхательных путей, то есть всех внешних проявлений АР / 4–8 /.

Таким образом, если в прошлом аллергию считали лишь набором местных симптомов раздражения, то сегодня она представляется серьезным системным иммуновоспалительным заболеванием с различными взаимосвязанными местными проявлениями / 1–7, 16–27 /.

В настоящее время принято выделять 4 степени тяжести БА, определяемые по клиническим проявлениям ее течения и тем медикаментозным средствам, с помощью которых эти проявления удается контролировать / 1–5 /. Критериями здесь служат частота и тяжесть приступов удушья, их количество в дневное и ночное время, показатели бронхиальной проходимости (по данным ФВД), а также по объему используемой лекарственной терапии. На основе этого различают БА интермиттирующего (1 степень), легкого (2 степень), среднетяжелого (3 степень) и тяжелого (4 степень) течения. В зависимости от тяжести БА разработаны стандарты лечения и ведения таких больных. Описанная выше ступенчатая терапия БА является на сегодняшний день наиболее успешной и находит все большее применение в повседневной клинической практике в рамках Российской национальной программы по борьбе с бронхиальной астмой / 3–5 /. С другой стороны, современная классификация предлагает подразделять все формы АР на интермиттирующие и длительно протекающие; последние, в свою очередь, подразделяются по форме течения – на легкие, среднетяжелые и тяжелые формы протекания заболевания. Здесь, так же как и при БА, предлагается ступенчатый подход к лечению различных форм АР / 8 /.

Изложенный общепринятый (воспалительный) механизм развития АР подразумевает следующие методы лечения этого заболевания, рекомендуемые Международным Консенсусом по аллергическим ринитам / 8 /:

1. Ограничение контакта с аллергеном (аллергенами) – теоретически наиболее эффективный, но практически трудновыполнимый путь. В реальной жизни практически невозможно осуществить полную изоляцию сенсibilизированного организма от контакта с пусковыми аллергенами (домашняя пыль, продукты жизнедеятельности клещей рода *Dermatophagoides* и др.) ввиду их распространения по воздуху и постоянного наличия в любом человеческом жилище – то есть вследствие причин, в первую очередь, социальных / 4–8, 16–21 /.

2. Использование эффективных антигистаминовых препаратов. Именно здесь ведутся наиболее интенсивные исследования и достигнуты наиболее впечатляющие результаты, в особенности в последние годы / 4–8, 16–27 /. К сожалению, и этот путь имеет свои недостатки – это, в первую очередь, наличие индивидуальной непереносимости ряда препаратов, наличия у них побочных нежелательных эффектов и, наконец, ограничения клинического эффекта таких препаратов, поскольку блокирование гистаминового звена развития АР обеспечивает с большим

или меньшим успехом купирование лишь первой фазы аллергического ответа – реакции немедленного типа, что в свою очередь вызывает необходимость в применении антигистаминовых препаратов в течение всего периода возможного контакта с аллергенами, то есть, в рассматриваемом случае (АР при БА) – постоянно / 4–8, 16, 18–21 /.

3. Специфическая иммунотерапия – является высокоэффективным способом лечения АР, однако, для достижения такого эффекта аллерген должен быть четко идентифицирован, то есть проведение СИТ становится практически неэффективным при поливалентной аллергической реакции. Кроме того, СИТ чисто технически является длительной дорогостоящей и весьма утомительной для пациента процедурой / 3–6, 17–21 /.

4. Противовоспалительная терапия. Имеет для пациента наиболее явный клинический эффект, в связи с чем, наряду с применением антигистаминовых препаратов, имеет наибольшее распространение в повседневной лечебной практике. Обычно начинают такую терапию с применения препаратов хромогликата натрия, а при их неэффективности – назначают местные кортикостероиды / 3–8, 17–21 /.

Недостатки стероидной терапии общеизвестны и не подлежат обсуждению в рамках данной работы.

Рассмотренные выше ограничения и недостатки существующих методов лечения круглогодичного аллергического ринита вынуждают искать новые фармацевтические средства, имеющие иные точки приложения, что выгодно отличало бы их от общепринятых. Одним из таких препаратов является назальный спрей «AQUA MARIS», предложенный фирмой «JADRAN» (Хорватия) для лечения ринитов различного происхождения.

Обоснование применения препарата «AQUA MARIS»

В последнее время на российском фармацевтическом рынке появился новый препарат – назальный спрей «AQUA MARIS» (производитель – компания «Jadran», Хорватия), предлагаемый разработчиками для лечения различных форм ринитов. Спрей «AQUA MARIS» – это изотонический очищенный и стерилизованный раствор воды Адриатического моря. Предпосылкой к его применению для лечения АР явились исследования последних лет в области ринологии, показывающие, что в патогенезе воспалительной реакции при развитии ринита важнейшее значение имеет нарушение функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, эффективная работа которого, в свою очередь, в значительной степени зависит от присутствия и концентрации ионов калия и магния в окружающей эпителиальные клетки среде / 12–15 /.

С другой стороны, уникальный состав солей и микроэлементов, входящих в состав спрея «AQUA MARIS», позволяет стимулировать клетки мерцательного эпителия, а также способствует нормализации выработки и разжижению назальной слизи, что объясняется многими авторами положительным влиянием ионов магния / 9–11 /, концентрация которого в растворе «AQUA MARIS» доходит до 482 мг/л / 11 /.

Таким образом, по предположению разработчиков и производителей препарата «AQUA MARIS», его положительный эффект при лечении АР должен быть обусловлен его химическим составом. Кроме того, применение подобного препарата должно вызывать чисто механическое разведение аллергенов при его контакте со слизистой оболочкой носа и околоносовых пазух, а также способствовать смыванию аллергенов с поверхности слизистых оболочек / 9–11 /.

