

ISSN 0490-1177

Научно-практический медицинский
журнал
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
КЫРГЫЗСТАНА».

“КЫРГЫЗСТАНДАГЫ
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО”
илимий-практикалык медициналык
журналы

№ 4, (октябрь-декабрь) 2013

УЧРЕДИТЕЛЬ: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

ТҮЗҮҮЧҮ: Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлиги

Журнал перерегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики
6 ноября 2003 г., свидетельство № 885.

КРнын Адилет министрлигинде каттоодон өткөн 2003 жыл, 6 ноябрь, № 885 күбөлүк.

Журнал входит в перечень изданий для публикаций основных научных результатов диссертации, утвержденный Постановлением Президиума Высшей аттестационной комиссии Кыргызской Республики от 25 сентября 2009 г. № 6-4/12.

Журнал Кыргыз Республикасынын 2009- жылдын 25 - сентябрындагы № 6-4/12 Жогорку аттестациялык комиссиянын Президиумунун токтому менен диссертациялардын негизги илимий жыйынтыктарын жарыялоочу басмалардын катарына киргизилген.

Выходит на русском и кыргызском языках. / Кыргыз жана орус тилдеринде чыгат.

Редакционная коллегия /Редакциялык жасааты:

Сагинбаева Д.З. (главный редактор / башкы редактор)

Суюмбаева П.У. (зам. главного редактора / башкы редактордун орун басары)

Калиев М.Т.

Чойбеков К.Н.

Кудаяров Д.К.

Мамытов М.М.

Мамытов А.Ж. (редактор по гос. языку /мамлекеттик тил боюнча редактор)

Бейсембаев А.А. (ответственный секретарь/жоопту катчы)

Уметалиева Н.Э. (ответственный секретарь/ жоопту катчы)

Редакционный совет /Редакциялык кеңеши:

Акимова В.А. (Ошская область)

Акунова Ж.К. (Ыссык-Кульская область)

Асылбеков Э.С. (Чуйская область)

Бердикожоева А. (Нарынская область)

Миянов М.О. (Жалал-Абадская область)

Нуралиев М.А. (город Бишкек)

Тороев С.Т. (Баткенская область)

Шадиев А.М. (Таласская область)

Научный совет / Илимий кеңеши:

Акынбеков К.У.

Бримкулов Н.Н.

Замалетдинова Г.С.

Кутманова А.З.

Куттубаев О.Т.

Тухватшин Р.Р.

Шаимбетов Б.О.

Ырысов К.Б.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора. Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.

Редакциянын ой-пикири дайыма эле авторлордун ой-пикири менен тура келе бербейт. Материалдын мааниси жана мазмуну үчүн жоопкерчилик авторлорго тиешелүү.

СОДЕРЖАНИЕ / MAZMUNU

ГЕПАТОЛОГИЯ, ВИЧ-инфекция, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Тобокалова С.Т.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В КЫРГЫЗСТАНЕ
КЫРГЫЗСТАНДА ӨНӨКӨТ ВИРУСТУК ГЕПАТИТТҮҮ ООРУЛАРГА АДИСТЕШТИРИЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫ БЕРҮҮНҮ УЮШТУРУУ 6

Тобокалова С.Т., Абдыраева Б.Р.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2013 ГОД
2013 ЖЫЛГА КАРАТА ОШ ОБЛАСТЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ВИЧ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ 13

Балабасова А.М.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ДЕТЕЙ
БАЛДАРДЫН ӨНҮККӨН «А» ГЕПАТИТИНИН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ 16

Заирова Г.М.

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ АНАЛОГАМИ НУКЛЕОЗИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «В»
ӨНӨКӨТ «В» ГЕПАТИТИН ВИРУСКА КАРШЫ ДАРЫЛООДО НУКЛЕОЗИДДЕРДИН ӨНӨГҮН БЕРҮНҮН ЖОЛДОМОЛОРУ 20

Касымбекова К.Т., Молдокматова М.Д., Сапарова Г.Н., Ашыралиева Д.О.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ПАРЕНТЕРАЛДЫК ВИРУСТУК ГЕПАТИТТЕРИНИН МОЛЕКУЛЯРДЫК ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ 23

Кутманова А.З., Джумагулова А.Ш., Узакбаева А.З., Джангазиева А.А.,

Фесенко Н.В., Саркина А.К., Макенбаева Ж.И.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ВЗРОСЛЫХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА В 2012 ГОДУ
2012 ЖЫЛДАГЫ ВИРУСТУК ГЕПАТИТ «А» НЫН ЧОҢ КИШИЛЕРДИН АРАСЫНДА КӨП КАТТАЛГАН УЧУРДАГЫ КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ 26

Молдобаева М.С., Елистратов А.А., Толombaева Н.Т., Виноградова А.В.,

Жалилова Б.С., Аттокурова Р.М.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НР-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА
НР-ГАСТРИТИН ДАРЫЛООДОГУ ЗАМАНБАП БАГЫТТАРЫ 29

Садыкова А.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ ЗАЩИТНОГО ТИТРА АНТИТЕЛ ПРОТИВ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ г. БИШКЕК
БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНДА ПАРОТИТ ООРУСУНА КАРШЫ КОРГОНУУ ТИТРИ БАРДЫГЫН АНЫКТОО 32

Тойчугев Р.М., Николаева Л.И., Лейбман Е.А., Рахимова Г.М., Оморбекова Ч.Т.,

Жумабек кызы Б., Лапушкин А.А.
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ
БАЛДАРДЫН ГЕПАТИТ ООРУСУНУН АР ТУРДУ ФОРМАЛАРЫНДАГЫ БООРДУН БИОХИМИКАЛЫК КОРСОТКУЧТОРУ 35

Акматова Б. А., Кульшарова А. Д., Абдылдаева А. М., Дерябина А. П.

СИСТЕМА ЭЛЕКТРОННОГО СЛЕЖЕНИЯ ЗА СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ
КЫРГЫЗСТАНДА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ДАРТЫНЫН ОНОКОТТОРУН БАЙКОО ЖУРГУЗУУНУН ЭЛЕКТРОНДУК СИСТЕМАСЫ 38

Акматова Б. А., Кульшарова А. Д., Абдылдаева А. М., Дерябина А. П.

ОЦЕНКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ
КЫРГЫЗСТАНДА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯСЫНА КАРШЫЛООНУН ЖАНА ПРОФИЛАКТИКАЛЫК КЫЗМАТ КОРСОТУУНУН БААЛАНЫШЫ 42

Шопоева Г.А., Дуйсенова А.К., Балгазин Б.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ: ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ и ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ «В» и «С»	..... 47
Бокчубаев Э.Т., Клименко А.В., Шляфер С.И. О СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ К СТРАТЕГИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	..... 50

КАРДИОЛОГИЯ

Полупанов А.Г., Халматов А.Н., Романова Т.А., Джумагулова А.С. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ИНТЕРЭПИД») КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АРТЕРИАЛДЫК ГИПЕРТОНΙΑ ООРУУСУНДАГЫ ДАРЫ – ДАРМЕКТЕРДИ КОЛДОНУУНУН ЭПИДЕМИЯЛОГИЯСЫ («ИНТЕРЭПИД» ЭЛ АРАЛЫК ИЗИЛДӨӨНҮН ЖЫЙЫНТЫГЫ) 58
---	----------

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Аманбаева Г.Т., Абдыкадырова Ж.Э., Кочорова М.О. МРТ-ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ МРТ ВИЗУАЛДЫК ТҮРДӨ ЭХИНОКОКК КИСТА ДАРТЫН АНЫКТОО	..... 63
Абдыкадырова Ж.Э., Аманбаева Г.Т., Кочорова М.О. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ И АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА: литературный обзор, собственные наблюдения МРТ ВИЗУАЛДЫК ТҮРДӨ МЭЭДЕГИ АРТЕРИА ЖАНА ВЕНА МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРЫН ЖАНА АРТЕРИАНЫН АНЕВРИЗМАСЫН АНЫКТОО	..... 69

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Джумагулова Ч.Б., Омошев А.А., Айтмырзаев Б.Н. АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В СЛУЧАЯХ ИЗНАСИЛОВАНИЙ ПО ДАНЫМ РБСМЭ МЗ КР ЗА 2010-2012 ГОДЫ. 76
--	----------

ЮБИЛЕЙ

ТОБОКАЛОВА Сапарбу Тобокаловна



Родилась 4 января 1948 г. в селе Кара-Кулжа Советского района Ошской области. Кыргызка.

В 1971 г. окончила лечебный факультет Кыргызского государственного медицинского института (КГМИ). 1971-1977 гг. – врач-инфекционист, председатель профсоюзного комитета инфекционной больницы г. Фрунзе. 1977-1989 гг. – учёба в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре детских инфекционных болезней КГМИ, ассистент кафедры. 1989-1994 гг. – доцент, заведующая впервые созданной в Ошской области кафедры педиатрии факультета усовершенствования врачей КГМИ,

1989-1994 - председатель научно-практического общества педиатров Ошской области.

С первых дней создания Республиканского центра переподготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников (1993), затем Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (2001) работала доцентом, с 2004 г по настоящее время - заведующая кафедрой инфекционных болезней, ВИЧ/СПИДа и дерматовенерологии данного института.

В 2006 г. училась на курсах «Менеджмент в экономике медицины» в Японском центре человеческого развития. Владеет кыргызским, русским и английским языками.

Защитила кандидатскую и докторскую диссертации в Москве. Отличник здравоохранения. Награждена Почётной грамотой Кыргызской Республики, грамотами Министерства здравоохранения КР.

Опубликовала в республике и странах дальнего зарубежья более 110 научных трудов, в том числе 3

монографии («Вирусные гепатиты В, С и дельта», 2003; «Иммунопрофилактика и иммунотерапия инфекционных болезней», 2007; «Иммунотерапия и противовирусные препараты», 2010, посвященные изучению особенностей течения вирусных гепатитов и цирроза печени в Кыргызстане, вакцинопрофилактики и иммунотерапии, 17 методических рекомендаций).

В 2010 г. под редакцией С. Тобакаловой изданы учебные программы тематического усовершенствования врачей: «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С», «Профилактика ВИЧ-инфекции в стоматологии», «ВИЧ-ассоциированные заболевания».

Впервые в нашей республике эти объёмные (каждый по 200 стр.) медицинские труды были изданы отдельной книгой на кыргызском языке.

Своим опытом врача и учёного всегда делится со своими коллегами, консультирует тяжелых больных с заболеваниями печени во всех областях Республики, читает лекции, проводит выездные циклы обучения, конференции, готовит аспирантов и докторантов к защите диссертации.

Одной из первых в республике, в 1994 г., открыла частный медицинский центр компьютерной диагностики и гомеопатического лечения матери и ребёнка (ЦАДМИР), который за 19 лет вырос в многопрофильную клинику с филиалами в областных центрах.

Впервые в Центральной Азии внедрила в практику здравоохранения компьютерную диагностику по методу Р. Фолля, биорезонансную терапию, гомеопатический метод лечения. Открыла курсы специализации по этим предметам, подготовлено более 200 врачей, является президентом Ассоциации врачей-гомеопатов.

Впервые в нашей стране 2003-2011 гг. в практику лечения острых и хронических гепатитов, цирроза и токсического жирового гепатоза внедрила высокоэффективные современные гепатопротекторы с иммуномодулирующим действием (фосфоглив, ЭСПА-ЛИПОН, мексидол, бициклол) и противовирусные препараты (реаферон, виферон, ламивудин, энтекавир).

Впервые в 2004 г. внедрила вакцинацию против актуальных для Кыргызстана болезней, не вошедших в Национальный календарь профилактических прививок (грипп, гепатиты А и В, менингит, клещевой энцефалит, желтая лихорадка и др.).

В 2005 г. создано и успешно работает Общественное объединение «Родители против СПИДа и наркотиков». С 2011 года клиника «ЦАДМИР» реорганизована в Гепатологический центр, где больные хроническим гепатитом и циррозом печени из отдалённых районов нашей республики и соседних стран имеют возможность получить квалифицированную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

УДК 614.2:[616.36-002

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В
КЫРГЫЗСТАНЕ**

Тобокалова С.Т.

**Кыргызский государственный медицинский
институт переподготовки и повышения
квалификации,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Изменения в эпидемиологии и клиническом течении вирусных гепатитов требуют неотложных мер в организации специализированной медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами. В статье представлены обоснование и предложения по организации гепатологической службы в Кыргызстане.

Ключевые слова: организация, специализированная медицинская помощь, хронические вирусные гепатиты.

**КЫРГЫЗСТАНДА ӨНӨКӨТ ВИРУСТУК
ГЕПАТИТТҮҮ ООРУЛАРГА
АДИСТЕШТИРИЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫК
ЖАРДАМДЫ БЕРҮҮНҮ УЮШТУРУУ**

**Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана
адистикти жогорулатуу медициналык
институту,
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы.**

Вирустук гепатиттердин эпидемиологиясында жана клиникалык жүрүшүндөгү болуп жаткан өзгөрүүлөр өнөкөт гепатиттүү ооруларга адистештирилген медициналык жардамды берүүнүн токтоосуз уюштуруу чараларын талап кылат. Бул статьяда Кыргызстанда гепатология кызматын уюштурууга негиздөө жана сунуштар берилген.

Негизги сөздөр: уюштуруу, адистештирилген медициналык жардам, өнөкөт вирустук гепатит.

Вирусные поражения печени по-прежнему являются одной из актуальных медико-социальных проблем современной гепатологии, в связи с широкой распространённостью, разнообразием клинического течения и частыми неблагоприятными исходами [4,5].

По данным ВОЗ, в мире насчитывается 2 млрд. людей, имеющих признаки текущей или завершившейся инфекции, вызванной вирусом гепатита В, в том числе более 400 млн. хронических носителей вируса, более 170 млн. больных хроническим гепатитом С (ХГС). Число инфицированных вирусами гепатитов В и С (HBV и HCV соответственно) в России составляет не менее

7 млн. человек, среди них не менее 1 млн. детей в возрасте до 14 лет и в 2 раза больше детей в возрасте до 18 лет [2,3].

С парентеральными гепатитами связаны практически все летальные исходы у больных острыми вирусными гепатитами, а также все случаи развития у них хронических заболеваний печени, включая циррозы и рак печени. В последние годы во многих странах мира, в том числе и в Кыргызстане, отмечается увеличение доли гемоконтактных (парентеральных) гепатитов.

Согласно статистике Министерства здравоохранения Кыргызской Республики заболеваемость острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) в 2000-2002 гг. значительно возросла ($P < 0,05$), что связано как с улучшением лабораторной диагностики (за последние 10-12 лет открыты десятки частных лабораторий ИФА и ПЦР), так и с увеличением лиц из «группы риска» (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса, заключенные); немаловажное значение имело и внутрибольничное заражение парентеральными гепатитами.

Всего несколько лет назад острый гепатит В занимал первое место среди парентеральных гепатитов. С 2003 заболеваемость ОВГВ имеет тенденцию к снижению $38,9^{0/0000}$ и $9,4^{0/0000}$ случаев на 100 тыс. населения (Рис. 1).

Снижение частоты выявления вирусного гепатита В связано с внедрением в практику здравоохранения вакцинации против гепатита В детям первого полугодия жизни (2000 г.). С 2009 года гепатитом В болеют, практически, только лица старше 14 лет ($92,8 \pm 1,7\%$). Поствакцинальный иммунитет, по данным разных авторов, сохраняется в течение 7-10 лет. Дети привитые в 2000-2004 гг. уже утратили защитный титр антител против гепатита В и нуждаются в ревакцинации.

Известно, что только у 15% больных гепатит С протекает с клиническими признаками болезни (желтуха, увеличение печени и др.), у остальных (85%) переходит в первично хронический гепатит. В 2009-2010 годы отмечалось увеличение числа больных острым гепатитом С.

В то же время, ежегодно растёт число, так называемых, носителей вируса гепатита В и С, которое превышает количество больных с острой формой гепатита в 6-20 раз. Большинство учёных отрицают возможность бессимптомного носительства этих вирусов и относят его к латентной форме хронического вирусного гепатита (ХВГ).

Официальная регистрация хронических вирусных гепатитов в Кыргызстане, по Приказу МЗ № 488, начата в 2010 году, но она очень далека от совершенства. Больные ХВГ часто впервые выявляются в отделениях гематологии, нефрологии, онкологии, кардиологии, гинекологии, хирургии и не всегда регистрируются, и не получают противовирусную терапию.

За три года официально учтено менее 500 случаев ХВГ. В то же время, в частные медицинские центры, а также в диспансерный кабинет Республиканской

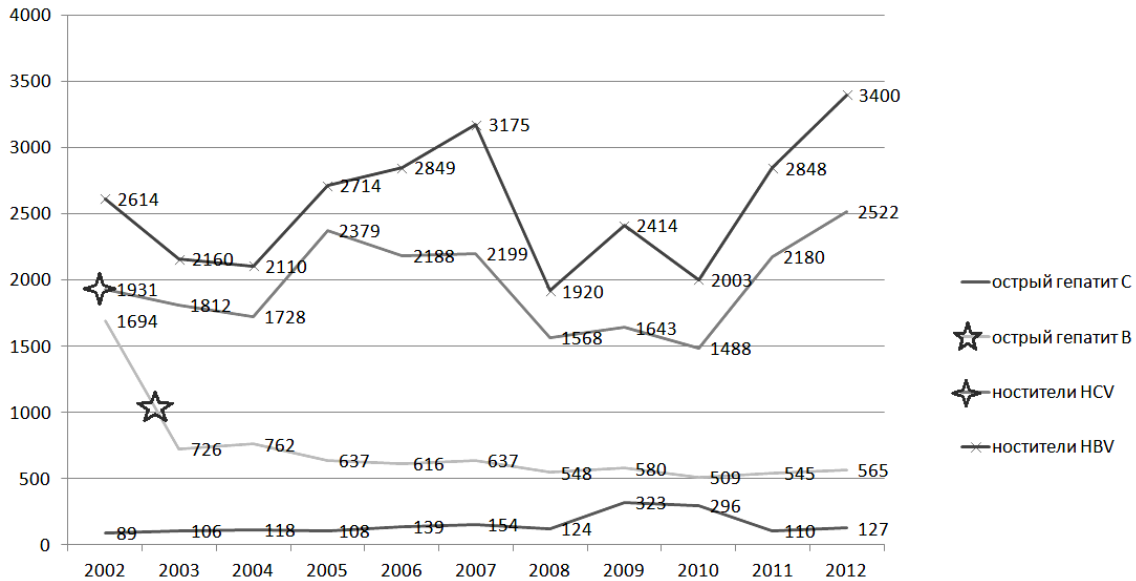


Рис.1- Динамика заболеваемости и «носительства» вирусов гепатита В и С в Кыргызстане в 2000-2012 гг. (в абсолютных числах).