Высказанные предположения послужили авторам ос-

нованием для проведения исследования эффективности назального спрея «AQUA MARIS» в составе комплексной терапии АР при БА.

Материалы и методы

Исследование клинической эффективности препарата «AQUA MARIS» проводили у 96 пациентов обоего пола в возрасте от 14 до 72 лет. Контрольную группу составили 76 пациентов, проходивших курс лечения традиционными методами в те же временные периоды. Возраст больных, длительность лечения и степень тяжести заболевания в обеих группах были приблизительно одинаковыми. Для оценки эффективности препарата «AQUA MARIS» были использованы общепринятые критерии:

Выраженность заболевания определяли субъективно, по балльной системе для симптомов АР / 11 / – 1). Чихание, 2). Ринорея, 3). Зуд в носу, першение в горле, 4). Конъюнктивит, 5) Заложенность носа, 6) Субъективное увеличение физической и социальной активности, то есть степень повышения качества жизни. Каждый симптом оценивали по пятибалльной шкале совместно врачом и пациентом при каждом амбулаторном посещении: 0 – отсутствие данного симптома, 1 – симптом присутствует, но не причиняет неудобств, 2 – симптом причиняет неудобства, но не мешает нормальной дневной активности или сну, 3 – симптом причиняет значительные неудобства, мешающие нормальной дневной активности или сну, 4 – симптом выражен настолько сильно, что требуется изменения курса терапии и применения более сильных препаратов.

Общая сумма баллов подсчитывалась при суммировании силы каждого из перечисленных симптомов. Клинический эффект препарата «AQUA MARIS» оценивали по 4–балльной системе, опираясь, главным образом, на внешние проявления симптомов АР:

0 – отсутствие эффекта;

1 – удовлетворительно (незначительное уменьшение симптомов АР);

2 – хорошо (выраженное уменьшение симптомов АР, значительное уменьшение объемов необходимой поддерживающей медикаментозной терапии);

3 – отлично (полное исчезновение симптомов АР).

Лечение препаратом «AQUA MARIS» проводили на фоне общепринятой комплексной терапии АР при БА / 1–8, 19–22, 24–27 / . Исследование проводили амбулаторно. В состав базисной терапии входили таблетированные препараты (ЗАДИТЕН, ЭРИУС), капсулы (СЕМПРЕКС, ТОКОФЕРОЛ), назальные спреи (КРОМОГЕКСАЛ, НАЗОНЕКС, АЛЬДЕЦИН, ФЛИКСОНАЗЕ) и, при необходимости, в течение начальной стадии курса терапии – сосудосуживающие препараты (подбирались в каждом случае индивидуально).

Авторами был использован препарат «AQUA MARIS», помещенный в стеклянные флаконы по 30мл, снабженные дозатором–распылителем на 200 доз. Назальный спрей «AQUA MARIS» использовался методом орошения полости носа в дневное время, 6–8 раз в сутки, по 1–2 дозы за одно применение препарата.

Результаты исследования

В результате проведенных исследований было выяснено, что эффективность применения препарата «AQUA MARIS» в составе комплексной терапии АР при БА в значительной степени зависит от формы, тяжести и длительности заболевания, однако во всех случаях она оказалась достаточно высокой. Применение препарата «AQUA MARIS» приводило к более быстрому и выраженному ослаблению симптомов исследуемого заболевания, по сравнению с контрольной группой пациентов.

Так, более выраженное улучшение, стабильность и длительность проявлений клинического эффекта применения препарата «AQUA MARIS» наблюдались при легкой и средней степени тяжести заболевания, а также при более коротком его анамнезе.

В этой группе пациентов число хороших и отличных результатов (2–3 балла по оценочной шкале) достигало более 57%. Удовлетворительные результаты (1 балл) были отмечены у 29% пациентов. Отсутствие клинического эффекта препарата «AQUA MARIS» было выявлено у 14% больных – как правило, это были тяжелые больные с длительным анамнезом заболевания, многолетним вынужденным применением стероидных препаратов в составе поддерживающей терапии.

Иными словами, в целом положительный эффект применения препарата «AQUA MARIS» отмечен более чем у 85% пациентов. При этом важно отметить, что оценка как врачом, так и пациентом эффективности и переносимости препарата практически полностью совпадала. В частности, не было отмечено ни одного случая индивидуальной непереносимости препарата «AQUA MARIS».

До начала лечения основные симптомы АР различной степени тяжести (от 0 до 5) наблюдались у 100% пациентов обеих групп. К концу первой недели такие симптомы, как зуд в носу и чихание сохранялись у 41% больных в контрольной группе и у 21% пациентов, получавших «AQUA MARIS», к концу 3-ей недели – у 28% и 16%, соответственно.

Приблизительно в той же пропорции снизилась выраженность других симптомов: ринорея сохранялась к концу первой недели у 27% больных в контрольной, и у 13% в экспериментальной группе, а к исходу 3-ей недели лечения – у 17% и 7%, соответственно. Положительный эффект применения спрея «AQUA MARIS», хотя и в меньшей степени был отмечен также и при симптомах конъюнктивита, что, вероятно /9–11 /, связано с проникновением препарата по носослезному каналу.

В целом, выраженность ринита уменьшалась (в среднем) на 4–6 баллов в экспериментальной группе пациентов, чем за такой же срок в параллельной ей контрольной группе. Это подразумевает не только снижение объема поддерживающей терапии (безусловный экономический эффект), но также и более раннее исчезновение тяжелых внешних проявлений БА (в форме симптомов АР) в группе пациентов, получавших назальный спрей

«AQUA MARIS» в составе комплексной терапии АР при БА – то есть, расширение физической и социальной активности пациентов, повышение качества их жизни.