инфекционной клинической больницы ежегодно впервые с хроническим вирусным гепатитом обращаются сотни пациентов. Зная, что Кыргызстан относится к гиперэндемичным регионам по всем видам острых вирусных гепатитов, не трудно представить истинное число больных хроническим гепатитом.

Заболеваемость гепатитом С у детей ниже, чем у взрослых. Тем не менее, эта проблема актуальна и в педиатрии, так как риск заражения детей постоянно возрастает за счёт роста инфицированности женщин детородного возраста и возможности перинатальной передачи инфекции от матери к ребёнку, а также за счёт вовлечения в процесс подростков, употребляющих наркотические препараты.

Следует отметить, что по данным российских авторов (Н.В. Саввина, Т.Г. Дмитриева, 2012) в структуре хронических вирусных гепатитов (ХВГ) у детей хронический гепатит В (ХГВ) составляет 29,2%, хронический гепатит С (ХГС) – 33,3%, ХГВ+С – 16,7%, ХГВ+D – 4,1%, хронический вирусный гепатит неverified – 16,7%. У нас такая статистика отсутствует.

В Национальных проектах по здравоохранению многих стран борьба с вирусными гепатитами занимает ведущее место. В рамках этих программ выделяются значительные средства на профилактику и лечение вирусных гепатитов. Для того чтобы проводимые мероприятия были максимально эффективными, необходима разработка единых стандартов (протоколов) диагностики и лечения вирусных гепатитов, как у взрослых, так и у детей исходя из ресурсов конкретной страны.

Министерством здравоохранения КР также разработана Программа по борьбе с вирусными гепатитами, но не выделены средства для её реализации, нет руководства и протокола диагностики и лечения вирусных гепатитов.

В то же время, изменения в эпидемиологии и клиническом течении заболевания требуют кардинальных изменений методологических подходов к организации оказания медицинской помощи детям и взрослым с хроническими вирусными гепатитами В, С и дельта.

Вопреки сложившимся в быту пессимистическим прогнозам, хронические гепатиты на сегодня лечатся достаточно успешно, особенно хронический гепатит С [4,5]. Достижение положительных результатов противовирусной терапии (ПВТ) напрямую зависит от сроков диагностики и, соответственно, своевременно назначенной терапии. Результатом своевременно начатого лечения у больных ХГВ в 47% случаев, а у больных ХГС – более чем в 70% случаев является стойкий вирусологический ответ. Раннее выявление и лечение больных хроническими вирусными гепатитами является профилактикой развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы у этой категории пациентов. Отдалённым результатом лечения 35% больных ХГВ, более чем 45% больных ХГС является **выздоровление**. По мнению ряда авторов, у 60-64% подростков и взрослых лиц вирусные гепатиты принимают хроническое течение и обнаруживаются, как правило, при случайном обследовании. Поэтому актуальной становится идея активного поиска [2,3].

Скрининг на маркеры вирусных гепатитов, несомненно, должен проводиться в группах риска. В эту категорию попадают в первую очередь пациенты онко-гематологических, наркологических отделений, а также отделений гемодиализа и реципиенты препаратов крови. Однако известно, что одним из путей заражения парентеральными гепатитами у детей являются минимальные кровяные контакты. Известно, что частота

инфицирования детей от матерей, больных ВГ колеблется в широких пределах (при гепатите В - 40-90%, а при гепатите С – 1-29% [2].

Таким образом, видно, что ограничиваться только стандартными группами риска нельзя. Для активного поиска больных ХВГ необходимо включить маркеры вирусных гепатитов в перечень необходимых исследований перед плановой госпитализацией, и особенно, перед посещением стоматолога. Такая мера защитит медицинские учреждения и врачей от необоснованных обвинений в заражении вирусными гепатитами.

По-настоящему широкий скрининг можно осуществить в ходе профилактических осмотров в детских коллективах и при устройстве на работу взрослых. На сегодняшний день при медицинских осмотрах ХВГ не выявляются практически никогда. Малая эффективность профилактических осмотров в выявлении хронических заболеваний печени связана как с отсутствием лабораторного обследования, так и недостаточной настороженностью медицинских работников. По сложившейся недоброй традиции, в большинстве случаев, медосмотры сводятся к заполнению санитарных книжек заочно, в то же время, не бесплатно.

Скрининг позволит выявлять заболевание на более ранних стадиях, обследовать контактных лиц, проводить отбор лиц для вакцинации против гепатита В вне Прививочного календаря.

Если говорить о серьёзных лабораторных исследованиях, то ни в одном государственном медицинском учреждении Кыргызстана, даже в специализированной Республиканской инфекционной клинической больнице, нет аппарата иммуноферментного анализа (ИФА), тем более – ПЦР. На пути к частным лабораториям мы теряем пациентов. Справедливости ради следует упомянуть, что в Департаменте государственного эпидемиологического надзора, НПО «Профилактическая медицина», областных центрах СПИД и Межобластной ошской больнице определяют минимум маркеров вирусных гепатитов, также на платной основе, но приобретение дешёвых тест-систем проводится нерегулярно.

Для проведения скрининговых исследований на должном уровне необходима разработка стандартизованных протоколов диагностики. Он должен включать в себя как маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, anti-HBs, anti-HBcor-IgG, anti-HDV и anti-HCV), так биохимические показатели: АСТ, АЛТ, протеинограмма, протромбиновый индекс и др.). На основании полученных результатов будут определены группы для диспансерного наблюдения. На первое время я привезла Протокол диагностики и лечения острых и ХВГ России (2010 г) и Национальное руководство по инфекционным болезням (2013) обеспечила ими более 200 инфекционистов.

Внедрение данных методов диагностики позволит сформировать наиболее полный реестр детей и взрослых с ХВГ. Отсутствие такого реестра отразилось на распределении противовирусных препаратов, поступивших в нашу страну в рамках

гуманитарной помощи. Поскольку, до сегодняшнего дня чётко не определено место госпитализации больных хроническими вирусными гепатитами и циррозом в их исходе, а в центрах семейной медицины нет картотеки этих больных, то по-просту, некому было получать эти лекарства, что привело к истечению срока их применения, к дисциплинарным взысканиям в отношении руководителей больниц.

Следующей проблемой является эффективная диспансеризация больных. Больные с ХВГ нуждаются практически в пожизненном диспансерном наблюдении. На современном этапе диспансеризация должна решать две главные задачи: отбор и подготовка больных для проведения противовирусной терапии и наблюдение за пролеченными пациентами и больными с естественным течением болезни.

Таким образом, в Кыргызской Республике необходима организация и стандартизация гепатологической службы.

Попытаемся представить некоторые организационные мероприятия при формировании в здравоохранении КР самостоятельного, перспективного направления и новой специальности «гепатология». Гепатология – такая же самостоятельная дисциплина, как кардиология, пульмонология, офтальмология и т.д. Она включает все болезни печени и желчных путей различной этиологии (врождённой и приобретённой, установленной и не- установленной, инфекционной и неинфекционной), которые диагностируют и лечат гепатологи: терапевты (неинфекционная гепатология у взрослых), педиатры (неинфекционная гепатология у детей), инфекционисты (инфекционная гепатология у детей и взрослых) и хирурги.

Практическая гепатология – *профессиональная деятельность гепатолога* – представляет **третью** составляющую единой и неделимой общей гепатологии. Её **первая** часть – *общеобразовательная деятельность гепатолога*, которая должна дать возможность студенту-медику изучить теоретические основы гепатологии, овладеть навыками врача-гепатолога, а практическому врачу – повысить знания, получить квалификационную категорию, усовершенствовать методические приёмы диагностики и лечения гепатологических больных на современном уровне. **Второй** важной составляющей общей гепатологии является теоретическая гепатология – это *научная деятельность гепатолога*. Проведение фундаментальных и прикладных исследований позволяет наполнить все составляющие части общей гепатологии результатами научных исследований, выполненных в НИИ, вузах и научных лабораториях.

Одной из первых задач экономики здравоохранения должна стать стандартизация в здравоохранении. Стандарт – это образец, знак высшего качества. Работа по стандартизации в медицине направлена на достижение высшего качества оказания медицинских услуг населению.

Объектами стандартизации на данном этапе должны быть: материально-техническая база: вуза, кафедры (клиники), лабораторий; лицензирование, аккредитация, сертификация; лекарственные средства: клинические испытания; информационные технологии: Internet, научная медицинская литература; анализ экономической целесообразности: оценка специалистов о наиболее экономически рациональном решении проблемы.

В настоящее время в Кыргызстане ОЭДГ не обеспечен ни в одном из приведённых разделов: специальность отсутствует, дисциплина «гепатология» не преподаётся в полном объёме, хотя отдельные разделы (острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени и др.) включены в учебные программы кафедры инфекционных болезней, терапии, хирургии, педиатрии. В то же время, повышения квалификации и переквалификации по гепатологии нет, не проведена аккредитация учебных заведений на предмет преподавания этой дисциплины, типовые и рабочие программы отсутствуют, испытания лекарственных препаратов не проводятся.

Тем не менее, организация ОЭДГ может быть проведена успешно, так как в республике в настоящее время имеется значительный кадровый потенциал (организаторов, учёных и практиков) гепатологов, работающих по смежным специальностям как теоретической (биохимии, иммунологи и др.), так и практической гепатологии (инфекционисты, гастроэнтерологи, хирурги), но они ведут приём больных в частных клиниках и лабораториях.

Научная деятельность гепатолога, предусматривает решение научной задачи или проблемы, направленной на повышение качества обучения специалистов и совершенствование процесса диагностики и лечения гепатологических больных. Ведущими их задачами должны быть: ориентация научных исследований на социальный заказ практического здравоохранения с учетом демографических, экологических, социально-экономических, эпидемиологических и др. особенностей развития области, республики; получение экономического эффекта для страны в целом и осязаемое повышение качества профилактики, диагностики и лечения гепатологических больных; выход на межреспубликанский рынок медицинских услуг.

Для Кыргызстана специализированным научно-исследовательским головным учреждением должен стать Гепатологический центр (ГЦ) на базе *Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ)*. Экономически выгодным могло быть создание на базе гастро-энтерологического отделения Национального госпиталя НИИ экспериментальной и клинической гепатологии (возможно перепрофилирование).

При принятии такого решения вторым, не менее важным моментом должна быть передача НИИ гепатологии под юрисдикцию Минздрава Кыргызской Республики. Только при таком условии возможно решение тех задач, которые перечислены

выше. Жизненный опыт показал, что лишь те разработки успешно используются на практике, планирование которых осуществлялось учёными и практиками на основе социального заказа.

Важным объектом стандартизации должны стать *специализированные советы по защите диссертаций по новой специальности «гепатология» и диссертационные работы, представляемые к защите*. Анализ тематики диссертаций в КР, защищённых в советах по различным специальностям, позволяет заключить, что их значительная часть содержит материалы (объект исследования, методы), посвященные гепатологической тематике.

В то же время, среди таких специальностей, как хирургия, терапия, инфекционные болезни, педиатрия, онкология, биохимия, патофизиология, вирусология, иммунология, раздел «гепатология» может достойно занимать отдельное место, т. е. при наличии совета по специальности «гепатология» ряд диссертаций логичней было бы защищать в профильном совете. Тем более что формирование кадрового потенциала (члены Совета) не вызовет затруднений. К примеру, в настоящее время в республике работают около 10 докторов наук, диссертации которых содержат существенный объём исследований по экспериментальной и клинической гепатологии.

Объектом стандартизации научной деятельности гепатолога должны стать *«платные услуги» (классификаторы платных услуг, нозологических форм, медицинских манипуляций и др.)*. Нестабильное финансирование отрасли не может в полном объёме удовлетворить запросы научных разработчиков. Сосредоточение в гепатологическом центре (ГЦ) и лабораториях современного оборудования, использование дорогостоящих реактивов требуют поиска источников дополнительного финансирования.

В связи с этим открытие консультативно-диагностических кабинетов на базе ГЦ-НИИ (диагностических лабораторий) позволит повысить возможности самоокупаемости, частично снизить затраты на научные исследования. Регламентация требований к условиям оказания медицинской помощи на платной основе должна соответствовать нормам и правилам, принятым в республике (СНиПы и др.).

Непременным условием для выполнения социального заказа, необходимо определение числа гепатологов для практического здравоохранения.

В гастро-энтерологическом отделении Национального госпиталя в 2009-2012 гг. ежегодно лечились 301±55,5 взрослых больных хроническим гепатитом, 97% из которых, вирусной этиологии; 417±47 – циррозом печени, 83% из них – в исходе вирусных гепатитов В, С и D. При этом не было ни одного летального случая от них в отделении. В то время как, в государствах, где гепатологическая служба поставлена на много выше, чем в нашей стране, только от цирроза печени ежегодно умирают около 300 больных. При таком положении вещей реальную потребность Кыргызстана в

гепатологах невозможно определить, так как больных с декомпенсированным ХГ, циррозом и раком печени стараются выписать из стационара, и они умирают дома.

В проекте Гепатологического центра необходимо утвердить ведущие республиканские гепатологические ЛПУ, в которых будет проводиться оказание медицинских услуг населению республики в соответствии с разработанными правилами направления больных в эти учреждения.

Неодинаковую платежеспособность населения и многое другое следует учесть при разработке дифференцированных схем терапии различных больных. При этом необходимо отталкиваться от государственного стандарта («гарантированный базовый стандарт»), который бы обеспечивал оказание квалифицированной медицинской помощи на амбулаторном и госпитальном этапах наиболее слабо защищённым слоям населения.

Протокол лечения предусматривает квалифицированное применение на практике общепринятых принципов лечения больных (своевременность, комплексность, индивидуальный подход, этиопатогенетическая обоснованность и др.). Рациональный подход позволит избежать полипрагмазии, что важно в существующих в нашей стране экономических условиях и особенно актуально у больных с поражением печени.

Использование как положительного, так и отрицательного опыта реформирования системы здравоохранения – одно из важных условий для реализации задач по повышению качества медицинского обслуживания населения. Как показывает мировой опыт, наиболее рациональными и эффективными выглядят те модели, которые предусматривают одновременное функционирование *государственной, страховой и частной медицины*. Непременный залог успеха таких систем – правовая гарантия государства на оказание медицинской помощи всем социальным слоям населения страны [2]

Дифференцированное использование стандартов на практике должны обеспечить постепенный переход на смешанную систему медицинского обслуживания (частно-государственное партнёрство) должен предусматривать строгое ресурсное обеспечение госучреждений, определённые правовые обязательства страховых медицинских организаций по выполнению гарантированного финансового обеспечения ЛПУ здравоохранения.

Частная медицинская клиника «ЦАДМИР», работающая 20 лет в сфере оказания платных медицинских услуг, в т.ч. гепатологических, готова к такому партнёрству. Мы обратились к главному врачу Республиканской инфекционной клинической больницы Г.К. Аалиеву с предложением организовать гепатологический центр в отделении №10, которое ещё в советское время было запланировано как гепатологический центр, для госпитализации детей и взрослых, больных хроническими вирусными гепатитами, но не успело осуществиться.

«ЦАДМИР» обязуется произвести капитальный ремонт отделения, оснастить мягким и твёрдым инвентарём, медицинским оборудованием (УЗИ с доплером, фибросканером, аппаратами ИФА и ПЦР, биохимическим анализатором, бесперебойно закупать реактивы и др.). Обучить персонал отделения, дежурных врачей, реаниматологов оказанию специализированной мед.помощи больным хроническими гепатитами и циррозом печени. Врачи и медсёстры будут продолжать получать бюджетную заработную плату и надбавку из средств, вырученных за оказание платных услуг, инфекционная больница – за свою долю участия.

Главный врач – многоопытный организатор здравоохранения понял взаимовыгодность и осуществимость такого партнёрства, доложил вышестоящему руководству, но пока не нашёл поддержки. Мы с этим же предложением обратились к заведующему гастроэнтерологическим отделением Национального госпиталя – результат тот же. Несмотря на то, что уже 20 лет живём и работаем в новых экономических условиях, неприятие платной медицины, даже в виде партнёрства, продолжается. Многие руководители даже не пытаются изучить и вникнуть в суть, принятого во многих постсоветских странах этого перспективного направления (Россия, Беларусь, Таджикистан).

Стандартизация лекарственного обеспечения наряду с минимальными требованиями протоколов диагностики и лечения должна предусматривать максимальные требования для отдельных категорий граждан [2]. Такой перечень медицинских услуг («золотой стандарт») должен обеспечиваться за платную (платные услуги) при соответствующих гарантиях. Организация лекарственного обеспечения в гепатологии представляется сложной задачей, так как большинство лекарственных средств не входит в *формуляр жизненно-важных* препаратов, утверждённых министерством здравоохранения КР, а высокая стоимость импортных препаратов не позволяет удовлетворить запросы практического здравоохранения.

Приходится констатировать, что лекарственными средствами, включёнными МЗ КР в реестр жизненно-важных невозможно вылечить таких тяжёлых больных, как ХВГ и цирроз печени. Назначать в условиях стационара противовирусные препараты, альбумин, гепатопротекторы и др. и рекомендовать больному купить их в аптеке, мы официально не можем, так как медицинские услуги в нашей стране считаются бесплатными, хотя в каждой больнице имеются частные аптеки, многие лекарства покупаются.

Таким образом, мы работаем по двойным стандартам. В итоге страдает больная. Находясь на стационарном лечении 10 дней, больной сдаёт множество анализов, причём, большинство из них: маркёры ВГ, наличие вирусов в крови, их количество, установление генотипа выполняются в частных лабораториях на платной основе, а лечение ограничивается введением раствора глюкозы и эссенциале, который, по данным научных исследований последних лет, утратил

эффективность [5]. При этом больной теряет драгоценное время и здоровье, не получает надлежащее лечение.

Комплексное лечение, включающее все необходимые лекарственные средства, гепатологические больные получают в частных клиниках и дома, по назначению инфекционистов, на платной основе.

Трудно разрешимой проблемой остаётся регистрация Департаментом лекарственного обеспечения МЗ КР противовирусных препаратов из-за высоких требований и стоимости регистрации. Например, в лечении ХГВ, D и цирроза печени в мире широко используются аналоги нуклеозидов, высоко эффективные препараты для перорального применения – энтекавир, тенофовир. Индийская фармацевтическая компания готова поставлять в нашу страну эти препараты в 5 раз дешевле, чем американский Бараклюд, приобретаемый нашими больными в Москве и в 10 раз дешевле, чем месячный курс лечения Пегасисом. Но они даже минимальными партиями не завозятся в Кыргызстан. В то же время зарегистрированы и закупаются наиболее дешёвые лекарства (бонжигар, Лив-52 и др.), зарекомендовавшие на практике свою низкую эффективность.

Формирование гепатологической службы потребует пересмотра расходов по лекарственному обеспечению одного гепатологического больного (ЦСМ, стационар). Установленные в настоящее время расходы на одного больного не соответствуют быстро меняющейся ситуации в связи с эксплуатацией нового, современного оборудования, более эффективных дорогостоящих препаратов и других медицинских услуг. Так, лечение одного больного с декомпенсированным циррозом печени требует увеличения затрат более чем в 10 раз по сравнению с существующими.

Большим подспорьем при организации профильных гепатологических отделений должно стать перепрофилирование родственных (смежных) отделений: гастроэнтерологических, терапевтических или разделение крупных (хирургических, педиатрических). Высокая частота инфицирования населения нашей страны гепатотропными вирусами, наличие сопутствующего инфицирования у больных с основной неинфекционной патологией требуют создания условий для изоляции больных в общесоматических (неинфекционных) стационарах. В этом случае необходимо принятие дополнительного решения по стандартизации медицинских услуг для персонала (врачи, сестры, санитарки), который работает с больными инфекционного профиля и не получает надбавки за «вредность».

Необходимо заострить внимание еще на одной важной проблеме – наличии высокой частоты инфицирования вирусами гепатитов медицинского персонала. Недостаточная и неточная информация по данному вопросу, с одной стороны, создаёт условия для возникновения внутрибольничных инфекций, а с другой – не гарантирует государством покрытие морального и физического

ущерба в случае профессионального заражения. Юридическая гарантия должна компенсировать такой ущерб и социально защитить медперсонал при вынужденном изменении профиля работы в случае инфицирования. Вместе с тем, только 30% медицинских работников вакцинированы против гепатита В, что создаёт реальную угрозу их профессионального заражения от больных вирусными гепатитами. В этой ситуации и сами медработники должны позаботиться о своём здоровье, не дожидаясь пока за них заплатят.

Зачастую на бытовательском, бытовом уровне всех заразившихся вирусами гепатитов относят к категории обречённых. Как известно, это уже приводит к истерии, депрессии, поиску исцеления у знахарей, последствиям приводящим порою к дикости. В этом плане, надо всегда иметь в виду: «Цивилизованная дикость – самая худшая из всех дикостей»[1]. В большинстве случаев это происходит от не информированности и незнания проблемы как больного и его родственников, так и медицинских работников, призывающих к пассивности больного и врача. Тогда как жизнеутверждающим, адекватным сегодняшним достижениям медицины в гепатологии, должен быть Амосовский призыв – «Постарайся помочь обречённому!»

Консультирование. Я не думаю, что уже завтра-послезавтра начнём создавать гепатологический центр, тем более НИИ гепатологии со всеми вышеизложенными подразделениями. Трудно сразу выстроить такую большую, во многом междисциплинарную, многоуровневую, высокотехнологичную, финансовоёмкую службу. Но если есть проблема – то и есть смысл искать её решение. Кто-то должен эти проблемы поднимать, болеть душой, ставить их в ряд первоочередных задач. Смею надеяться быть услышанной, понятой. Я уверена, что есть организаторы здравоохранения, учёные, практические врачи, бизнесмены, считающие оказание помощи больному, делом всей своей жизни, смелые и решительные не на словах, а на деле, желающие оставить после себя светлую, добрую память.

Однако ни в коей мере не следует игнорировать то обстоятельство, что консультирование больных с хроническим гепатитом, циррозом и раком печени, помимо многочисленных специфических медицинских, либо хирургических аспектов поднимает ряд философских, нравственных, этических, правовых, финансовых, религиозных проблем, так как это напрямую касается жизни человека, трудоспособности, семейного уклада, потомства, права личности распоряжаться собственной жизнью и т.д.

Так же как и при ВИЧ-инфекции, должны быть разработаны методические рекомендации по консультированию детей и взрослых, больных хроническим гепатитом, циррозом и раком печени.

К сожалению, в республике сложилось парадоксальное общественное отношение: с одной стороны, жизненно важная потребность граждан Кыргызстана в полноценном лечении хронических

гепатитов и цирроза печени остаётся не удовлетворённой, а с другой стороны, каким-то образом, продолжается практика удовлетворения потребностей в медицинской помощи больным, с явно выраженной девиантностью (половая распущенность, проституция, наркомания). Вызывает недоумение тот факт, что для лечения наркоманов выделяется в 10-12 раз больше денежных средств, нежели для профилактики и лечения гепатитов. Десятки неправительственных организаций, зарубежные фонды, проекты вовлечены в решение различных проблем наркоманов, проституток, гомосексуалистов, ежегодно выделяются миллионы долларов [1].

По определению Аристотеля у таких пороков не существует ни крайности, ни середины, а потому возникает законный вопрос: надо ли мириться с этим явлением? Если, да, то медики обречены на профессиональное выгорание. Если, нет, то надо, наконец, признать, а затем и обеспечить цивилизованно приоритет гепатологии в Кыргызстане. До каких пор будем ссылаться на ограниченность финансовых ресурсов? В этом плане, трудно не согласиться с такими меткими фразами мыслителей: «Цивилизация – это стадия развития общества, на которой ничего нельзя сделать без финансирования» и ещё: «В бедности есть что-то от запаха смерти» (Зора Херстон). Более того, государство в двойне обязано заботиться о здоровье гепатитных больных, поскольку значительная часть из них заражается в медицинских учреждениях, при получении парентеральных манипуляций.

Литература

1. Ашимов И. А. Трансплантатология в Кыргызстане: проблемы, трудности, перспективы //Сб. НИР.-Бишкек, 2003.-88 с.
2. Саввина Н.В., Дмитриева Т.Г. Методические подходы к разработке стандартов оказания медицинской помощи детям с хроническими вирусными гепатитами //Эпидемиология и инфекционные болезни.-2012.-№2.-С.40-43
3. Учайкин В.Ф., Чуелов С.Б. Вирусные гепатиты у детей: от прошлого к настоящему // Детские инфекции, 2006.-№5(4).-С.4-7.
4. Шахгильдян И.В. Вирусные гепатиты В и С в России: эпидемиологическая характеристика и основные направления их профилактики. В кн. Актуальные проблемы гепатологии: эпидемиология вирусных гепатитов.-М., 2002.-С.65-71.
5. Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 614-720.

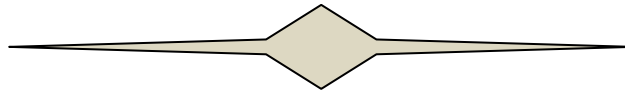
ORGANIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS IN KYRGYZSTAN

S.T. Tobokalova

Kyrgyz State Medical Institute of Continued Education,
Bishkek, Kyrgyzstan.

Changes in the epidemiology and clinical course of viral hepatitis require urgent action in the organization of specialized medical care to patients with chronic hepatitis. The article presents a scientifically based support and proposals for organizing hepatologic service in Kyrgyzstan.

Key words: organization, specialized medical care, chronic viral hepatitis



**Материалы международной научно-практической конференции
«Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции в Кыргызстане»,
посвященной 65-летию доктора медицинских наук, профессора
Тобокаловой Сапарбу Тобокаловны.
29 ноября 2013 г.
г. Бишкек**

УДК 616.98.-036.22-053.2

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ОШСКОЙ
ОБЛАСТИ НА 2013 год**

Тобокалова С.Т., Абдыраева Б.Р.

**КГМИ переподготовки и повышения
квалификации, г. Бишкек,
Областной центр «СПИД», г. Ош,
Кыргызская Республика**

Особенностью современного периода (2007-2012 гг.) развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Ошской области является увеличение удельного веса детей до 14 лет (26,2%), которое связано с внутрибольничной вспышкой ВИЧ-инфекции среди детского населения юга республики.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемиология, дети.

**2013 ЖЫЛГА КАРАТА ОШ ОБЛАСТЫНДАГЫ
БАЛДАРДЫН ВИЧ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫН
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана
адистикти жогорулатуу медициналык
институту, Бишкек ш.,
Областык «СПИД» борбору, Ош ш.,
Кыргыз Республикасы.**

Азыркы учурда (2007-2012 ж.) Ош областындагы балдар арасындагы ВИЧ-инфекциянын эпидемиясынын өңгүүсүнүн өзгөчөлүгү ооруканалардын ичинде жуккан ВИЧ-инфекциясына байланыштуу 14 жашка чейинки балдардын санынын өсүшү (26,2%) болуп саналат.

Негизги сөздөр: ВИЧ-инфекция, эпидемиология, балдар.

Актуальность. В настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции среди детей и женщин становится одной из актуальных медико-социальных проблем. По данным ЮНЭЙДС, на 01.01. 2011 года количество ВИЧ-инфицированных людей в мире достигло 34,0 млн. (31,3-35,2) человек. В Восточной Европе и Центральной Азии число лиц, живущих с ВИЧ, резко выросло всего лишь за несколько лет, и к началу 2011 года, по оценкам это число достигло 1,5 млн. (1,3-1,7) человек [2]. Более 90% детей, живущих с ВИЧ/СПИДом, заражены во время беременности, родов или грудного вскармливания [1].

Темпы роста новых случаев ВИЧ-инфекции стремительно возрастают, они составили: 41% в 2006 году, 67% в 2007 году, 26,7% в 2009 году и 18,5% в 2012 г. В настоящее время ВИЧ-инфицированные люди выявлены во всех регионах Кыргызской Республики (КР). Во многих странах СНГ увеличивается число случаев передачи ВИЧ – инфекции гетеросексуальным путём, а также перинатально от матери ребёнку, что позволяет говорить о начале перехода эпидемии ВИЧ-инфекции из групп ПИН в общую популяцию - генерализованную стадию (1, 2).

Это подтверждает необходимость изучения временных тенденций эпидемии, что связано с заметным изменением эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе [3]. В связи с этим изучение эволюции эпидемии ВИЧ-инфекции у детей, в одном из крупных областей Кыргызстана, представляет научно-практический интерес.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2001-2012 гг. и 6 мес. 2013 года с использованием официальных статистических материалов: Государственной отчётной формы №1 “Отчёт по инфекционной и паразитарной заболеваемости” за последние 12 лет, информационный бюллетень “Санэпидслужба и здоровье населения”, а также проведён анализ историй болезни детей, инфицированных ВИЧ, находящихся под наблюдением Ошского областного центра “СПИД”

Результаты и их обсуждение. Углубленный эпидемиологический анализ установил, что мониторинг за распространением ВИЧ-инфекции на юге КР осуществляется с 1988 года и включал первоначально результаты серологического тестирования на ВИЧ ряда категорий населения, а позже – наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами.

На 1 июля 2013 г. в Кыргызской Республике зарегистрировано 4774 случая ВИЧ-инфекции, 431 из них - дети до 14 лет. Показатель распространённости ВИЧ-инфекции в Ошской области и городе Ош продолжает повышаться и составил 17,5⁰/₀₀₀₀ и 25,8⁰/₀₀₀₀, что в 1,6 раза выше республиканского показателя, который в 2012 г. составил 11,1⁰/₀₀₀₀. На 1 августа 2012 г. в трёх областях южного региона выявлено 2190 ВИЧ-инфицированных, что составляет 52,5% от показателя КР; из них 1654 случая (39,6%) – в Ошской области. При этом ежегодный рост кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных граждан юга Кыргызстана составил 42% в 2002 г. и 11,6% в 2011 г, а показатель

распространенности заболевания к концу 2011 года увеличился в 18,2 раза (рис. 1).

В то же время, за 6 мес. 2013 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась в 2 раза, зарегистрировано 204 сл. (3,6) против 412 сл. (7,5) за аналогичный период 2012 года, в т.ч. среди детей до 14 лет зарегистрировано 9 сл. (0,5) против 136 сл. (8,1). Высокий показатель заболеваемости среди детей в 2012 году связан с проведением в тот период массового скрининга среди детей в Ошской, Джалал-Абадской областях и г. Ош.

Ошской области является увеличение удельного веса детей до 14 лет (26,2%) , которое связано с внутрибольничной вспышкой ВИЧ-инфекции среди детского населения юга республики.

Проведенные исследования отметили существование разнообразных путей и факторов передачи ВИЧ на территории области. Так, в Ошской, Жалал-Абадской и Баткенской областях наблюдается преобладание парентерального пути передачи, который составил 54,1±0,3%. На втором месте половой путь – 37,4±5,4%, на третьем -

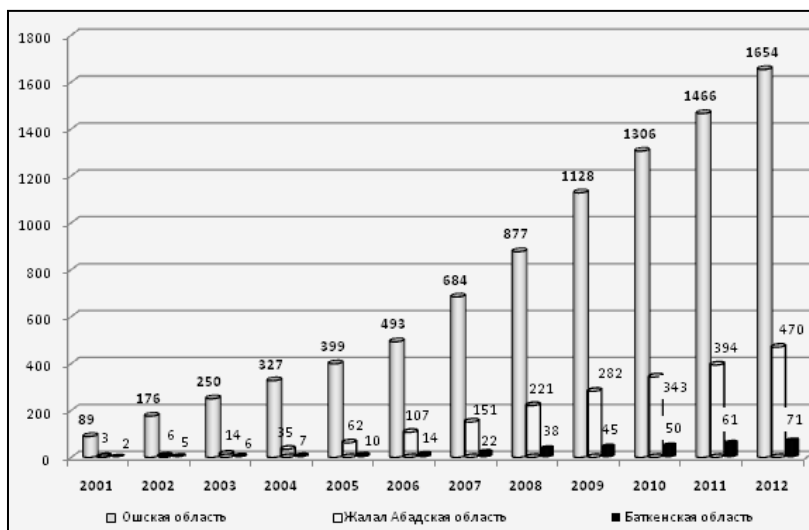


Рис.1. Динамика увеличения кумулятивного количества случаев ВИЧ-инфекции среди населения южного региона на 01.08.2012 г.

Таблица 1. Распределение больных ВИЧ-инфекцией по полу и возрастным группам в Кыргызской Республике (2004-2012гг).

Годы	Всего абс.ч	Женщины		Дети до 14 лет		Дети до 1 года		Дети 1-2 лет		Дети 2-4 лет	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2004	153	33	21,6								
2005	165										
2006	217	59	27,2	1	0,5						
2007	388	109	28,1	26	6,7			25	96,2	1	
2008	532	178	33,5	98	18,4	2	2,04	25	25,5	55	56,1
2009	674	176	26,1	48	7,1					31	64,6
2010	554	167	30,1	44	7,9			6	13,6	20	45,5
2011	594	180	30,3	57	9,6			7	12,3	9	15,8
2012	704	299	42,5	157	22,3					27	17,2
Всего	3981	1201	30,2	431	11,8						

Ежегодно меняется как соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, так и удельный вес ВИЧ-позитивных женщин. Так, в структуре ВИЧ-инфицированных, удельный вес женщин увеличился с 4,5% в 2001 г. до 42,5% в 2012 г., что свидетельствует о более активном вовлечении женщин в эпидемический процесс (табл.1).

Особенностью современного периода (2007-2012 гг.) развития эпидемии ВИЧ-инфекции в

внутрибольничное заражение – 12,7%; 5,3%; 7%. Вертикальный путь передачи отмечен в 4,2%, 6%, 0 случаях.

С каждым годом увеличивается количество беременных ВИЧ-инфицированных женщин. Больше всего их выявлено в г. Ош – 62 (13,7%), в Ошской области – 159 (35,1%), в Джалал-Абадской – 35 (7,7%) и Баткенской областях – 11 (2,4%). Всего на юге зарегистрировано 226 случаев ВИЧ-инфекции среди беременных, что составляет 58,9% от общереспубликанского показателя. Позднее выявление ВИЧ-инфекции у женщин и редко проводимая до 2009 г. профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку повышала вероятность внутриутробного инфицирования плода ВИЧ и заноса ВИЧ-инфекции в соматические стационары, что в последующем привело к формированию нозокомиальных вспышек на юге Республики.