Обсуждение полученных результатов

Таким образом, полученные в результате настоящего исследования данные позволяют говорить о выраженном положительном влиянии препарата «AQUA MARIS» на повышение качества жизни больных БА, вплоть до полного его возвращения у части пациентов, главным образом, с легкими формами проявления заболевания.

Полученные авторами результаты показывают выраженный положительный эффект применения препарата «AQUA MARIS» в составе комплексной терапии АР при БА. Вопрос о механизмах подобного эффекта остается пока открытым, хотя некоторые авторы /9–11/ склонны относить его за счет улучшения с помощью компонентов этого препарата (в первую очередь, микроэлементов и ионов) обменных энергетических процессов в клетках эпителия носа и околоносовых пазух, что и приводит к восстановлению полноценного носового дыхания.

С другой стороны, можно предположить, что положительный эффект применения препарата «AQUA MARIS» для лечения АР может быть получен за счет его аэрозольной формы, позволяющей значительно увеличить площадь контакта препарата со слизистой оболочкой носа и прилежащих пазух. Это приводит, с одной стороны – к многократному разбавлению действующего на слизистую оболочку аллергена, а с другой – к чисто механическому очищению слизистой носа от контактирующего с ней аллергена. В любом случае очевидно, что выявленный авторами положительный эффект действия спрея «AQUA MARIS» в составе комплексной терапии АР при БА подлечит дальнейшему более детальному исследованию.

Подводя итоги приведенным данным, можно заключить, что представленные выше результаты (улучшение клинических и функциональных показателей в исследованной группе больных, потенциальный экономический эффект, а также наличие выраженного эффекта повышения качества жизни) позволяют авторам данной статьи рекомендовать использование назального спрея «AQUA MARIS» в составе комплексной терапии АР при БА.

Литература

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Лечение и профилактика бронхиальной астмы. Москва, РМЖ., Том 3, №10, 1996.
2. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. Москва, РМЖ, 1998, Том 6, №2.
3. Чучалин А.Г., Антонов С.Н., Сахарова Г.М., Белевский А.С., Медникова О.Б., Беда М.В. Метод оптимизации антиастматической терапии. Москва, 1997, монография.
4. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. Москва, 2001, монография.
5. Чучалин А.Г. Стратегия профилактики аллергии и бронхиальной астмы. Москва, Астма.ru., 2001, 1, с2-5.
6. Ильина Н.И. Аллергический ринит. Аллергия, астма и клиническая иммунология, 1997, 4, с 20-24.
7. Гуцин И.С. Антагонисты H1-рецепторов как противоаллергические лекарственные средства. Аллергия, астма и клиническая иммунология, 1997, 4, с3-20.
8. Ринит. Резюме Международного соглашения по диагностике ринитов. Москва 1994, монография.
9. Рязанцев С.В. Морская вода в ринологии. Новости отоларингологии и логопатологии, 2002, с1-4.
10. Александров А.Н., Шахназаров А.Э. Аэрозольный препарат AQUA MARIS в ринологической практике. Folia otorhinolaryngologica, 2002, 3.
11. Киселев А.С., Ткачук И.В. Спрей AQUA MARIS в лечении патологии носа и околоносовых пазух. Матер. XVI съезда отоларингологов РФ. СПб., РИА-АМИ, 2001, с598-601.
12. Марков Г.И. Транспортная функция мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа при воспалительных заболеваниях. Вестник отоларингологии, 1985, 4, с36-37.
13. Плужников М.С., Шантуров А.Г., Лавренева Г.В., Носуля Е.В. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомокинеза. — СПб., 1995, с5-18
14. Рихельман Г.А., Лопатин А.С. Мукоцилиарный транспорт. Российская

ринология, 1994, 4, с33-37.

15. Митин Ю.В., Науменко А.Н., Бойко С.В., Смехнов А. А. Исследование биоэлементов в слизистой оболочке носа и плазме крови в процессе комплексного лечения больных вазомоторным ринитом. Ж. ушных, носовых и горловых болезней, 1998, 2, с23-30
16. Pedersen P.A., Weeke E.R. Asthma and allergic rhinitis in the same patients. Allergy, 1983, 38, 25-29.
17. Thompson A.K., Ferrie P.J., Roberts J.N. Validation of the standardized version of the Rhinoconjunctivitis. J. Allergy Clin. Immunol., 1999, 104, p364-369.
18. Juniper E.F. Rhinitis management: the patient's perspective. Clin. Exp. Allergy., 1998, 28 (suppl 6), p34-38.
19. Blaiss M.S. Cognitive, social and economic costs of allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc., 2000, 21, p7-13.
20. Bagenstose S.E., Bernstein J.A. Treatment of chronic rhinitis by an allergy specialists improves quality of life outcomes. Ann. Allergy Asthma Immunol., 1999, 83, p524-528.
21. Marshall G.D. Therapeutic options in allergic disease; Antihistamines as systemic antiallergic agents. J. Allergy Clin. Immunol., 2000, 106, p303-309.
22. Corren J. The relationship between allergic rhinitis and bronchial asthma. Curr. Opin. Pulm. Med., 1999, 5, p35-37.
23. Lundback B. Epidemiology of rhinitis and asthma. Clin. Exp. Allergy. 1998, 28, p3-10.
24. Sly R.M. Changing prevalence of allergic rhinitis and asthma. Ann. Allergy Asthma Immunol., 1999, 82, p233-252.
25. Takafuji S., Nakagawa T. Air pollution and allergy. J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2000, 10, p5-10.
26. Togias A.G. Systemic immunologic and inflammatory aspects of allergic rhinitis. J. Allergy Clin. Immunol., 2000, 106, p247-250.
27. Fireman P. Therapeutics approaches to allergic rhinitis. J. Allergy Clin Immunol. 2000, 105, s16-s21.

Оценка эффективности препарата Танакан в лечении больных диабетической и гипертонической ретинопатиями

Р.К. Сабирова, Л.П. Попова, С.Х. Тлеубекова, Л.Г. Островерхова
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК
УДК 617.735:616.379 – 008.64:615.2

Авторлар ретинопатиялық бар науқастарға комплексті медикаментоз-ды терапияда Танакан препаратын қолданғандағы эффектілігіне анализ жаса-ды. Бақылауда 32 науқас болды (53 көз). Науқастар екі топқа бөлінді: 1- ші негізгі (61 көз) және бақылаудағы (26 көз): гипертониялық нейрнопатиямен, диабеттік нейрнопатиямен. Тексерушілер 10 күн негізгі медикаментозды, антиоксиданттар, антиагреганттар, ангиопротекторлар, метоболикалық процесстерді жақсартатын, витаминтерапия, көрсеткіштері бойынша дегидротациялық ем қабылдады. Негізгі топ науқастарына қосымша Танакан 40мг 3 рет тамақтан кейін 60 күнге тағайындалды.

Комплексті емде Танаканды қолдану келесі оң клиникалық қортындыларға: жалпы жағдайының жақсаруына, ЗВП көрсеткіштерінің тұрақтануына, қан айналым көрсеткіштерінің жақсаруына, орталық және шеткі көрудің жақсаруына әкеледі. Ол ұзақ (2 ай) емделгенде эффектілігі арта түседі. Танаканның 2 айлық емінен кейінгі жақсы көрсеткіші 6 айға дейін созылады.

Нарушения гемолимфоциркуляции и метаболизма при диабетической и гипертонической нейроретинопатиях усугубляют глазную ишемию, приводят к резкому снижению зрительных функций, в том числе и у лиц молодого возраста, и требуют длительной и часто постоянной медикаментозной терапии [1, 2]. Актуальными остаются вопросы медикаментозного и хирургического лечения ишемического поражения глазного яблока [3, 4].

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности применения препарата Танакан в комплексе медикаментозной терапии у больных диабетической и гипертонической нейроретинопатиями.

Под нашим наблюдением находились 32 больных (53 глаз). Возраст больных в среднем составлял 54,2±0,03.

Больные были распределены на 2 группы: 1 – основная, 2 – контрольная. К основной группе были отнесены 16 больных (27 глаз): с гипертонической нейроретинопатией – 4 человека (8 глаз), с диабетической нейроретинопатией – 7 (14 глаз), с острой ишемической нейроретинопатией – 5 (5 глаз). В контрольную группу были включены 16 больных (26 глаз): с гипертонической нейроретинопатией – 4 человека (8 глаз), с диабетической нейроретинопатией – 6 (12 глаз).

Исследуемым проводилось общепринятое офтальмологическое обследование (визометрия, биомикроскопия, тонометрия, офтальмохромо-скопия, периметрия), дополнительно электрофизиологическое исследование глаз (ЭФИ), ультразвуковое доплеровское исследование глазничных сосудов (УЗДГ) и биомикроскопия кровеносных микрососудов конъюнктивальной оболочки по методике В. В. Волкова.

Исследуемые получали базисное медикаментозное лечение в течение 10 дней, включающее антиоксиданты, антиагреганты, ангиопротекторы, препараты улучшающие мета-

Under supervision were 32 sick (53 eyes) in the age of on the average 54, 2±0,03 years which are distributed on 2 groups: 1 – the basic (27 eyes), 2 – control (26 eyes) with ophtalmoischemic a syndrome.

Researched received in eye branch basic medicamentous treatment within 10 days, antidiabetic and gipotensiv therapies. The patient of the basic group had been in addition appointed Tanakan on 1 doze 3 times after meal within 2 months.

After course of treatment, it is especially expressed after 2 months the treatments researched in the basic group subjectively marked improvement of the general condition, reduction of headaches, improvement of memory and motivations, dream was normalized. On a background of treatment increase of visual acuity, decrease in OKA was marked. On data ЭФИ of eyes it was marked stabilization of parameters ЗВИ, improvement of parameters of a blood-groove was marked.

болические процессы, витамины, по показаниям дегидратационная, антидиабетическая и гипотензивная терапии.

Больным основной группы дополнительно был назначен Танакан по 40 мг 3 раза в день после еды в течение 60 дней. Больные контрольной группы получали в течение 2-х месяцев милдронат по 1 таблетке 2 раза день

Танакан – препарат фармацевтической фирмы «Ipsen» состоит из флавоноидных гликозидов – 24%, терпеновых веществ – 6%, гинкголидов А, В, С – 3,1%, билобалидов – 2,9%, проантоцианидов – 7%, карбоксикислоты – 13%, катехинов – 2%, нефлавоноидных гликозидов – 20%. Доказано, что Танакан оказывая сосудорегулирующее, нейропротективное, антиишемическое, антиагрегантное и антиоксидантное действия, не только улучшает гемомикроциркуляцию, но способствует восстановлению и поддержанию нормальной тканевой перфузии и повышает тонус вен, тем самым ускоряя выведение продуктов метаболизма.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по показателям конъюнктивальной гемоциркуляции – общему конъюнктивальному индексу (ОКИ), офтальмохромоскопической картине, данным ЭФИ глаз – зрительно-вызванным потенциалам (ЗВП), по данным УЗДГ глазничной артерии, центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артерий. Исследование проводилось на первый-второй день после поступления в стационар, через 1, 2 и 6 месяцев после лечения. ЭФИ и УЗДГ проводились на момент поступления в стационар и после окончания курса лечения.