Абсолютное большинство детей в южном регионе заразились ВИЧ-инфекцией парентеральным (67,7%) и вертикальным путями от ВИЧ-инфицированных матерей (26,8%). Особенно это было заметно в Карасуйском и Ноокатском районах (Рис.2).

Первый случай ВИЧ инфекции среди детей был зарегистрирован в 2000 году у 14 летнего мальчика - потребителя инъекционных наркотиков в Араванском районе. В дальнейшем, в 2004-2007 гг., ВИЧ-позитивные дети выявлялись при обследовании в стационарах Карасуйского, Ноокатского, Узгенского районов и города Ош. Углубленное эпидемиологическое расследование

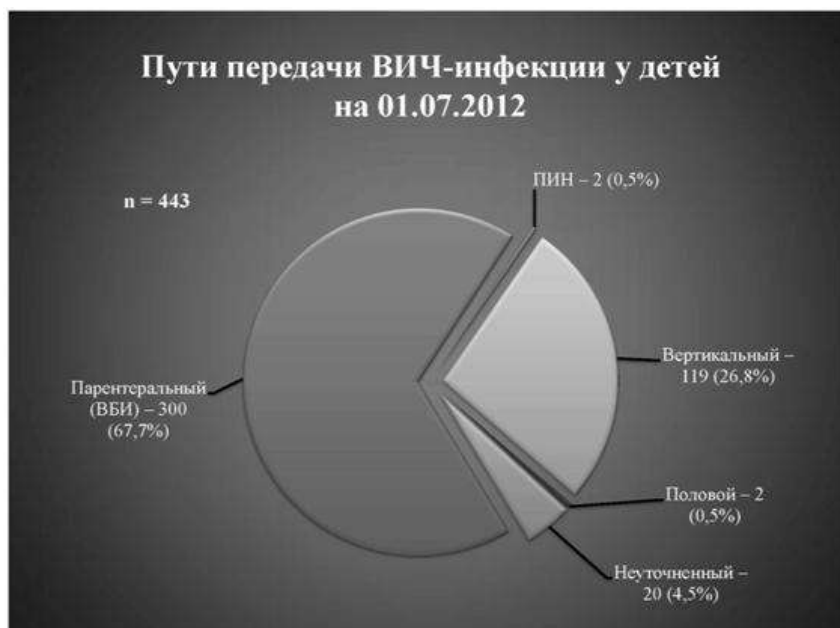


Рис.2 – Пути передачи ВИЧ-инфекции у детей на 01.07.2012 г в южных областях КР.

выявило факты, свидетельствующие о внутрибольничном заражении этих детей.

Для определения источника инфекции, путей и факторов передачи, а также для определения размера очага инфекции МЗ КР был издан приказ №400 от 13.11.2007 года «О проведении аналитического исследования вспышки ВИЧ-инфекции среди детей Ошской области». Был проведен скрининг детей, получавших стационарное лечение в нескольких детских больницах области. В 2007 и 2008 гг. выявлено 46 и 92 случая, соответственно. С 2009 года ВИЧ-инфекция у детей стала регистрироваться в районах, где ранее не встречалась (Алайский, Кара - Кульджинский, Сузакский, Базар-Коргонский и др.)

Анализ возрастной структуры ВИЧ-позитивных детей установил, что все 26 ВИЧ-инфицированных детей в 2007 г. были в возрасте 1-2-х лет; в последующие годы, данная инфекция была представлена детьми 2-4-х лет (табл. 1), а также детей, родившихся в 2008-2010 г., что не исключает продолжения внутрибольничной инфекции на юге Республики до сих пор.

Выводы:

1. Показатель распространённости ВИЧ-инфекции в Ошской области и городе Ош продолжает повышаться и составил $17,5^{0/0000}$ и $25,8^{0/0000}$, что в 1,6 раза выше республиканского показателя, который в 2012 г. составил $11,1^{0/0000}$. Удельный вес ВИЧ-позитивных женщин увеличился с 4,5% в 2001 году до 42,5% в 2012 г.
2. Особенностью современного периода (2007-2012 гг.) развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Ошской области является увеличение удельного веса детей до 14 лет (26,2%), которое связано с

внутрибольничной вспышкой ВИЧ-инфекции среди детского населения юга республики.

3. Необходимо дальнейший мониторинг эпидемии в Ошской области, расширение и обеспечение в полном объёме государственной поддержки ВИЧ-инфицированных женщин и их детей.

Литература

1. Мамаев Т. Состояние эпидемии ВИЧ/СПИДа среди женщин репродуктивного возраста в Ошской области КР //ЦАМЖ.- 2006.-Т. XII.- № 6.-С.374-377.
2. Развитие эпидемии СПИДа, декабрь 2009. (пер. с англ.) ЮНЭЙДС/ВОЗ.- 2009.- 100 с.
3. Сапарбеков М.К. ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты), Алматы, 2008.- С.34.

EPIDEMIOLOGIC FEATURES OF HIV INFECTION IN CHILDREN, OSH REGION, 2013

S.T. Tobokalova, B.R. Abdyraeva

Kyrgyz State Medical Institute of Continued Education, Bishkek, Regional AIDS Centre, c. Osh, Kyrgyz Republic

A special feature of the current period (the years 2007-2012) of the HIV epidemic in the Osh Region is an increase in the proportion of children under 14 years of age (26.2%), which is related to the hospital outbreak of HIV infection in the pediatric population of the south of the republic.

Key words: HIV-infection, epidemiology, children

616.36-002-08

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
«А» У ДЕТЕЙ**

Балабасова А.М.

**кафедра детских инфекционных болезней
Кыргызской государственной медицинской
академии им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В работе проведен анализ 649 историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с вирусным гепатитом «А».

***Ключевые слова:** острый вирусный гепатит, асцит, лечение.*

**БАЛДАРДЫН ӨНУККӨН «А» ГЕПАТИТИНИН
КЛИНИКАЛЫК ЖАНА
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы, балдардын
жугуштуу оорулар кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул илимий эмгекте Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасына жаткырылган 649 баланын өнүккөн «А» гепатитинин оруу баяны изилделген.

***Негизки сөздөр:** курч муноздогу вирустук гепатит, асцит, дарылоо.*

Вирусный гепатит «А» относится к числу широко распространенных во всем мире инфекционных заболеваний детского возраста. Вместе с тем закономерности распространения этой болезни все еще остаются недостаточно изученными. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, учтенная заболеваемость его в мире ежегодно составляет около 1,5 млн. [1; 4].

Вирусный гепатит «А» (ВГА) занимает ведущее место среди других заболеваний печени, на его долю приходится 65–75% всех вирусных гепатитов у детей. Характерны семейные вспышки в детских дошкольных коллективах, в школах. Так, по данным российских исследователей, ВГА у детей диагностируется в 93,8% [1; 2].

В возрастной структуре в последние 10 лет выявлен более высокий уровень заболеваемости среди детей 7-14 лет в сравнении с детьми 3-6 лет (по удельному весу 80% и 37,7% соответственно). Смещение заболеваемости ВГА в эти возрастные группы, ведет к изменению клинического облика этой инфекции и значительно утяжеляет ее течение. Однако сегодня этому заболеванию уделяется неоправданно мало внимания. Вместе с тем, истинная частота ВГА в 3-10 раз превышает зарегистрированный уровень [3].

Вирусный гепатит «А» распространен повсеместно и характеризуется неравномерным распространением по континентам и странам, а также в пределах одной страны. В мире выделяют регионы с высокой (Азия и Африка), средней (Южная и Восточная Европа) и низкой (Скандинавия, Центральная Европа, Северная Америка) интенсивностью циркуляции вируса гепатита [1;4].

Российская Федерация относится к странам средней эндемичности, однако частота возникновения ВГА остается высокой. Среди острых вирусных гепатитов ВГА по удельному весу занимает первое место, а по наносимому им общему экономическому ущербу уступает только гриппу и острым респираторным инфекциям. Вместе с тем, интенсивность распространения вирусных гепатитов на территории РФ крайне неоднородна. Так, на отдельных территориях РФ уровень заболеваемости колеблется от 9 до 210 на 100 тыс. населения [2;3].

Страны Центральной Азии, в том числе Кыргызстан относятся к региону высокой эндемичности. Самый высокий показатель заболеваемости вирусным гепатитом «А» (560,2 на 100 тыс. населения) за прошлые 15 лет был отмечен в 1997 году. Официально регистрируется заболеваемость острыми вирусными гепатитами «А», «В» и «С».

В последние годы продолжается неуклонный рост вирусного гепатита «А». Так за 8 месяцев 2013г. в г. Бишкек зарегистрировано 1271 случаев (137,5) ВГА, по сравнению с аналогичными данными 2012г. - 788 (87,1), что указывает на рост заболеваемости в 1,6 раз. Наметилась неблагоприятная тенденция к не прогнозирувавшемуся и не получившему адекватного объяснения росту заболеваемости, свидетельствующему о том, что ВГА входит в ряд так называемых "возвращающихся" инфекций. Вышеуказанное свидетельствует, что вопросы эффективной профилактики этой инфекции, основанные на понимании механизмов распространения, все еще далеки от своего окончательного решения.

Цель исследования изучить клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита «А» у детей.

Материалы и методы. В работе проведен анализ статистических данных заболеваемости ВГА за последние годы по Республике и результаты клинического наблюдения за течением болезни у 649 детей, больных ВГА, в возрасте от 1 до 14 лет, которые находились на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2011-2012 гг.

В лабораторной диагностике использовались общеклинические, биохимические и дополнительные методы исследования. По показаниям проводили исследование свертывающей системы крови, определение уровня общего белка, белковой фракции и др.

Лабораторная расшифровка этиологии вирусных гепатитов проводилось с помощью

иммуноферментного анализа (антитела к HAV IgM) в референс-лаборатории. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение. По данным официальной статистики в 2012г. увеличилась заболеваемость вирусными гепатитами в 1,7 раза, число заболевших составило 17801 случай (322,8) против 10656 случаев (193,2) за 2011г. месяцев прошлого года. Из них 95,8% приходится на долю ВГА.

Отмечен рост заболеваемости гепатитом «А» (2006г.–117,6; 2007г.–233,0; 2008г.–198,6; 2009г.–225,8; 2010г.–201,4; 2011г.–193,2; 2012г.–322,8 на 100 тыс. населения). Наибольшее число случаев ВГА регистрировалось в крупных городах Ош и Бишкек, где интенсивный показатель составил в 2008г. – 235,9 соответственно 159,4; 2009г. – 279,4 и 134,6; 2010г. – 226,5 и 114,5; 2011г. – 209,9 и 103,2; 2012г. – 375,6 и 310,1.

По данным РКИБ г. Бишкек, заболеваемость ВГА среди детского возраста в последние годы имеет неуклонный рост (Рис.1).

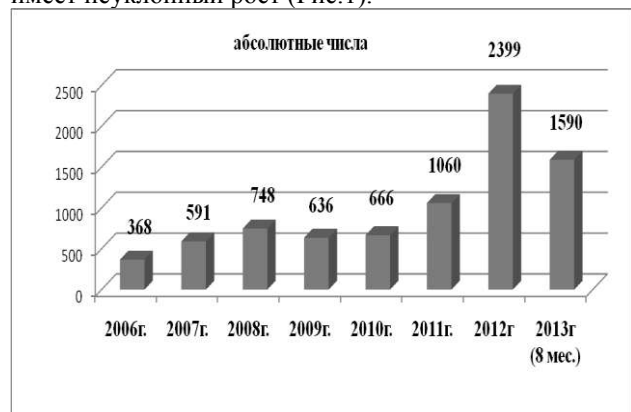


Рис. 1. Заболеваемость ВГА детей, по данным РКИБ

Возрастная структура обследованных в стационаре детей, больных ВГА распределилась следующим образом: 1-3 лет – 172 (26,5%), 4-6 лет- 196 (30,2%), 7-14 лет – 281 (43,3%), что свидетельствует о преобладании детей старшего возраста (Рис.2). Эти данные совпадают с исследованиями других авторов.

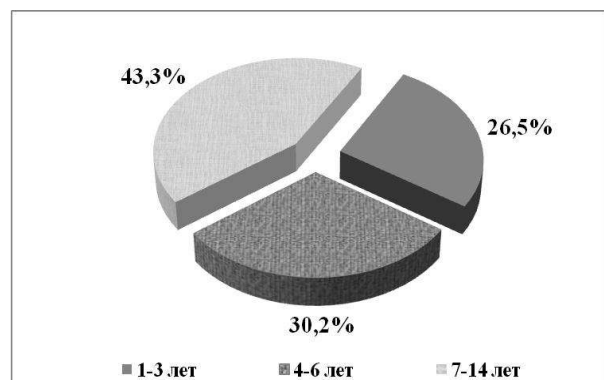


Рис.2. Возрастная структура детей, больных ВГА

Среди заболевших детей, преобладали городские 365 (56,3%) дети, по сравнению с сельскими жителями 284 (43,7%). Число заболевших мальчиков 320 (49,3%) и девочек 329 (50,7%) было одинаковым.

Подъем заболеваемости отмечен в осенне-зимний 591 (91,1%) период, что соответствует пику заболеваемости не только ВГА, но и ВГЕ, маркеры которых не удается определить (Рис. 3).

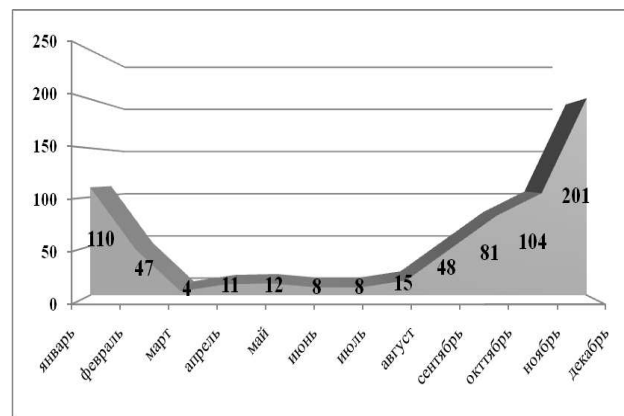


Рис.3. Сезонность ВГА

При изучении историй болезни выявлено, что большинство 568 (87,5%) больных поступили в стационар на 3-6 день от начала болезни, т.е. в разгар (желтушный период) болезни.

В первые дни болезни за медицинской помощью в поликлиники города обратились 104 (16,0%) больных. Всем этим больным был ошибочно поставлен диагноз ОРВИ, т.к. в начальном периоде ВГА клинические симптомы схожие с ОРВИ. Было проведено амбулаторное лечение антибиотиками (5,1%) пенициллинового и цефалоспоринового ряда в течение 2-4 дней, однако в связи с отсутствием положительной динамики, каждый второй 303 (47,0%) был направлен в инфекционный стационар с диагнозом ВГА, реже ОРВИ, ПТИ, ОКИ.

Из других стационаров поступили в 51 (7,9%) случае, по «скорой» 16 (2,5%), из них - 4 (0,7%) по тяжести состояния были сразу госпитализированы в РИТ, где находились на лечении от 2-х до 7 дней.

Структура предварительных диагнозов уточненных в приемном отделении РКИБ, свидетельствует о своевременной диагностике ВГА (97,7%). Детальный анализ клинических диагнозов всех гепатитов у детей, которые были госпитализированы в РКИБ в 2012 г., был представлен следующим образом: ВГА– 2399 (98,9%), микст гепатиты ВГА+ВГВ – 1 (0,1%), ВГВ – 10 (0,4%), ВГС–1 (0,1%), не верифицированный – 14 (0,5%), т.е. лидирующее место занимает ВГА.

Из анамнеза жизни удалось установить, что все дети 605 (93,2%) были доношенными, неблагоприятное течение беременности выявлено в 5,2% случаев (гестоз беременности, угроза, анемия, нефропатия). Преморбидный фон детей был отягощен также анемией I-II ст.– 69 (10,6%), ЭКД – 5 (0,8%), ВПС– 4 (0,6%).

Из перенесенных заболеваний чаще регистрировались: ОРВИ (98,1%), ОКИ (31,3%), пневмония – 31 (4,8%), реже - ветряная оспа 27 (4,2%), менингит 5 (0,8%), корь 2 (0,3%).

Из эпидемиологического анамнеза установлено, что каждый второй заболевший (49, 2%) имел контакт с больным ВГА (в семье, дошкольном учреждении, школе).

Основными жалобами при поступлении в стационар были: боли в животе, слабость, тошнота, рвота, снижение аппетита, желтушность склер, носовое кровотечение, изменение цвета мочи и стула.

Заболевание начиналось остро в 643 (99,1%) случаях, постепенное начало отмечено в 5 (0,9%) случаях. У всех больных отмечалось повышение температуры, У больных с тяжелой 97 (14,9%) формой ВГА подъем температуры до высоких цифр (38,5-39,5°C). Продолжительность температуры составила в среднем 1,9±0,3 дней.

Симптомы интоксикации имели место у всех больных ВГА. Выраженность и продолжительность интоксикации определяла степень тяжести гепатита. У больных с тяжелой формой болезни - 97 (14,9%) в большинстве случаев (10,5%) симптомы интоксикации сохранялись длительно, до 8-10 дней, что было обусловлено также формированием микст-инфекции (ОРВИ, пневмония, плеврит, ОКИ).

В начальный (преджелтушный) период болезни было госпитализировано в стационар 81 (12,5%) больных. В этом периоде гепатит протекал по смешанному 427 (65,8%) варианту, реже по гриппоподобному 134 (20,6%), диспепсическому 88 (13,6%). Катаральные явления наблюдались в 54 (8,3%) случаях, проявлялись заложенностью носа, насморком, отеком, отечностью и гиперемией слизистой оболочки зева.