При поступлении у больных с нейроретинопатиями в 100% случаев выявлены зрительные нарушения различной степени выраженности.

При биомикроскопии кровеносных микрососудов у исследуемых в обеих группах обнаруживались высо-

кие значения показателей конъюнктивальных индексов. Периваскулярные расстройства в виде очажков микрозастоя и геморрагий обнаруживались в 32,6%. Сосудистые нарушения выявлялись в 100% случаев, чаще проявлявшиеся неравномерностью калибра микрососудов (венул – в 83,2% случаев, артериол – в 67,3%), их извитостью (венул – в 96,2%, капилляров – в 99,3%, артериол – в 76,5%), а также аневризматическими выпячиваниями (венул – в 72,1%, артериол – в 17,0%). В 84,5% случаев имелись зоны запустевания капилляров. В 87,6% обнаруживались внутрисосудистые изменения. При этом в 95,6% случаев отмечалось замедление кровотока в микрососудах вплоть до стаза. В венулах и капиллярах оно наблюдалось в 97,12% случаев. Сладжирование в артериолах не отмечалось, а в 86,4% случаев выявлен сладж – феномен в капиллярах и в 25,1% случаев – в единичных посткапиллярных венулах.

На ЭФИ глаз по показателям ЗВП регистрировалось в контрольной группе увеличение латентности в 0,6 раза и уменьшение амплитуды 1,1 раза. В основной группе также отмечалось резкое снижение этих показателей: увеличение латентности в 0,7 раза и уменьшение амплитуды 1,0 раза.

По данным УЗДГ, отмечалось в обеих группах ухудшение кровотока в глазничной артерии, в центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артериях соответственно в 1, 1 и 0,7, и 0,6 раза.

За период применения препарата не было зарегистрировано ни одного случая побочного действия.

К концу 1 месяца лечения исследуемые обеих групп субъективно отмечали улучшение общего состояния. Больные основной группы также отмечали уменьшение головных болей, улучшение памяти и мотиваций, у них нормализовался сон. Данный положительный клинический результат после 2-х месячного курса терапии Танаканом продолжался до 3 месяцев.

При биомикроскопии конъюнктивы у больных отмечалось улучшение ОКИ в обеих группах. После 1 месяца лечения существенных изменений ОКИ не наблюдалось как в основной так и в контрольной группах. Однако в основной группе уже отмечались начальные изменения ОКИ в сторону улучшения; так до лечения ОКИ составлял $14,31 \pm 0,02$ балла, а через 1 месяц после лечения $13,42 \pm 0,02$. ОКИ в основной и контрольной группах после 2 месяцев лечения улучшился, соответственно, на 2,2 и 1,2 балла. При этом улучшение ОКИ в группе больных,

получивших Танакан, оказалось более значительной. На фоне лечения отмечалось уменьшение неравномерности калибра артериол и капилляров, увеличение числа функционирующих капилляров, особенно в основной группе после 2 месяцев лечения. Отмечалось снижение внутриконъюнктивального индекса (ВКИ) в обеих группах, но в основной группе более выражено (с 3,4 до 2,0 балла), что проявлялось уменьшением сосудистой агрегации и ускорением кровотока. При динамическом наблюдении к концу 6 месяца после проведенного лечения ОКИ в обеих группах увеличился, в основной группе показатель ОКИ был ниже исходного на 1,2 балла, а в контрольной – на 0,8 балла.

На фоне лечения, по данным ЭФИ глаз, отмечалось стабилизация показателей ЗВП: уменьшение латентности и увеличение амплитуды. В контрольной группе регистрировалось улучшение показателя латентности на 0,1 раза, а показатель амплитуды остался без изменений. В основной группе также отмечалось улучшение этих показателей: латентности на 0,3 раза и амплитуды на 0,1 раза.

По данным УЗДГ глазничных сосудов, на фоне лечения отмечалось улучшение показателей кровотока. Так в контрольной группе регистрировалось нарушение кровотока в глазничной артерии в 1,0 раза, в центральной артерии сетчатки – в 0,6 и задних коротких цилиарных артериях – в 0,4 раза, следовательно кровоток улучшился соответственно на 0,1, 0,1 и 0,2 раза. В основной группе отмечалось улучшение кровотока в глазничной артерии и задних коротких цилиарных артериях на 0,1 раза и в центральной артерии сетчатки – на 0,2 раза.

Итак, Танакан приводит к следующим положительным клиническим результатам: снижению ОКИ, стабилизации показателей ЗВП, улучшению показателей кровотока. Танакан хорошо переносится.

Выводы

1. Танакан оказывает положительное действие на состояние гемодинамики глаза.
2. На фоне лечения Танаканом наблюдается стабилизация зрительных функций глаза у больных нейроретинопатиями.
3. Танакан более эффективен при длительных курсах лечения (до 2 месяцев).
5. Положительный эффект после 2-х месячного курса терапии Танаканом продолжается до 6 месяцев.

Литература

1. Тарасова Л.Н., Киселева Т.Н., Фокин А.А. Глазной ишемический синдром (монография) - М. - М. - 2003 - 173 с.
2. Mizener J.V., Podhajsky P., Hayreh S.S. // *Ophthalmol.* – 1997. – Vol. 104, № 5 – P. 859-864.

3. Куликов В.П. Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний. – Новосибирск – 1997 - 204 с.
4. Елисеева Т.О., Бишеле Н.А. Применение вазоактивных препаратов для лечения ишемических заболеваний зрительного нерва и сетчатки. - *Русс мед журн.* - 2000 - Т.8 - №1 - с. 16.