Абдоминальный синдром был отмечен в 99,3% случаев, проявлялся болями и тяжестью в правом подреберье. Сохранялся в среднем 4,3±0,6 дней. В 37 (5,7%) случаях дети старшего возраста отмечали задержку стула. Слабость отмечалась у всех больных с тяжелой формой ВГА. Тошнота и рвота регистрировалась в 69,5% случаев. У каждого третьего (39,9%) больного частота рвоты носила многократный характер. Длительность рвоты составила 2,1±0,1 дней. Изменение цвета мочи (насыщенно-желтый) отмечалось в конце преджелтушного периода. Длительность преджелтушного периода составила 3,4±0,2 дней.

Желтушный период начинался с появления желтухи; раньше всех появлялась желтушность склер, затем кожи лица, туловища, твердого неба и лишь позднее на кистях, ладонях и стопах. Желтуха нарастала быстро, в течение 2-3 дней. По интенсивности была умеренно выраженной и длительно сохранялась при тяжелой форме 7,8 ±0,2 дней.

На высоте желтухи в 95,9% случаев сохранялась гепатомегалия разной степени. При пальпации край печени имел умеренно плотную консистенцию, закруглен, умеренно болезненный. Размеры селезенки были увеличенными у 26 (4,1%) больных, у которых была диагностирована тяжелая

форма гепатита. Край селезенки был умеренной плотности, иногда чувствительный. При этом у 97 (14,9%) детей, больных ВГА был диагностирован асцит различной выраженности при проведении УЗИ обследования, реже при объективном исследовании у очень тяжелых больных, которые вынуждены были лечиться в отделении реанимации. Геморрагический синдром отмечен в 58 случаях у больных тяжелой формой, проявлялся носовым кровотечением, наличием геморрагических высыпаний, который сохранялся в течение 2,6±0,8 дней.

Одновременно с нарастанием желтухи отмечалась темная моча и обесцвеченный стул.

Длительность желтушного периода у больных тяжелой формой была дольше 11,2±1,1 дней, по сравнению со средне тяжелой формой 7,8±0,3.

Негативную роль на течение болезни оказывала микст-инфекция, в 68 (10,5%) случаях: ОРВИ 53 (8,2%), пневмония, плеврит 9 (1,2%), ОКИ 6 (0,9%), ВГА+ВГВ 1 (0,2%). Развитие осложнений асцит 97 (14,9%), ДЖВП 30 (4,6%).

У обследованных детей, больных ВГА во всех случаях, имело место серологическое подтверждение (ИФА) диагноза, выявление антител к HAV IgM. Анализ результатов биохимических показателей крови позволил установить, что повышаются обе фракции билирубина, с преобладанием связанной (прямой билирубин): общий билирубин 72,2±14,4; 65,6±0,8 мкмоль/л; прямой билирубин 51,4±8,5; 43,9±6,3; АСТ 0,78±0,2; 1,5±0,6; АЛТ 1,5±0,2; 1,8±0,3 у больных средней тяжести и тяжелой формой соответственно. У всех наблюдаемых больных определялось повышение тимоловой пробы, что свидетельствует об остроте процесса.

По показаниям определялись общий белок, белковые фракции, протромбиновый индекс (ПТИ), протромбиновое время и др., которые были снижены при тяжелой форме ВГА (14,9%), хотя достоверных различий не было выявлено: общий белок (76,3±4,7), альбумины (37,3±2,1), протромбиновый индекс (83,9±13,2), протромбиновое время (22,2±4,4).

УЗИ исследование проводили по показаниям лишь в 26,1% случаев острого гепатита, при этом асцит диагностирован у 14,9%, ДЖВП 4,6% случаев.

По показаниям проводили рентгенологическое исследование органов грудной клетки, что позволило в 9 (1,2%), случаев подтвердить течение пневмонии, в одном случае - плеврит.

В лечении всем больным проводилась базисная терапия, которая включала наблюдение врача, режим и соответствующую диету.

Инфузионная терапия была проведена в 86,0%, что свидетельствует о необоснованном назначении внутривенных вливаний больным средней тяжести болезни. Длительность инфузионной терапии при среднетяжелой форме 3,4±0,4 дня; при тяжелой форме 4,8±0,6. Кортикостероиды были назначены у тяжелых больных в 6,7% и белковые препараты в 4,1% случаев. Антибиотики (пенициллинового и цефалоспоринового ряда) назначались больным

тяжелой 93 (14,3%) формой болезни, с сопутствующими гнойно-воспалительными заболеваниями (пневмония, плеврит, ОКИ) в течение $5,1 \pm 0,4$ дней.

Все больные (98,7%) с первых дней лечения получали гепатопротекторы (рибоксин), желчегонные препараты в 9,3% случаев.

Пребывание больных в стационаре было дольше при тяжелой форме $9,1 \pm 0,4$, по сравнению с больными средней тяжестью $7,1 \pm 0,3$ дней.

Больные выписаны из стационара с выздоровлением 88 (13,4%), а в большинстве 561 (86,4%) случаев с улучшением, т.е. у них кроме увеличенных размеров печени и селезенки, оставались патологически измененные функциональные печеночные пробы, что требовало дальнейшего диспансерного наблюдения. Летальный исход в одном случае (0,1%).

Выводы

1. В этиологической структуре острых вирусных гепатитов у детей, вирусный гепатит «А» занимает (98,9%) лидирующее место. Заболеваемость вирусным гепатитом «А» имеет неуклонный рост.

2. В возрастной структуре тенденция роста заболеваемости гепатитом «А» детей старшего возраста и подростков.

3. Увеличился удельный вес тяжелых форм ВГА с развитием отечно-асцитического синдрома, который чаще выявляется при УЗИ.

4. Необходимы новые подходы в тактике госпитализации, диагностике и лечении ВГА у детей.

Литература

1. Кареткина Г.Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики. // Ж. Лечащий врач.-2009.- № 4.-С. 10-12.
2. Вирусные гепатиты в Российской Федерации//Под ред. Г.Г. Онищенко, А.Б. Жебруна. СПб.: НИИЭМ им. Пастера, 2009:8–16.
3. Солодовников Ю.П., Лыткина И.Н., Зайцев Б.Е.. Эпидемиологические особенности вирусного гепатита А. //Вакцинопрофилактика.- 2001.- №4 (16).
4. Fitz. G.J. Hepatic Encephalopathy, Hepatopulmonary Syndromes, Hepatorenal Syndrome, Coagulopathy, and Endocrine Complications of Liver Disease. Feldman: Sleisenger & Fordtrans Gastrointestinal and Liver Disease, 7 th. Ed. 2002; 1543-49.

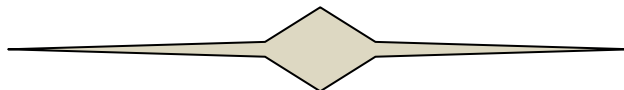
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ACUTE HEPATITIS «A» OF CHILDREN

A.M. Balabasova

**Kyrgyz State Medical Academy, Department of
Children's Infectious Diseases,
Bishkek, Kyrgyz Republic.**

At this job was done analysis 649 of medical reports of children who has acute viral hepatitis «A». These children were treated in Republic clinical infection hospital.

Key words: acute viral hepatitis, ascitis, treatment.



УДК 616.36-002-08

**ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ
ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
АНАЛОГАМИ НУКЛЕОЗИДОВ В ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В**

Заирова Г.М.

**Кыргызский государственный медицинский
институт переподготовки и повышения
квалификации,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье даны распространённость острых и хронических вирусных гепатитов В в Кыргызстане. Обоснованы показания к назначению аналогов нуклеозидов в их лечении.

Ключевые слова: хронический гепатит В, аналоги нуклеозидов, ламивудин, энтекавир.

**ӨНӨКӨТ В ГЕПАТИТИН ВИРУСКА
КАРШЫ ДАРЫЛООДО НУКЛЕОЗИДДЕРДИН
ӨНӨГҮН БЕРҮНҮН ЖОЛДОМОЛОРУ**

**Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана
адистикти жогорулатуу медициналык
институту,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул статьяда өткүр жана өнөкөт вирустук В гепатитинин Кыргызстанда таралышы, аларды нуклеозиддердин өнөгү менен дарылоого жолдомолор берилген.

Негизги сөздөр: өнөкөт вирустук В гепатити, нуклеозиддердин өнөгү, ламивудин, энтекавир.

Хронический гепатит В (ХГВ) – одна из важнейших медико-социальных проблем современности [4]. В Кыргызстане, за последние 10 лет (2003-2013), ежегодно регистрируется 612±63,1 случая острого гепатита В (ОГВ), составляя 5,4±1,6% от общего числа острых вирусных гепатитов (ОВГ). По данным же дозорного эпиднадзора, удельный вес ОГВ составляет не менее 25-26%. Из них женщин 38,2±2,6% и детей до 14 лет – 12,3±4,5%. В то же время количество «носителей» вируса гепатита В превышает в 6 раз, больных ОГВ. Большинство авторов отрицают возможность бессимптомного носительства, безусловнопатогенного возбудителя в организме и приравнивают его к латентному течению хронического вирусного гепатита.

Для установления точного диагноза эта группа риска должна быть тщательно обследована на показатели активности АлАТ, АсАТ, наличие НВеАg, ДНК вируса гепатита В, УЗИ печени и фибросканирование. Официальная регистрация больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в нашей стране началась только в 2010 году, за это время учтено всего 660 случаев ХВГ. В то же время, в гастроэнтерологическом отделении

Национального госпиталя ежегодно лечатся по 300-400 больных хроническим гепатитом и циррозом печени (ЦП), 80-90% из них вирусной этиологии.

Течение хронического гепатита В преимущественно мягкое, бессимптомное, но нередко прогрессирующее до цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). По данным В.Ф. Учайкина [3], у 42% взрослых пациентов истоки ХГВ находятся в детстве. Через 16-21 год наблюдения ГЦК зарегистрирована у 3,8% лиц, заболевших ХГВ в детстве [2]. Степень и темпы фиброобразования печени при ХГВ и исходы в ЦП и ГЦК предопределяются, главным образом активностью вирусной репликации [5].

Длительное наблюдение естественного течения ХГВ показало, что после установления диагноза, кумулятивная частота развития ЦП в течение ближайших 5 лет составляет от 8 до 20 %, его декомпенсации, в последующие 5 лет – 20%, а вероятность выживаемости больного компенсированным циррозом в течение 5 лет – 80-86% [1].

У пациентов с декомпенсированным ЦП прогноз выживаемости в течение 5 лет крайне неблагоприятен (14-35%). Ежегодная заболеваемость ГЦК у больных с установленным диагнозом цирроза в исходе ХГВ составляет 2-5% и варьирует в географических регионах. Течение и исходы заболевания печени, вызванного вирусом гепатита В, во многом определены взаимоотношениями иммунной системы организма человека и вируса. В ходе естественного течения хронической HBV-инфекции выделяются несколько фаз, не обязательно сменяющих друг друга. Фазы заболевания характеризуются присутствием или отсутствием в крови больного НВеАg (НВе-положительный или НВе-негативный варианты ХГВ), степенью активности АлАТ и уровнем виремии, а также гистологической картиной заболевания – фаза иммунной толерантности, иммунно-активная фаза, состояние неактивного носительства и фаза реактивации.

За исключением препаратов интерферона (ИФН), составляющих в настоящее время основу противовирусного лечения при ХГВ, большинство лекарственных средств, применяемых у взрослых, не может быть использовано в педиатрической практике и у беременных женщин в связи с отсутствием специального разрешения. Исключение составляет разрешённый у детей с 3-месячного возраста ламивудин, зарегистрированный в нашей стране в качестве препарата против ВИЧ-инфекции, гепатита В и дельта под названием «Зеффикс».

Ламивудин – первый таблетированный препарат из группы синтетических аналогов нуклеозидов, эффективность которого в лечении ХГВ доказана. Сущность действия препарата состоит в блокировании вирусной РНК-зависимой ДНК-полимеразы, необходимой для процесса репликации ВГВ и ВИЧ.

Отличительными особенностями современных нуклеозидных аналогов (энтекавира и телбивудина)

являются высокая частота достижения неопределяемого уровня ДНК HBV в крови через 48 недель терапии (быстрое подавление репликации HBV в 60-67% при HBe-положительном гепатите В и в 70-78% - HBe-негативном, возможность применения этих препаратов у больных циррозом (в том числе декомпенсированным). К недостаткам можно отнести неопределённую к настоящему времени длительность лечения HBe-негативного ХГВ, возможность развития генотипической резистентности и необратимость перехода на другие препараты (с ламивудина на энтекавир).

Показания для проведения противовирусной терапии (ПВТ) ХГВ

В соответствии Европейской ассоциации по изучению печени 2009 г. показания к лечению базируются на комбинации 3-х показателей, определяющих прогрессирование заболевания [1]:

- уровень вирусной нагрузки;
- сывороточная активность АлАТ;
- гистологически (морфологически) установленные активности и стадия гепатита.

Пациенту рекомендуется ПВТ при наличии следующих условий:

- уровень ДНК HBV в крови более 10 000 копий/мл (2000 МЕ/мл);
- и/или активность АлАТ выше верхней границы нормы;
- и/или значительно выраженный фиброз F₂-F₃ по METAVIR

Если недоступно определение уровня ДНК HBV в крови, но положителен качественный анализ на ДНК HBV в крови, то основными критериями назначения терапии должны быть данные биопсии печени (активный некровоспалительный процесс (A2) и/или стадия фиброза печени 2 и выше (A2/F2 и более по METAVIR). Необходимо учитывать повышение уровня АлАТ при отсутствии иных, кроме HBV-инфекции, причин для этого. Нормальные значения АлАТ при наличии фиброза 2-3-й стадий и положительном тесте на ДНК HBV не являются препятствием для назначения ПВТ.

Лечение HBe-положительного хронического гепатита В

Основной целью терапии при HBe-положительном ХГВ являются достижение сероконверсии по HBeAg, неопределяемого современными методами уровня ДНК HBV в крови и нормализация показателей АлАТ. Лечение HBe-положительного ХГВ возможно препаратами стандартного (роферон А, интераль, реаферон, виферон-для детей) и пегилированного интерферона и аналогами нуклеозидов.

- Стандартный интерферон применяется в дозе 3-5 млн ЕД ежедневно или 10 млн ЕД через день в течение 16 недель.
- Пег-ИФН используется в течение 48 нед. в стандартных дозах (180 мкг) 1 раз в неделю. При применении пегилированных интерферонов устойчивого ответа удаётся достичь у 25-30% пациентов. При отсутствии ответа на терапию или в случае рецидива после её окончания возможно длительное лечение нуклеозидными аналогами,

предпочтительно препаратом с высоким генетическим барьером к резистентности – энтекавиром, так как при HBe-положительном гепатите, как правило, уровень виремии очень высок.

Длительность применения нуклеозидных аналогов при хроническом HBe-положительном гепатите В определяется HBe - статусом пациента на фоне терапии. В том случае если удалось достичь сероконверсии, после её наступления рекомендуется продолжить лечение (консолидирующая терапия) в течение 24-48 недель (48 нед предпочтительнее) и затем, если сохраняется неопределяемый уровень виремии, возможна отмена ПВТ. Если сероконверсии не удаётся достичь, но сохраняется неопределяемый уровень виремии, лечение рекомендуется продолжать неопределённо долго, так как отмена препарата может привести к вирусологическому и биохимическому обострению.

Лечение HBeAg-негативного хронического гепатита В

Основной целью терапии при HBeAg-негативном хроническом гепатите В являются клиренс ДНК HBV и нормализация активности АлАТ.

Лечение возможно препаратами стандартного интерферона и аналогами нуклеози(ти)дов.

- Пег-ИФН и стандартный интерферон применяются в течение 48 нед.

Кратность применения и дозы аналогичны таковым при HBe-положительном ХГВ. При отсутствии ответа на терапию или в случае рецидива после её окончания возможно длительное лечение нуклеозидными аналогами, предпочтительно препаратом с высоким генетическим барьером к резистентности – энтекавиром.

- Нуклеози (ти)дные аналоги – энтекавир, телбивудин и ламивудин.

Длительность лечения ими при HBeAg-негативном хроническом гепатите В в настоящее время не определена, и возможны различные подходы:

- до наступления клиренса HBsAg (частота его в среднем составляет 2-5% в течение 2-4 лет лечения);
- пожизненная терапия (недостатки: высокая стоимость, неизвестны безопасность, риск развития лекарственной резистентности);
- на протяжении 2-3 лет после наступления авиремии (при этом сохраняется риск рецидива заболевания, частота которого пока не установлена).

Лечение ламивудином проводят в дозе 100 мг ежедневно *per os*. Ламивудин обладает хорошим профилем безопасности, рекомендуется лечение беременных женщин с ХГВ по общепринятым показаниям. Данная рекомендация базируется на протоколе терапии ВИЧ-инфицированных беременных, где применяется пожизненное лечение ламивудином. Женщинам, которым назначена терапия ламивудином, следует отказаться от кормления грудью. У больных HBe-положительным

ХГВ удаётся достичь сероконверсии HBeAg/anti-HBe в 16-18% случаев в течение года терапии и в 27% случаев при применении этого препарата в течение 2 лет. Улучшение гистологической картины зафиксировано независимо от сероконверсии приблизительно у 50% больных уже через год от начала лечения. Комбинированная терапия интерфероном и ламивудином *не показала преимуществ перед монотерапией устойчивого вирусологического ответа.*

Энтекавир (бараклюд). Препарат назначают в дозе 0,5 мг ежедневно *per os* пациентам ранее не получавшим аналоги нуклеозидов. При развившейся резистентности или рефрактерности к ламивудину лечение проводят в дозе 1,0 мг ежедневно. Энтекавир обладает хорошим профилем безопасности, эффективно и быстро подавляет репликацию вируса гепатита В в течение 48 недель лечения (67 и 90% эффективности при HBe-положительном и HBe-негативном хроническом гепатите В). Частота достижения нормализации АлАТ составляет соответственно 68 и 78%. Гистологический ответ при обоих ВГВ регистрируют у 70-72% пациентов уже через 48 недель лечения. Частота сероконверсии HBe/анти-HBe через год терапии – 21%, но повышается до 31% при продолжении лечения до 2 лет. Существенным преимуществом энтекавира служит низкая вероятность развития резистентности к лечению (1,2% через 6 лет терапии).