Опыт применения препарата Ципролет при лечении сальпингитов и оофаритов в условиях дневного стационара

ГККП «Поликлиника №1» г. Балхаш

Шаталова Т.А., Жуманова Г.Б., Рахимбаева З.А., Жакубекова Р.Б.

Наиболее распространенными причинами неправильного использования назначенных лекарственных препаратов пациентами, и, соответственно, неэффективности фармакотерапии в амбулаторных условиях являются: быстрое исчезновение симптомов заболевания, возникновение побочных эффектов, отношение к препарату как неэффективному, либо сложность схемы применения препарата.

Рациональная фармакотерапия заключается в назначении как можно меньшего числа лекарственных препаратов (предпочтительно, только одного), с оптимальным действием, возможно малым количеством побочных эффектов, в подходящей лекарственной форме, с простой схемой применения (один или два раза в сутки), и на самый оптимальный срок.

Следует помнить, что оральный способ введения предпочтителен во всех случаях амбулаторной практики, кроме тех, когда необходимо получение немедленного результата по жизненным показаниям.

Фторхинолоны заявлены в перечне основных медикаментов для лечения сальпингитов и оофаритов, код протокола: Н-О-О13; КОД по МКБ: N 70 – Сальпингит и оофарит, N-70.0 – острый сальпингит и оофарит, N- 70.1 – Хронический сальпингит и оофарит, N-70.9 – Сальпингит и оофарит неуточненные.

Ципролет (ципрофлоксацин) – антибактериальный препарат из группы фторхинолонов Компании «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд» действует бактерицидно. Ингибируя ДНК – гиразу бактерий. На клетки человека препарат токсического действия не оказывает из-за различия ферментных систем. Ципролет обладает очень широким антимикробным спектром и системным действием. Оказывает бактерицидное действие на большинство аэробных грамотрицательных и грамположительных бактерий.

После перорального применения Ципролета максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 1–2 часа. После внутривенного введения Ципролета высокая концентрация в плазме крови достигается через 20 минут. В течение 2 часов Ципролет распределяется в тканях и органах, где его концентрация в несколько раз превышает сывороточную. Уровень концентрации препарата, необходимый для подавления бактерий, сохраняется в течение 12 часов. Период полувыведения составляет 4 часа. Экскретируется препарат в неизменном виде в основном с мочой.

Ципролет назначается в дозах, зависящих от конкретной клинической ситуации.

Нами были учтены все рекомендации клинических протоколов т.е. показания для экстренной и плановой госпитализации (молодой возраст, сомнения в диагнозе, выраженная лихорадочная реакция, тубоовариальный абсцесс и т.д...) Мы выбрали женщин с уточненным диагнозом, с подострой формой течения процесса (т.к. острая форма предполагает госпитализацию в гинекологический стационар), получавшими лечение амбула-

торно. В условиях дневного стационара за 2 года (2007 и 2006гг) было пролечено 113 женщин. Возрастной состав – 20–23 года – 15 человек, 25–28 лет – 46 человек, 29–35 лет – 28 человек, 36–42 года – 24 женщины.

Больные были госпитализированы в среднем через неделю после начала заболевания. Около половины пациентов на догоспитальном этапе получали антибактериальную терапию ампициллином, цефазолином или гентамицином. С жалобами на боли внизу живота, патологические выделения из половых путей, субфебрильная температура в отдельных случаях.

Терапию проводили в соответствии с тяжестью заболевания. При тяжелом и среднетяжелом течении сальпингооофарита Ципролет вводили по 200 мг 2 раза в сутки инфузионно в течение 3–х дней с последующим переводом на прием препарата внутрь. При легком течении сальпингооофарита Ципролет назначался по 500 мг 2 раза в день перорально.

Динамика клинических проявлений у больных

При поступлении у 22 больных отмечалась температура – субфебрильная. На фоне применения Ципролета уже через 72 часа после начала терапии была отмечена нормализация температуры. В конце терапии у всех больных, оставшихся в исследовании температура была нормальной. Через 72 часа уменьшились боли внизу живота. У 24 больных боли купировались через 48 часов. После лечения у всех больных, оставшихся в исследовании, клинические признаки заболевания полностью исчезли.

Таким образом, под влиянием препарата Ципролет уже через 72 часа у большинства больных была отмечена положительная клиническая динамика, выражающаяся в нормализации или снижении температуры, уменьшении субъективных и объективных признаков воспаления.

В периферической крови до начала лечения у 22 больных отмечались лейкоцитоз, ускорение СОЭ. После лечения у всех достоверно снизилось количество лейкоцитов, снизилась СОЭ.

При контрольном УЗИ исследовании в группе наблюдалось полное разрешение у 102 человек, у 7 пациентов, несмотря на клиническое улучшение, была отмечена незначительная УЗИ динамика, в связи, с чем были использованы другие антибактериальные препараты. У 1 женщины возникла аллергическая реакция в виде крапивницы, в связи, с чем Ципролет был отменен.

Побочные действия при применении Ципролета были отмечены у 4 больных в виде тошноты, невыраженной изжоги, нарушения аппетита, но они не были выраженными и не требовали отмены препарата.

Суммируя результаты клинических, ультразвуковых, и лабораторных данных оказалось, что клиническая эффективность Ципролета составила 92,9 %.

Выводы

1. Ципролет является высокоэффективным антибактериальным препаратом для лечения заболеваний половой системы.
2. Может быть использован для монотерапии.
3. Простая схема применения
4. Малое количество побочных эффектов.
5. Ципролет может быть рекомендован для лечения в амбулаторной практике.