Противопоказания к лечению энтекавиром.

- Повышенная чувствительность к нему.
- Возраст до 18 лет.
- Беременность и лактация.

Таким образом, Кыргызстан является гиперэндемичным регионом по распространённости вирусного гепатита В.

Как стране с ограниченными финансовыми ресурсами, оправдано назначение аналогов нуклеозидов в качестве монотерапии хронического гепатита В.

Литература

1. Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С.-М.,2010.- 68 с.
2. Тобокалова С.Т. Вирусные гепатиты В, С и дельта.- Бишкек,2003.- 188 с.
3. Учайкин В.Ф., Чуелов С.Б. Вирусные гепатиты у детей: от прошлого к настоящему // Детские инфекции, 2006.-№5(4).- С.4-7.
4. Шахгильдян И.В. Вирусные гепатиты В и С в России: эпидемиологическая характеристика и основные направления их профилактики. В кн. Актуальные проблемы гепатологии: эпидемиология вирусных гепатитов.-М., 2002.-С.65-71.
5. Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 614-720.

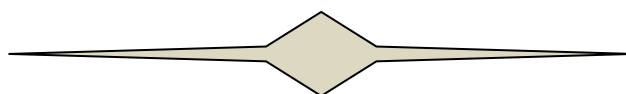
INDICATIONS FOR THERAPY OF CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION WITH NUCLEOSIDE ANALOGS

G.M. Zairova

**Kyrgyz State Medical Institute of Continued Education,
Bishkek, Kyrgyz Republic**

Abstract. The article describes the prevalence of acute and chronic hepatitis B virus infection in Kyrgyzstan. Scientifically based indications for its treatment with nucleoside analogs are given.

Key words: chronic HBV infection, nucleoside analogs, lamivudin, entecavir.



УДК 616.36-002-022:578.891]: 577/21 (5752)

**МОЛЕКУЛЯРНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ
ГЕПАТИТОВ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*Касымбекова К.Т., Молдокматова М.Д.,
Сапарова Г.Н., Ашыралиева Д.О.*

**¹Кыргызский государственный медицинский
институт переподготовки
и повышения квалификации,
Департамент профилактики заболеваний и
экспертизы МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

*Проведено молекулярно - генетическое
обследование больных с парентеральными
вирусными гепатитами и генотипирование ВГС.*

*Ключевые слова: парентеральные гепатиты,
вирусная нагрузка, ПЦР в режиме реального
времени.*

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ
ПАРЕНТЕРАЛДЫК ВИРУСТУК
ГЕПАТИТТЕРИНИН МОЛЕКУЛЯРДЫК
ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ**

**Кыргыз мамлекеттик кайрадан даярдоо жана
деңгээлди өркүндөтүү медициналык институту,
Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо
министирлигинин ооруларды алдын алуу жана
экспертизалар департаменти,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

*Молекулярдык генетикалык ыкма менен
парентералдык вирустук гепатиттер жана
гепатит С вирусунун генотиптери изилденди.*

*Негизги сөздөр: парентералдык гепатиттер,
вирустун саны, бир убакта өтүүчү ПЦР.*

Актуальность. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека и являются важнейшей проблемой здравоохранения. Актуальность проблемы определяется повсеместным распространением, широким спектром клинических проявлений, сложностью структуры эпидемического процесса, множественностью естественных, искусственных путей передачи возбудителей, высокой вероятностью хронических поражений печени и внепеченочных поражений. Несмотря на активное проведение специфической профилактики, в мире вирусным гепатитом В (ВГВ) болеют более 2,5 млрд. человек, при этом число хронических вирусносителей достигает 400 тыс. человек. По разным литературным данным вирусом гепатита С инфицированы от 500 млн. до 1 млрд. людей.

Фактически в настоящее время в мире наблюдается пандемия гепатита С, которая по своим масштабам в 5 раз превышает распространение ВИЧ-инфекции [1-4].

Одной из актуальных проблем является совершенствование лабораторной диагностики вирусных гепатитов.

Общепринятым скрининговым тестом для диагностики вирусных гепатитов является иммуноферментный анализ (ИФА), основанный на обнаружении специфических антител к ВГ. Однако определение специфических Ig M антител является менее чувствительным методом на ранних стадиях заболевания (в период так называемого серологического «окна»), когда уровень Ig M антител очень низок и не улавливается в ИФА. В то время как методом ПЦР заболевание можно диагностировать на 7 - 21-й день после инфицирования вирусом. Поэтому полимеразная цепная реакция (ПЦР) является наиболее информативным и достоверным методом диагностики вирусных гепатитов, так как при этом можно также определить активность инфекционного процесса, вирусную нагрузку и генотипы вирусов.

В Кыргызской Республике молекулярно-генетическая диагностика парентеральных гепатитов ранее проводилась с использованием метода ПЦР с электрофорезной детекцией (Усманов Р.К. Кобыльников Н.В. 2007г.). Однако этот метод в настоящее время считается менее чувствительным, чем ПЦР в режиме реального времени и не позволяет проводить количественную оценку вирусной нагрузки, необходимую для лечения больных парентеральными вирусными гепатитами.

В связи с вышеуказанным, нами было проведено молекулярно-генетическое обследование больных парентеральными вирусными гепатитами методом ПЦР в режиме реального времени, а также генотипирование ВГС.

Материалы и методы исследования. Для проведения молекулярно – генетических исследований мы использовали плазму крови, отобранную в вакутейнер с 3% раствором ЭДТА. Выделение нуклеиновых кислот (НК) проводили из сыворотки с использованием набора «РИБО-сорб» («ФГУН ЦНИИЭ», Россия). Для выявления ДНК вируса гепатита В (HBV), РНК вируса гепатита С (HCV) и РНК вируса гепатита Д (HDV) использовали комплекты реагентов “АмплиСенс[®] HBV-FRT” “АмплиСенс[®] HCV-FRT”, “АмплиСенс[®] HDV-FRT” («ФГУН ЦНИИЭ», Россия). Обратную транскрипцию проводили с помощью комплекта реагентов “REVERTA-L» («ФГУН ЦНИИЭ», Россия). Для генотипирования HCV использовали комплект реагентов «АмплиСенс[®] HCV-Генотип - FRT » («ФГУН ЦНИИЭ», Россия). Амплификацию специфических фрагментов к ДНК вируса гепатита С проводили в режиме Real – Time полимеразной цепной реакции (ПЦР) на термоциклере «Rotor-Gene 6000» («Corbett Research», Австралия).

С 2010 по 2012гг. методом ПЦР в режиме реального времени было обследовано 1693 лиц с подозрением на парентеральные вирусные гепатиты. На ВГС исследовано 1153 сыворотки крови, в том числе 329 было генотипировано. На вирусный гепатит В качественным методом обследовано 227 образцов, количественным - 270 больных. 43 больных обследованы на вирусный гепатит Д (ВГД).

Результаты и обсуждения. В 2012г заболеваемость вирусными гепатитами В на 100тыс. населения составила 10,3. Реже регистрировалась заболеваемость ВГС и ВГД (2,3 и 0,1 на 100 тыс. населения). Отмечаются высокие показатели носительства парентеральных гепатитов среди мед.работников и доноров крови, что свидетельствует о существующих факторах риска заражения.

Анализ результатов лабораторных исследований парентеральных гепатитов показал, что при обследовании 1693 лиц в 804 случаях (48,0%) были обнаружены вирусы парентеральных гепатитов. При этом чаще (73,1%) от числа лабораторно подтвержденных случаев был выявлен ВГС. Существенно реже - ВГВ, ВГД и микст инфекции ВГВ с ВГД (23 %, 1,1% , 2,7% соответственно) (рис.1).



На ВГВ было обследовано 497 человек, при этом у 185 обследованных (37,2%) был обнаружен вирус гепатита В. Изучение возрастной структуры ВГВ показало, что у взрослых старше 46 лет заболевание установлено в 36,9% случаях. Реже вирус обнаружен у лиц 26-35 и 36-45 лет (23,1% и 27,7% соответственно). В возрастных группах 5-15 и 16-25 лет ВГВ выявляли лишь в 4,6% и 7,7% случаях соответственно (рис.2).

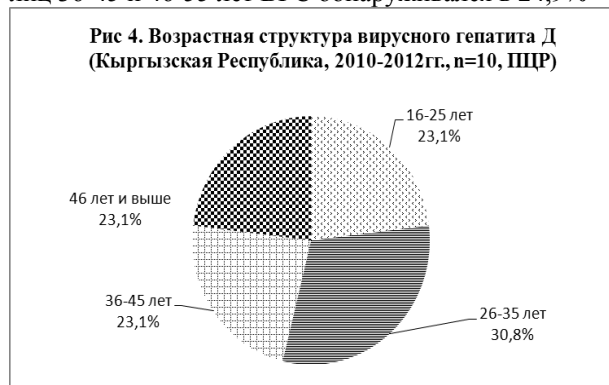
По литературным данным ВГВ часто встречается в виде коинфекции или суперинфекции с ВГД, поэтому больные ВГВ были также обследованы на ВГД. Всего на ВГД обследовано 32 больных, из них у 22 (68,8%) выявлены ассоциации ВГВ и ВГД, в 10 случаях была моноинфекция ВГД.

Анализ возрастной структуры ассоциации ВГВ и ВГД показал, что микст инфекции были только у лиц 26-45 и старше 46 лет (в 62,5% и 37,5% соответственно) (рис.3).



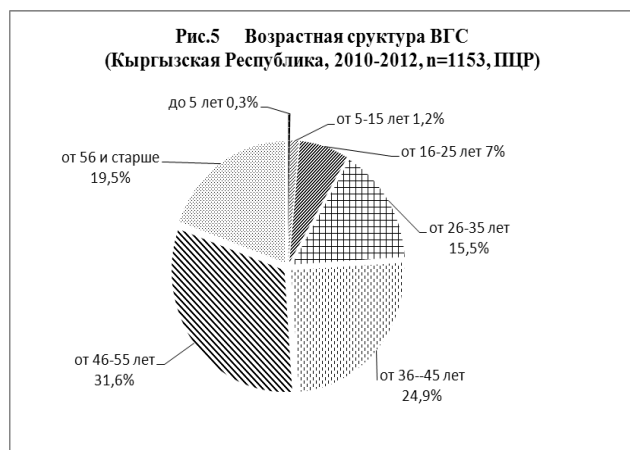
Гепатит Д был обнаружен только у взрослых. При этом чаще ВГД был обнаружен у лиц 26-35 лет (30,8%). У взрослых 15-25, 36-45 и старше 46 лет частота выявляемости ВГД была одинакова и составляла 23,1% (рис.4).

На ВГС молекулярно-генетическим методом обследовано 1153 лиц. При этом вирусы гепатита С были обнаружены у 588 обследованных (50,9%). Изучение возрастной структуры вирусного гепатита С показало, что чем старше возраст, тем больше частота выявляемости вируса гепатита С. У лиц 36-45 и 46-55 лет ВГС обнаруживался в 24,9%



и 30,4% случаев соответственно. В возрастной группе 26-35 и 56 и старше лет частота выявляемости ВГС составила 15,5% и 19,5%. Существенно реже ВГС был обнаружен среди детей до 5 и 5-15 лет, а также в возрастной группе 16- 25 лет (0,3%, 1,2 %, 7% соответственно) (рис.5).

Результаты определения вирусной нагрузки у больных ВГС показали, что средний уровень



вирусной нагрузки (30-800 тыс. МЕ) обнаружен в 87,2% лабораторно подтвержденного ВГС. В возрастных группах 31-45 лет и старше 46 лет чаще выявляли средний уровень нагрузки (36%, 50,6% соответственно).

При анализе устойчивого вирусологического ответа (УВО) через 12 недель после антивирусной терапии в 30,8% случаев отмечалось снижение вирусной нагрузки в 2 логарифма (в 100 раз). В 46,2% случаев после полученного лечения вирус гепатита С не обнаруживался, в 23,1% УВО не наблюдалось.

Анализ результатов генотипирования вируса гепатита С показал, что чаще выявлялся генотип 1 (61,7%). Существенно реже были обнаружены генотипы 3 и 2 (25,8% и 7,6% соответственно) (рис. 6). Таким образом, анализ распространенности генотипов ВГС показал, что в республике чаще выявляется наиболее опасный и трудно поддающийся лечению интерфероном - генотип 1 ВГС. По литературным данным генотип 1 часто встречается в России, Таджикистане, Китае, Тайване, США [5].



Проведенные исследования представляют научно-практический интерес для здравоохранения республики. Необходимо дальнейшее изучение молекулярной эпидемиологии парентеральных гепатитов, расширение спектра проводимых исследований, включая изучение генетической изменчивости вирусов, определение устойчивости к антивирусным препаратам при лечении больных парентеральными вирусными гепатитами.

Выводы

1. При молекулярно-генетическом обследовании больных с парентеральными гепатитами в 73,1% выявлялся вирусный гепатит С, в 23,0% ВГВ, ВГД в 3,8%.
2. Парентеральные гепатиты выявлялись у взрослых.
3. В Кыргызской Республике чаще выявлялся генотип 1 ВГС (61,7%), реже 3 и 2 генотип (25,8% и 7,6% соответственно).
4. УВО на противовирусное лечение отмечался в 30,8%.

Литература

1. Косаговская И.И., Волчкова Е.В. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи. //Эпидемиология и инфекционные болезни. Москва, 2013. С. 28-39.
2. Карандашова И.В., Неверов А.Д., Хабибуллина В.Е. и др. Молекулярная эпидемиология парентеральных вирусных гепатитов на территории Чукотского автономного округа (ЧАО)// сб.тр. VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 2010, Т.1, С. 216-220.
3. Abhijit Chowdhury. Hepatitis B Virus-related Liver Burden in South Asia//Euroasia Journal of Hepato-Gastroenterology, July-December, 2011, 1 (2). P. 44-46.
4. WHO (2009) Hepatitis B: Global situation. World Health Organization. Available: http://www.who.int/immunization_delivery/new_vaccines/hepb/en/index1.html.
5. Зубкова Наталья Васильевна. Серологические и молекулярно-генетические маркеры вируса гепатита С у инфицированных доноров Вопросы вирусологии №5 2010. С. 125-130.

MOLECULAR EPIDEMIOLOGY OF PARENTERAL VIRAL HEPATITIS IN KYRGYZ REPUBLIC

K.T.Kasymbekova¹, M.D.Moldokmatova,
G.N.Saparova, D.O.Ashyralieva

¹Kyrgyz State Medical Institute of retraining and professional development
Department of diseases prevention and expertise
Ministry of Health,
Kyrgyz Republic, Bishkek city

We conducted molecular genetical investigation of patients with parenteral viral hepatitis and genotyping of hepatitis C virus.

Keywords: parenteral hepatitis, viral load, Real-time PCR

УДК 616.36-002.1-022:578.891]-036.22-053.8

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО
ГЕПАТИТА «А» У ВЗРОСЛЫХ В ПЕРИОД
ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА В 2012 ГОДУ**

*Кутманова А.З., Джумагулова А.Ш.,
Узакбаева А.З., Джангазиева А.А., Фесенко Н.В.,
Саркина А.К., Макенбаева Ж.И.*

**Кыргызская Государственная Медицинская
Академия им. И.К. Ахунбаева
г.Бишкек, Кыргызская Республика**

Статья посвящена проблеме вирусного гепатита А, отражающая ситуацию по заболеваемости в Кыргызской Республике и клинические особенности течения у взрослых на современном этапе.

Ключевые слова: вирусный гепатит А, эпидемиологическая ситуация, вакцина.

**2012 ЖЫЛДАГЫ ВИРУСУК ГЕПАТИТ «А»
НЫН ЧОҢ КИШИЛЕРДИН АРАСЫНДА КӨП
КАТТАЛГАН УЧУРДАГЫ КЛИНИКАЛЫК-
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы**

Азыркы этаптагы Кыргыз Республикасында чоң кишилердин вирустук гепатит А менен оорундугунын абалын жана анын оорунун жүрүшү жөнүндө берилет.

Негизги сөздөр: вирустук гепатит А, эпидемиологиялык абал, вакцина.

Актуальность. Проблема ВГА не теряет своей актуальности в связи с их повсеместной и широкой распространенностью, приводящая к значительному экономическому ущербу. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируются до 1,4 млн. случаев ВГА. [1,5]

В России заболеваемость ВГА остается довольно высокой и в общей структуре острых вирусных гепатитов на его долю приходится более 50%. Крупные вспышки наблюдались в 2008 г. в России, Украине и странах Западной Европы. В России и Украине вспышки были связаны с водным фактором, в Чехии инфицирование происходило в летний период во время путешествий и дальнейшим распространением инфекции контактно-бытовым путем. В Латвии ключевая причина роста заболеваемости была в резком увеличении числа неиммунных лиц, при этом основная часть заболевших были лица с низким уровнем дохода (плохие жилищные и санитарно-гигиенические условия), а также значительный рост случаев отмечен среди ПИН. [4]

Кыргызская Республика относится к регионам с высокой заболеваемостью ВГА, которая занимает в этиологической структуре острых вирусных гепатитов доминирующее положение - 93% (ВГВ-4%, ВГС и Д – 0,8%). За последние 20 лет показатели заболеваемости ВГА в КР варьировали в пределах 126,6 – 560,2 на 100 тыс.населения. Распространение этой инфекции происходит на фоне ухудшения экологической ситуации и социально-экономических условий жизни населения.[2]

Актуальность проблемы в последние годы обусловлена также снижением популяционного иммунитета к ВГА, что вызвало повышение заболеваемости среди лиц старше 18 лет, а также увеличением числа случаев ВГА на фоне хронических гепатитов В и С, что изменяет клинический облик этой инфекции и приводит к более тяжелому её течению.

Известно, что с возрастом вероятность развития тяжелого течения и фульминантных форм возрастает, увеличиваются случаи затяжного течения с обострениями и рецидивами (в 3-20% случаев), а причины этого явления малоизвестны.

Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических и клинических особенностей течения ВГА у взрослых во время эпидемиологической вспышки в 2012 г по материалам РКИБ.

Материалы и методы. За 2012 год в РКИБ обратились 1744 больных с ВГ, из них 711 (40,0%) больных были госпитализированы, 1033 (60,0%) пациентов получали амбулаторное лечение.

Проведен анализ историй болезни 429 больных с ВГА в возрасте от 15 до 60 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу с диагнозом ВГА в течение 2012г. Также были использованы статистические материалы ДГСЭН КР и РКИБ по заболеваемости ВГ.

Верификация диагноза осуществлялась серологической реакцией (методом ИФА) и антитела к НАV класса IgM выявлены в 100% случаев.

Результаты и обсуждение. По официальным данным ДГСЭН КР за последние 10 лет отмечаются стабильно высокие показатели заболеваемости на уровне последнего подъема в 2004 г. Однако в 2012 г отмечается рост заболеваемости в 1,7 раз по сравнению с 2011 г. (рис.1)

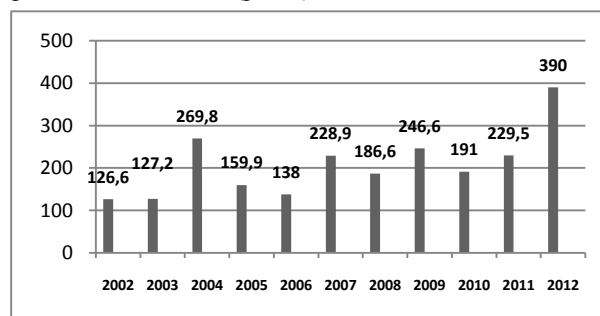


Рис.1 Многолетняя динамика заболеваемости ВГА в КР (на 100 тыс.населения)

В возрастной структуре заболеваемости ВГА в КР на долю детей до 14 лет в среднем приходится 85,2%, в том числе до 1 года – 0,7%, 1-2 года- 5,1%, от 2 до 5 лет- 42,7 %, 5-14 лет -51,6%, а на лица старше 14 лет приходится около 15 %. При сравнительном анализе возрастной структуры за последние 2 подъема заболеваемости ВГА в 2004 г и 2012 г отмечается некоторое повзросление инфекции (12,2% и 15,9% соответственно).

По данным РКИБ, среди госпитализированных пациентов с вирусными гепатитами в 2012 г, ВГА занимает главенствующую позицию и составляет 94%. Анализ заболеваемости ВГА в возрастном аспекте показал, что 23,4% больных составляют подростки и взрослые.

Возрастной и половой состав обследованных 429 больных с ВГА выглядело следующим образом:

Таблица 1

Характеристика больных по полу и возрасту

Пол	15-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	всего
Жен.	136 (31,7%)	58 (13,1%)	10 (2,3%)	2 (0,46%)	2 (0,5%)	208 (48,5%)
Муж.	139 (32,4%)	64 (14,9%)	15 (3,5%)	2 (0,46%)	1 (0,2%)	221 (51,5%)
Всего	275 (64,1%)	122 (28,4%)	25 (5,8%)	4 (0,9%)	3 (0,7%)	429 (100%)

Жители г.Бишкека составили 63%, среди которых 24,4% больных проживают в новостройках, из Аламединского района поступили 16,3% больных, Сокулукского района -10,3%, других регионов – 10,5%.

Основной контингент больных (62,2%) составили студенты и школьники, среди работающих заболевание встречалось в 15,9% случаев, среди неработающих – в 21%.

Годовая динамика заболеваемости ВГА характеризуется выраженной осенне-зимней сезонностью, с пиком в октябре-ноябре месяце (рис.2).

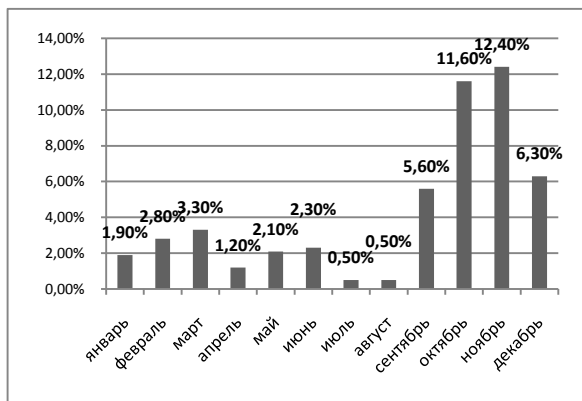


Рис.2 Сезонность заболеваемости ВГА в 2012 г

Среди обследованных контакт с больным вирусным гепатитом был установлен лишь в 35% случаев, у остальных путь заражения отследить не удалось.

Инкубационный период колеблется от 7 до 50 дней, составляя в среднем около одного месяца. Однако среди контактных больных наблюдалось укорочение инкубационного периода до 1 недели в 61,5 % случаев, до 2 недель - в 38,5%.

Тяжелая форма ВГА встречается не более чем у 1% больных, преимущественно у лиц старше 40 лет, у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией или наркотической зависимостью, хроническими вирусными гепатитами иной этиологии (В, D, С).

Изменение возрастной структуры ВГА у взрослых было сопряжено с повышением доли тяжелых форм болезни. Так, среди обследованных тяжелые формы наблюдались в 29,4 % случаев.

Все больные поступали в стационар с типичным желтушным вариантом ВГА. Острое начало заболевания зафиксировано у 81,3% больных.

Практически у всех наблюдаемых больных проявления интоксикационного синдрома сохранялись или даже усиливались с наступлением желтушного периода (рис.3).

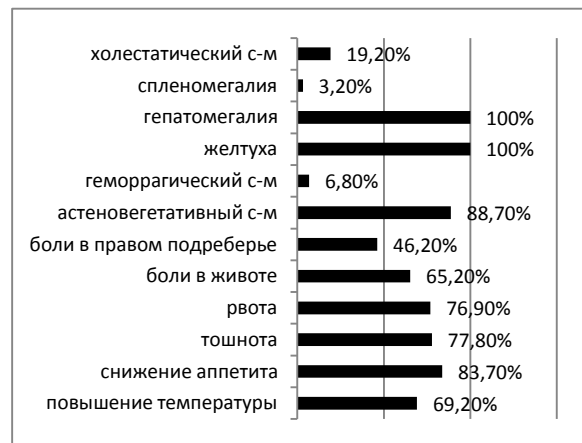


Рис.3 Основные клинические проявления у больных с ВГА

Среди наблюдаемых больных в 19,2% случаев отмечался выраженный холестатический синдром с кожным зудом и с повышением активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови. При этом желтушный период у больных удлинялся до 1 -1,5 месяцев.

В гемограмме (81,3%) отмечался нормоцитоз или лейкопения, относительный лимфоцитоз. Анализ функциональных проб печени показал, что у большинства больных ВГА исходная активность аланинаминотрансферазы, аспаратамино-трансферазы была высокой, в среднем показатель АЛТ составил 1,05 мккат/л, АСТ- 0,78 мккат/л. Гипербилирубинемия была за счет прямой фракции и в среднем уровень общего билирубина составил 93,35ммоль/л. Нарушение белково-синтетической функции печени наблюдалось в 23% случаев. Протромбиновый индекс (ПТИ) был снижен до 60 - 50% у 1,2% больных, средний показатель составил - 76,5%.

Специфическим маркером ВГА являются антитела к вирусу гепатита А (анти-HAV IgM), выявляемые методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови с первых дней болезни и

далее в течение 3–6 месяцев. Эти антитела («ранние») вырабатываются у всех больных ВГА независимо от клинического варианта и формы тяжести; их обнаружение — ранний и надежный диагностический тест. Среди обследованных больных антитела к HAV класса IgM выявлены в 100% случаев.

Всем обследуемым пациентам было проведено стандартное базисное лечение. Инфузионную терапию (солевые растворы, 5% раствор глюкозы, физ. р-р) в целях дезинтоксикации получили 73% больных, гепатопротекторы - 37,7%.

Среднее пребывание в стационаре больных с ВГА со среднетяжелой формой составило 11,8 дня, с тяжелой формой – 23,9 дней.

У 2 больных ВГА, на фоне хронической инфекции вирусом гепатита В, характеризовался пролонгированным течением.

У одной больной (52 года) диагностирована фульминантная форма ВГА с развитием острой печеночной энцефалопатии с летальным исходом.

Таким образом, имеющаяся в последние годы модификация эпидемического процесса ВГА с регистрируемыми изменениями клинического течения заболевания, приводит к необходимости разработки комплекса мероприятий по профилактике ВГА.

Высокая эпидемиологическая и экономическая эффективность вакцинопрофилактики определяют ее в настоящее время как наиболее эффективное средство контроля за ВГА.[4]

Прививкам подлежат: дети с трех лет, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости гепатитом А; медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений, работники сферы общественного питания; рабочие, обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения; пациенты с хроническими заболеваниями печени, в том числе больные хроническими гепатитами В и С; лица, выезжающие в гиперэндемичные по ВГА регионы и страны, а также контактные в очаге гепатита А. Вакцинируются и воинские контингенты, дислоцированные в полевых условиях.

Выводы:

1. В последние годы отмечается подъем заболеваемости ВГА с максимальными показателями в 2012 г.(390 на 100тыс.населения)
2. Увеличение среди заболевших удельного веса взрослых (23,4%), в том числе старших возрастных групп.
3. Сохранение сезонности заболеваемости ВГА в осенне-зимний период, связан с ростом в летние месяцы риска заражения вирусом гепатита А посредством водного и «плодово-ягодного» факторов, что требует усиления профилактических мероприятий в этот период.
4. Более частое развитие тяжелых форм с наличием холестатического синдрома, со склонностью к затяжному течению и возможным развитием фульминантной формы с летальным исходом у лиц старшего возраста, требует

расширения показаний для госпитализации больных с ВГА.

5. Проблема роста заболеваемости приводит к необходимости усиления эпидемиологического надзора за ВГА с широкой вакцинопрофилактикой и проведением санитарно-просветительской работы среди населения.

Литература:

1. Толоконская Н.П., Усолкина Е.Л. Вирусный гепатит А у взрослых: современная клиническая диагностика и терапия //Ж. Фундаментальные исследования.-2012.-№7.-С.199-204.
2. Санэпидслужба и здоровье населения. Информационный бюллетень. ДГСЭН КР. №12, 2012 г, стр 1-7.
3. Деева Т.А., Герман Е.Н., Маевская М.В. Алгоритм ведения пациента с острым холестатическим гепатитом. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2011.-№6.-С.56-64.
4. Кареткина Г.Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клинки, диагностики и профилактики // Ж. Лечащий врач.-2010.-№10.-с.21-24.
5. Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики гепатита А /Сб.тезисов Всероссийской конференции.-2010.-44 с.
6. Chatenoud L. Genetic control of hepatitis A severity and susceptibility to allergy // J.Clin.Invest.-2011.-Vol.121,№3.-P.848-850
7. Jun Y.,Part S.V., Kim J.S. Atypical manifestations of hepatitis A infection: a prospective, multicenter study in Korea // J.Med. Viral-2010.-Vol.82 №8.-P.1318-1326.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF VIRAL HEPATITIS «A» IN ADULTS DURING EPIDEMIOLOGICAL OUTBREAK IN 2012

**A.Z.Kutmanova, A.Sh.Djumagulova,
A.Z.Uzakbaeva, A.A.Djangazieva, N.V.Phesenko,
A.K.Sarkina, J.I.Makembaeva**

**Kyrgyz State Medical Academy
named by I.K. Akhumbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic.**

The article deals with the problem of viral hepatitis A, reflecting the situation in the Kyrgyz Republic the incidence and clinical features of the flow in adults at this stage.

Key words: viral hepatitis A, the epidemiological situation, vaccine

УДК 616.33-002.2-08

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
НР-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА**

*Молдобаева М.С., Елистратов А.А.,
Толомбаева Н.Т., Виноградова А.В., Жалилова Б.С,
Аттокурова Р.М.*

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней
с курсом эндокринологии,
КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г.Бишкек, Кыргызстан.**

Эрадикация НР уменьшает риск развития рака желудка и других ассоциированных с ним заболеваний. Приводятся современные схемы лечения хронического НР-ассоциированного гастрита, включающие эрадикационную и антисекреторную терапии.

Ключевые слова: *НР-ассоциированный гастрит, лечение, эрадикация.*

**НР-ГАСТРИТИН ДАРЫЛООДОГУ
ЗАМАНБАП БАГЫТТАРЫ**

**Эндокринология курсу менен ички
оорулардын пропедевтикасы кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.**

НР - эрадикациялоо ашказандын рагын жана аны менен ассоцияланган башка ооруларды азайтат. НР- ассоцияланган өнөкөт гастриттин дарылоонун эрадикациялоо жана ашказандын секрециясына каршы дарылоону камтыган заманбап схемалары берилген.

Негизги создор: *НР-гастрити, дарылоо, эрадикация.*

Актуальность: Имеются веские доказательства того, что эрадикация НР уменьшает риск развития рака желудка и других ассоциированных с ним заболеваний (**A**), в том числе и хронического гастрита (ХГ) (см. таблицу «Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций» в конце статьи) и экономически целесообразна в популяциях с высоким риском рака желудка (**B**) [1].

Цель: Предотвратить развитие аденокарциномы желудка и других осложнений хронического НР-ассоциированного гастрита на первичном звене здравоохранения Кыргызской Республики.

По современным представлениям, ХГ - группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются наличием воспалительных и дистрофических процессов в слизистой оболочке желудка (СОЖ), прогрессирующей атрофией, функциональной и структурной перестройкой [2].

В настоящее время используется модифицированная классификация ХГ “Сиднейской системы” (Хьюстон, 1994 г) [3], из которой видно,

что *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит представляет собой наиболее распространенную форму ХГ и встречается в 80-90% всех случаев (Arnold С., 2006), что связано с высокой инфицированностью НР.

Отдельные результаты совместных работ сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии и кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии КГМА им. И.К.Ахунбаева показали, что в КР инфицированность больных язвенной болезнью НР достигает 74% [4, 5], а по данным Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова за 2007 год - 100% [6].

В практике семейного врача ХГ часто сочетается с синдромом функциональной диспепсии (ФД). Поэтому врачу необходимо различать симптомы диспепсии и ХГ, что важно, как для формулировки диагноза и выбора тактики лечения. Приводим пример правильной формулировки диагноза: «Хронический НР-ассоциированный поверхностный антральный гастрит. Синдром эпигастральной боли» (Шифры по МКБ-10: К 29.3 и К 30).

Далее приводим современные подходы к лечению хронического НР ассоциированного гастрита.

Если больной принимает НПВС, то по возможности требуется прекратить их прием (**A**), а если это невозможно, то уменьшить дозу НПВС или перевести на селективные ингибиторы ЦОГ-2 (*мелоксикам, нимесулид, этодолак*) [7, 4].

У пациентов, которым необходима антиагрегантная терапия по поводу других заболеваний, требуется снизить дозу ацетилсалициловой кислоты снизить до 75 мг/сут или перейти на клопидогрель [4].

Немедикаментозное лечение включает в себя: отказ от курения (**B**) и крепких алкогольных напитков (**D**) [2].

Больным (особенно с дискинетическим вариантом ФД) рекомендуется частое (*6 раз в день*) питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, а также кофе и газированных напитков (**D**).

Далее приводим современные схемы медикаментозного лечения НР-ассоциированного хронического гастрита (табл.2).

Пороговым значением между высоким и низким уровнем резистентности к кларитромицину рекомендуется считать показатель в 15-20% [9].

В проведенных нами выборочных исследованиях было показано, что в КР у обследованных пациентов с ЯБ и ХГ резистентность НР к кларитромицину составила 16,2% [4, 5].

При выборе тактики лечения НР-ассоциированного хронического гастрита существуют 1-я и 2-я линии эрадикационной терапии.

Если больной не лечился, впервые обратился к врачу по поводу НР-ассоциированного ХГ и не получал в течение предыдущих полутора и более месяцев медикаментозную эрадикационную

Таблица 2.

Схемы эрадикационной терапии НР,
рекомендуемые консенсусом Маастрихт-4
(Флоренция, 2010) [8].

	Регионы с низким уровнем распространенности резистивных штаммов к кларитромицину	Регионы с высоким уровнем распространенности резистивных штаммов к кларитромицину
Терапия 1 линии	ИПП + кларитромицин + амоксициллин/ метронидазол	Квадротерапия на основе препаратов висмута
	Квадротерапия на основе препаратов висмута	Последовательная терапия Квадротерапия без препаратов висмута
Терапия 2 линии	Квадротерапия на основе препаратов висмута	ИПП + левофлоксацин + амоксициллин
	ИПП + левофлоксацин + амоксициллин	
Терапия 3 линии	Индивидуальный подбор препаратов на основании результатов тестирования резистентности НР к антибиотикам	
Пациенты с аллергией на производные пенициллина	ИПП + кларитромицин + метронидазол	Квадротерапия на основе препаратов висмута
	«Терапия спасения»: ИПП + кларитромицин + левофлоксацин	
Квадротерапия на основе препаратов висмута: ИПП + метронидазол + тетрациклин + висмута трикалия дицитрат.		
Квадротерапия без препаратов висмута: ИПП + кларитромицин + амоксициллин + метронидазол.		
Последовательная терапия: ИПП + амоксициллин (первые 5 дней) + ИПП + кларитромицин + метронидазол (последующие 5 дней).		