Литература

1. Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов «Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии» Москва, 2002г.
2. Белобородова Н.В., Падейская Е.Н., Бирюков А.В. Дискуссия о ципрофлоксацине и новых фторхинолонах в педиатрии. М., Универсум Паблишинг, 1996.
3. Падейская Е.Н. Антимикробные препараты группы фторхинолонов: токсичность, безопасность, побочные реакции, противопоказания. РМЖ. 1999; 10: 470 – 476

Хламидийная инфекция у беременных. Опыт применения джозамицина (вильпрафена)

Жабина Л.Д., Карабалаева Ш.А.

Городская поликлиника №9 г. Алматы

По данным ВОЗ, частота обнаружения *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) у беременных колеблется в очень широких пределах (от 2 до 37%), в среднем составляя 6–8%. *C. trachomatis* передается преимущественно половым путем и обладает выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию.

Рандомизированные исследования, проводимые под контролем ВОЗ, показывают, что у 35–50% новорожденных, матери которых инфицированы *C. trachomatis*, развивается хламидийная офтальмия (в 5 раз чаще гонококковой), у 11–20% – пневмония, а общая частота инфицирования детей достигает 70%.

Высокая частота персистирующей хламидийной инфекции, не имеющей клинических проявлений, приводит к выявлению её только при возникновении осложнений. Хламидийная инфекция ведёт к потерям беременности, невынашиванию, развитию фетоплацентарной недостаточности, внутриутробному инфицированию (ВУИ) плода, послеродовым воспалительным заболеваниям, неонатальным инфекциям.

В I триместре беременности наиболее характерным осложнением является угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность и спонтанный аборт. Во II и III триместрах угроза прерывания беременности имеет длительное течение, а токолитическая терапия даёт, как правило, нестойкий эффект. Это связано с инфицированием амниона хламидиями, которое встречается у 65% беременных. Тельца *C. trachomatis* выявлены во всех тканевых структурах плаценты женщин с генитальным хламидиозом. Отмечено, что поражённые хламидиями клетки обнаружены в просвете капилляров ворсин хориона, что указывает на возможный гематогенный путь передачи инфекции от матери к плоду. В плацентах женщин с генитальным хламидиозом происходит нарушение иммунного гомеостаза с образованием патогенных иммунных комплексов (ПИК), включающих IgM, IgG, IgA и фиксирующих С3-фрагмент комплемента как маркер патогенности. Показано, что фиксация ПИК на мембранных структурах плаценты приводит к разрушению мембран синцития и плацентарного барьера. Последнее вызывает развитие плацентарной недостаточности и повреждение фетоплацентарной системы.

В случаях инфицирования амниотических оболочек может развиваться многоводие, специфическое поражение плаценты (плацентит), плацентарная недостаточность, гипотрофия и гипоксия плода. Истинные пороки развития плода не являются патогномоничными для хламидийной инфекции.

Для беременных с хламидийной инфекцией и фетоплацентарной недостаточностью первичными её проявлениями являются нарушения внутриплацентарного кровотока.

Механизмы внутриутробного инфицирования при хламидийной инфекции включают следующие пути распространения инфекции: восходящий – при наличии специфического поражения нижних отделов полового тракта; нисходящий – при локализации воспалительного очага в области придатков матки; трансдецидуальный

– при наличии инфекции в эндометрии; гематогенный – в большинстве случаев обусловлен способностью хламидий длительно персистировать в лимфоцитах периферической крови; контактный – прямая контаминация новорождённого при прохождении через родовую канал. К неонатальным проявлениям хламидийной инфекции относятся поражения кожи и слизистых (конъюнктивит), пневмония, отит, вульвит, уретрит. У недоношенных детей возможно развитие специфического миокардита после хламидийной пневмонии, описаны случаи хламидийного менингита и энцефалита.

Ни один из современных методов диагностики хламидиоза не обеспечивает 100% надёжности. Поэтому лабораторная диагностика должна основываться на сочетании минимум двух методов, одним из которых должен являться культуральный.

Наиболее достоверным методом диагностики хламидиоза является сочетание культурального исследования и полимеразной цепной реакции.

Ранняя диагностика внутриутробной инфекции позволяет своевременно решать вопросы о прерывании беременности и проведении необходимой терапии у беременных группы риска. Вместе с тем, использование препарата у беременных возможно при тщательной оценке пользы и риска.

Джозамицин (Вильпрафен) относится к группе макролидов и применяется в Европе более 20 лет. Вильпрафен является препаратом выбора для лечения хламидиоза у беременных женщин.

Характерным для фармакокинетики этого препарата является быстрое накопление в высокой концентрации в клетках и тканях благодаря высокой липофильности макролидов. Джозамицин отличается очень хорошей переносимостью, так не оказывает стимулирующего влияния на моторику ЖКТ. Кроме того, в отличие от ряда других макролидов для него не характерны лекарственные взаимодействия.

Под нашим наблюдением находились 22 беременные со сроком гестации 9–40 недель, у 9 (40,9%) из которых диагностирована неэффективность лечения в анамнезе остро или хронического хламидиоза, а также 7 (31,8%) женщин с персистирующей инфекцией и 6 (27,2%) беременных, прекративших ранее начатую терапию по немотивированным причинам. В анамнезе у 2 женщин – антенатальная гибель плода, у 6 – замершая беременность в ранние сроки, у 11 – угроза прерывания беременности.

8 (36%) женщин, у которых в анамнезе был неблагоприятный исход беременности, обследование и лечение получали до наступления беременности.

Антихламидийное и иммунокорректирующее лечение у беременных назначали только со второго триместра беременности. Беременные получали Вильпрафен, который назначался по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней с последующим проведением иммунокорректирующей терапии.

С целью восстановления нормального микробиоценоза влагалища и коррекции иммунитета рекомендовали

зубиотики: последовательно Бифидумбактерин и Ацилакт перорально и в свечах для вагинального и ректального применения. Обязательно совмещали назначение свечных форм бактериальных препаратов с пероральным приемом Ацилакта и Бифидумбактерина (Бификола) во флаконах. 1–2 флакона (5 – 10 доз) 2 раза в день за 30 минут до еды в течение 2–4–х недель. Пероральный прием бактериальных препаратов необходим для коррекции дисбактериоза кишечника, который, как правило, наблюдается у больных хламидиозом, и является результатом, как инфицирования организма, так и следствием антибиотикотерапии.

Аналогичное лечение получали партнеры беременных.

По данным литературы (Фаттахова А. Р., 2003) установлено, что хламидии обнаруживались в грудном молоке у 35% женщин. Для санации грудного молока с целью предупреждения инфицирова-

ния новорожденного от этой инфекции во время беременности так же применяли вильпрафен (джозамицин) по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней [AP1].

В результате комплексного лечения хламидийной [AP2] инфекции только у 4–х женщин (18%) были признаки угрозы прерывания беременности, которая была пролечена в течение 7–10 дней в амбулаторных условиях. У 6 (27,2%) женщин на доплерометрии выявлена фетоплцентарная недостаточность 1 А степени, которая была пролечена в условиях дневного стационара. При контрольном исследовании – признаков ФПН не выявлено.

У всех беременных произошли роды доношенным живым ребенком. Случаев перинатальной смертности не было.

Не было отмечено случаев хламидийной пневмонии и генерализованной инфекции у новорожденных, матери которых получали терапию джозамицином.

Литература

1. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г., Башмакова М.А., Савичева А.М. и соавт. Хламидийная инфекция в акушерстве и перинатологии (диагностика, профилактика, лечение). // СПб. -1995. С. 9.
2. Башмакова М.А., Савичева А.М. Генитальный хламидиоз: исходы беременности и проявления инфекции у доношенных новорожденных. Актуальные микробиологические и клинические проблемы хламидийных инфекций. Москва, Медицина, 2000; 52–55.
3. Глазкова Л.К., Башмакова Н.В., Моторнюк Ю.И., Ремизова И.И. Особенности течения хламидийной инфекции у беременных, совершенствование диагностики и лечения // ИППП, 2002; 2: 15–20.
4. Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции. Пособие для врачей / Кудрявцева Л.В., Мисюрин О.Ю., Генезоров Э.В. и др. М.: Изд. РМАПО, 2001; 61.
5. Потеев Н.С., Пашинян М.Г., Пашинян А.Г., Потеев Н.Н. Джозамицин (вильпрафен) в терапии урогенитального хлами-

диоза. // Вести. Дерматол. Венерол. -2000. №1 С.48-50.

6. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. // Медицинская книга. Москва - 1998, С.65-87.

7. Хламидиоз (клиника, диагностика, лечение): методические рекомендации (Серов В.Н., Краснопольский В.И., Делекторский В.В. и др.). – М.–1996.–С. 20.

8. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания. – М.–1995.–С. 315.

9. Кирюченко А.П. Хламидиоз и вирусные заболевания женских половых органов // Врач. – 1994.–№1.–С. 13–15.

10. Adair GD, Gunter M, Stovall TG et al. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of azithromycin and erythromycin // *Obstet Gynecol*. 1998; 91: 2: 165–8.

11. Jacobson GF, Kirby RP, Liverman EM, Motly RV. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azithromycin for the treatment of *Chlamydia trachomatis* in pregnancy // *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 7: 1352–4.

Гранулематоз Вегенера: случай из практики

Кзылординская область, Кармакчинская ЦРБ

Врач-рентгелолог Акбергеноулы А.

Главный врач Кенжегулов У.

9 ноября 2008 года в терапевтическое отделение поступает больная А., 1981 года рождения с жалобами на повышение температуры тела до 38,6 С, слабость, сердцебиение, одышку, отсутствие аппетита.

Больна в течение недели. ОАК: гемоглобин – 53 г/л; ЦП – 0,73; лейкоциты – $10,2 \times 10^9$;

СОЭ – 35 мм/ч; свертываемость – 2. Тромбоциты – 138,6; эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$. Сделано Р-графия органов грудной клетки. Заключение: правосторонняя пневмония. Инфильтративный туберкулез правого легкого в фазе обсеменения.

Консультация фтизиатра: казеозная пневмония? Рекомендовано двухнедельное лечение. Бакпосев на БК, 3-х кратный анализ мокроты на БК – отрицательны. Из анамнеза известно, что больная в 2007 году с 26.02 по 2.03 находилась на стационарном лечении в НИИ кардиологии и внутренних болезней с диагнозом: Системный некротический гранулематозный артрит с преимущественным поражением сосудов верхних дыхательных путей, умеренная активность.

Р-графия придаточных пазух носа от 5.03.07 г. Заключение: двухсторонний синусит. Консультация ЛОР-врача: обострение хронического язвенно-некротического ринита. Перфорация носовой перегородки. Серозный отит слева. Гранулематоз Вегенера. Флюорография органов грудной клетки от 29.06.08 г. в норме. Несмотря на проведенное лечение больная скончалась 15.11.2008 года.

На рентгенограмме и томограмме легких от 10.11.08 негетерогенное затемнение с очагами деструкции.

Клинический диагноз: системный некротический гранулематозный артрит с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Гранулематоз Вегенера.

Гранулематоз Вегенера – редко встречающаяся патология, которая представляет интерес для всех врачей, занимающихся лечебной деятельностью и поэтому хочу поделиться опытом диагностирования этого редкого заболевания. Снимки рентгенографии прилагаются.