терапию, то показана 1-я линия эрадикационной терапии: ингибитор протоновой помпы(ИПП) в стандартной дозе (например, омепразол 20 мг) 2 раза в день, кларитромицин по 500 мг (или Джозамицин 1000 мг - согласно Четвертому Московскому Соглашению) 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день (А) [12]. Продолжительность лечения составляет 10-14 дней (А) [12, 11, 7].

В КР преодолен критический порог резистентности НР к метронидазолу (45%) [4,5]. Поэтому замена амоксициллина на метронидазол в КР неоправдана [8].

**РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ
АССОЦИАЦИИ**

Добавление висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) к тройной терапии (вариант квадротерапии) увеличивает эффективность эрадикации на 15-20% (С) и дополняется противовоспалительным действием висмута [11, 12].

При аллергических реакциях на пенициллин

□ «Терапия спасения»: ИПП в стандартной дозе (например, омепразол 20 мг) 2 раза в день + кларитромицин по 500 мг 2 раза в день + левофлоксацин 500 мг 1 раз в день (продолжительность 10-14 дней) (В) [1].

**РЕКОМЕНДАЦИИ ЧЕТВЕРТОГО
МОСКОВСКОГО СОГЛАШЕНИЯ**

Больным хроническим атрофическим гастритом с ахлоргидрией, подтвержденной на рН-метрии: Висмут трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день или 120 мг 4 раза в день + кларитромицин 500 мг (или Джозамицин 1000 мг) 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (продолжительность 10-14 дней).

Пожилым больным в ситуациях, когда полноценная антихеликобактерная терапия невозможна: Висмут трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день или 120 мг 4 раза в день + ИПП в стандартной дозе (омепразол 20 мг или лансопразол 30 мг) 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (продолжительность 14 дней) или Висмут трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в день (продолжительность 28 дней). При наличии болевого синдрома — короткий курс ИПП.

Контроль эффективности терапии 1-ой линии: уреазный дыхательный тест или валидированный лабораторный метод анализа кала с использованием моноклональных антител — неинвазивные методы, рекомендуемые для оценки эффективности эрадикационной терапии (А) [1].

Результат эрадикации НР определяют как минимум через 4 недели после окончания терапии (В) [1].

При неэффективности терапии 1-ой линии и сохранении НР в слизистой желудка назначается одна из следующих схем лечения 2-й линии эрадикационной терапии: ИПП в стандартной дозе (омепразол 20 мг) 2 раза в сутки + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки (А) [1,11]. Продолжительность лечения 10 дней (А) [11, 1].

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

- Активный воспалительный процесс, характеризующийся инфильтрацией СОЖ полиморфно-ядерными клетками, обычно разрешается в течение 4 недель, однако у значительной части больных хроническое воспаление СОЖ с лимфоцитарной инфильтрацией может сохраняться до 1 года (эксхеликобактерный гастрит). Его длительная персистенция создает условия для прогрессирования структурных изменений в постэрадикационном периоде даже при отсутствии инфекционного фактора. В такой ситуации патогенетически обоснованным считается монотерапия висмутом трикалия дицитратом (по результатам российских исследований признан наиболее эффективным и безопасным из висмутосодержащих препаратов) по 240 мг 2 раза в день или 120 мг 4 раза в день в течение 2-3 недель после окончания курса приема остальных компонентов эрадикационной терапии (D)2]. Такая тактика связана с выраженным противовоспалительным эффектом препарата висмута.

- Продолжение лечения ИППП не рекомендуется (A) [9].

В исследованиях было продемонстрировано, что: четырехкомпонентная схема является эффективной схемой 2-ой линии в Азии; отмечается высокая приверженность к четырехкомпонентной терапии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ЧЕТВЕРТОГО МОСКОВСКОГО СОГЛАШЕНИЯ

Висмут трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день + ИППП в стандартной дозе 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + Нифурадел 400 мг 2 раза в день или фуразолидон 100 мг 4 раза в день (длительность 10-14 дней).

Висмут трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день + ИППП в стандартной дозе 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + Рифаксимин 400 мг 2 раза в день (длительность 14 дней).

Контроль эффективности терапии 2-ой линии: уреазный дыхательный тест или валидированный лабораторный метод анализа кала с использованием моноклональных антител – неинвазивные методы, рекомендуемые для оценки эффективности эрадикационной терапии (A) [1]. Результат эрадикации НР определяют как минимум через 4 недели после окончания терапии (B) [1].

Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

A	<input type="checkbox"/> Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	<input type="checkbox"/> Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или <input type="checkbox"/> Высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или <input type="checkbox"/> РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	<input type="checkbox"/> Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или <input type="checkbox"/> РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	<input type="checkbox"/> Описания серии случаев ИЛИ <input type="checkbox"/> Неконтролируемое исследование ИЛИ <input type="checkbox"/> Мнение экспертов <input type="checkbox"/> Рекомендации, основанные на клиническом опыте членов мульти-дисциплинарной группы

Литература

1. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori* – отчет согласительной конференции Маастрихт IV/Флоренция/Европейская группа по изучению *Helicobacter pylori*. Вестник практического врача (2012), Спецвыпуск 1. - С 6-22.
2. Функциональная диспепсия: краткое практическое руководство/В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, В.А. Киприанис. – М.: МЕДпресс-информ, 2011.-112 с.
3. Свинцицкий А.С., Соловьева Г.А. Гастрит: старые и новые классификации. Украинський медичний часопис - №3(23) – V/VI 2001
4. Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики. - Бишкек, 2010. - 76 с.
5. Отчет по проекту: «Изучить в Кыргызстане резистентность *Helicobacter pylori* к кларитромицину и метронидазолу для адаптации рекомендаций Консенсуса Маастрихт-3, 2005 по лечению язвенной болезни»/Под общ.ред. проф.М.С.Молдобаевой. – Б.:КГМА, 2010.- 50 с.
6. Жумабаев М.Н., Апушкина В.В., Джуманова Р.Г., Ибрагимов И.И. Распространенность и лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ассоциированной *Helicobacter Pylori* у жителей Кыргызской республики. //ЦАМЖ. - Бишкек, 2007. - 13(1). - С. 127-132.
7. И.В. Маев, Н.Н. Голубев. Принципы диагностики и рациональной фармакотерапии хронического

- гастрита//Российский медицинский журна. Болезни органов пищеварения –2010.-том 18, №28(392) – С.2-7.
8. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н., Кочетов С.А. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса МаастрихтIV, Флоренция, 2010)/Вестник практического врача (2012), Спецвыпуск 1. - С 23-30.
 9. Де-Нол в лечении пациентов с хроническим гастритом. – М.: ЗАО «Астеллас Фарма», 2011.-6 с.
 10. Хронический гастрит. Метод.рекомендации/Л.Б.Лазебник, Д.С. Бородин, С.Г. Хомерики, Н.Л. Белоусова, И.А. Ли. – М.:ЦНИИГ, 2011.-34 с.
 11. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. // Gut. 2007. - 56(6). – P. 772-781.
 12. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-ое московское соглашение)// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – №5. – С. 113–118.

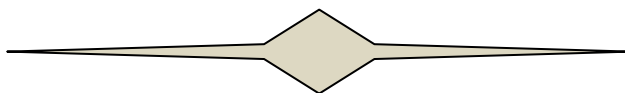
MODERN APPROACHS TO MANAGEMENT OF HELICOBACTER ASSOCIATED GASTRITIS

M.S. Moldobaeva, A.A. Elistratov, N.T. Tolombaeva, A.V. Vinogradova, B.S. Zhalilova, R.M. Attokurova

Department of propaedeutics of internal medicine with course of endocrinology KSMA after name of Ahunbaev I.K., Bishkek, Kyrgyz Republic

HP eradication reduces the risk of stomach cancer and other diseases associated with it. With the modern approaches to management of chronic HP-associated gastritis, including eradication and antisecretory therapy.

Keywords: HP-associated gastritis, treatment, eradication



УДК 616.316.5 – 002 - 097

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ ЗАЩИТНОГО ТИТРА АНТИТЕЛ ПРОТИВ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ г. БИШКЕК

Садыкова А.А.

Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика

Только 9,9% из числа обследованных детей и 48,5% взрослых имели противопаротитный иммунитет, представленный специфическим IgG. При этом удельный вес иммунозащищённых лиц с возрастом увеличивался.

Ключевые слова: паротитная инфекция, иммунитет, дети, взрослые

БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНДА ПАРОТИТ ООРУСУНА КАРШЫ КОРГОНУУ ТИТРИ БАРДЫГЫН АНЫКТОО Ош мамлекеттик университети, Ош шаары, Кыргыз Республикасы.

IgG түрүндөгү паротит оорусуна каршы иммунитетти изилденген балдардын 9,9% жана чоңдордун 48,5% ганата былган. Иммунитети бар адамдардын саны жашы жогорулаган сайын көбөйгөн.

Негизги сөздөр: паротит оорусу, иммунитет, балдар, чоңдор

Актуальность. Заболеваемость паротитной инфекцией (ПИ) до введения обязательной вакцинации была очень высокой и занимала одно

из первых мест среди воздушно-капельных инфекций. Заболевание регистрировалось во всех возрастных группах различных регионов страны. Часто возникали вспышки данной инфекции в детских учреждениях, а также воинских коллективах. После введения обязательной активной иммунизации заболеваемость ПИ резко снизилась, однако в эпидемический процесс стали вовлекаться и привитые против данной инфекции дети. Увеличился удельный вес среди болеющих подростков и взрослых [2,4].

Материалы и методы исследования. С целью выявления наличия специфического иммунитета против паротитной инфекции (поствакцинального или вследствие перенесённого заболевания) у населения, методом случайной выборки, мы обследовали сыворотки 182 (101- взрослые, 81-дети) пациентов, обратившихся в лабораторию «Human» (Бишкек) для сдачи анализов по различным заболеваниям (не паротитная инфекция) на наличие специфических иммуноглобулинов к вирусу паротита (IgG), методом иммуноферментного анализа (ИФА), в марте-июне 2012 г.

Результаты и их обсуждение. С возобновлением в Кыргызстане иммунизации коревой-паротитно-краснушной вакциной детей в 12 мес. с 2007 года, ожидалась ликвидация заболеваемости ПИ в группе детей 1-6 лет (средняя продолжительность протективного иммунитета) или её снижение до единичных случаев. Против ожидания, количество заболевших ПИ иммунизированных детей 2-4 лет несколько увеличилось ($p > 0,05$), по сравнению с детьми, заболевшими в эпидемический, допрививочный период ($6,3 \pm 1,8\%$ и $9,0 \pm 3,1\%$, соответственно), а общая заболеваемость детей до 14 лет продолжала снижаться ($55,7 \pm 5,1\%$), несмотря на отсутствие вакцинопрофилактики в этой возрастной группе.

Очевидно дети, привитые против ПИ в 1987-1992 гг. потеряли протективный иммунитет раньше чем через 5 лет и пополнили число детей, восприимчивых к паротиту.

Наше заключение согласуется с результатами исследования Е.В. Отрашевской с соавт. (2011) [3], определившими максимум функциональной активности гуморального иммунитета на 18-й месяц после вакцинации против ПИ добровольцев 18-25 лет. Несмотря на тенденцию к снижению уровня специфических IgG, у всех добровольцев в течение 3 лет после вакцинации титры IgG в ИФА сохранялись на уровне выше 2-2,5-log, что является показателем защитного титра антител.

С целью изучения эффективности плановой иммунопрофилактики паротитной инфекции у детей 12 мес. в 2007-2013 гг. и продолжительности поствакцинального иммунитета мы анализировали заболеваемость ПИ детей до 14 лет, госпитализированных в инфекционные стационары гг. Бишкек, Ош и Баткен (107 детей) и сравнили с частотой встречаемости данной инфекции у детей

допрививочного периода – 2000-2006 гг. (89 детей, табл.1).

Таблица 1

Частота регистрации больных ПИ в группе не привитых и привитых против ПИ детей (гг. Бишкек, Ош, Баткен)

Возраст	Дети с ПИ не привитые		Дети с ПИ привитые		P
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	
1-2 года	9	10,1	4	3,7	<0,05
3-6 лет	21	23,6	16	14,9	<0,05
7-10 лет	17	19,1	25	23,4	>0,05
11-14 лет	41	46,1	60	56,1	<0,05
Всего:	89	100,0	107	100,0	

Эпидемиологический анализ показал, что дети в возрасте 1-2 лет и 3-6 лет, получившие прививку против ПИ достоверно реже болели паротитом, чем неиммунизированные их сверстники ($P < 0,05$), что свидетельствует о достаточно высокой эффективности вакцинации у детей и продолжительности протективного иммунитета не менее 4-5 лет.

В то же время, в группе детей 3-6 лет, заболевших ПИ, 10 из 16 (62,5%) были в возрасте 5-6 лет, что позволяет предположить у них более раннюю потерю прививочного иммунитета (< 5 лет).

В возрастной группе 7-10 лет и 11-14 лет привитые дети болели даже чаще, чем дети, не получавшие прививку против паротитной инфекции ($P < 0,05$). Возрастание заболеваемости ПИ у детей старше 6 лет диктует необходимость ревакцинации детей в 6 лет, как это проводится во многих странах.

Хотя многие годы назад разработана серологическая диагностика паротитной инфекции (РПГА, ИФА) в связи с отсутствием аппарата ИФА и реагентов в государственных медицинских учреждениях, в повседневной практике она используется редко.

Возрастное и гендерное распределение обследованных лиц на выявление противопаротитных антител, представлено на рисунке 1 а, б.

В наших исследованиях женщин было в 1,3 раза больше, чем мужчин. Из числа детей преобладал подростковый возраст (11-14 лет) – 27,5%, а среди взрослых лиц – 30-40-летние (29,1%).

Только 8 детей из 81 (9,9 %) в возрасте 7, 8, 13 и 14 лет имели иммунитет против ПИ, представленный специфическим иммуноглобулином класса G. Поскольку в эти годы (1998-2005) иммунопрофилактика против паротитной инфекции не проводилась, по-видимому, эти дети переболели данной инфекцией. В то же время, абсолютное большинство обследованных детей (90,1%) оказались беззащитными перед паротитом.

Совершенно иная картина наблюдалась у взрослых лиц: в 101 сыворотке, вируснейтрализующие противопаротитные антитела (IgG) определялись в 48,5% случаев, что может свидетельствовать о перенесённом заболевании,

поствакцинальном иммунитете у небольшого числа из них и бустеризирующем эффекте циркулирующего

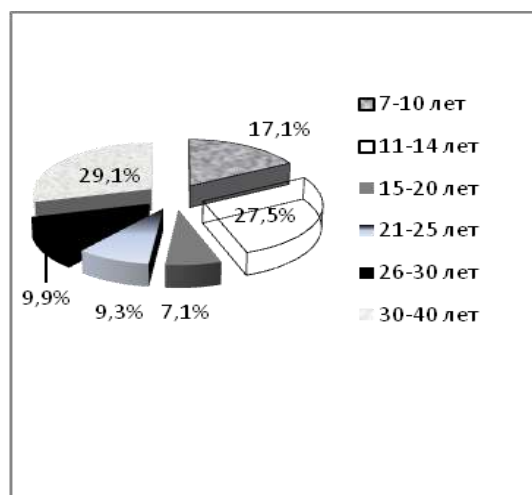


Рисунок 1. Распределение пациентов, обследованных на наличие противопаротитных IgG по возрастным группам (а) и по полу (б), n=182, лаборатория «Нитан», г. Бишкек.

дикого вируса паротитной инфекции. При этом, удельный вес иммуно-защищённых лиц возрастом увеличивался, достигая 23% - 50% у пациентов 26-30 лет и старше (табл. 2).

Таблица 2
Возрастная структура взрослых пациентов, имеющих противопаротитные антитела

Возраст	абс.чис.	%
15-20 лет	4	8,3
21-25	9	18,8
26-30	11	22,9
>30	24	50,0
Всего	48	100,0

Это объясняется тем, что даже в странах, где многие годы систематически проводится иммунизация и ревакцинация против ПИ, т.е., в популяции с высоким уровнем охвата прививками, периодически происходит накопление прослойки, чувствительной к «диким» вирусам паротита (ВП), которая складывается из непривитых, первично и

вторично «неответивших» на вакцинацию, а также, потерявших протективный иммунитет [4].

Кроме того, разница в антигенной структуре между вакцинным штаммом и циркулирующими штаммами ВП также влияет на чувствительность уже привитых лиц к «диким» штаммам ВП.

О снижении заболеваемости ПИ путём иммунизации можно говорить только в детской популяции до 6 лет, а в странах, где проводится ревакцинация - до 10-12 лет. Этим объясняется повсеместное «повзросление» паротита, что настоятельно диктует необходимость динамического изучения функциональной активности специфического поствакцинального иммунитета, по отношению к циркулирующим штаммам ВП для прогнозирования эпидемиологической ситуации в Кыргызстане, введения ревакцинации в 6 лет в Национальный календарь профилактических прививок.

Таким образом, вакцинопрофилактика паротитной инфекции, осуществляемая в Кыргызстане в 1987-1992 годы, и возобновлённая спустя 15 лет, в силу непродолжительности протективного иммунитета (менее 5 лет), резко снизила заболеваемость паротитом только у детей до 3-5 лет и не оказала существенного влияния на общую заболеваемость.

Только 9,9% из числа обследованных детей имели противопаротитный иммунитет. В то же время, у 48,5% обследованных взрослых лиц были обнаружены вируснейтрализующие противопаротитные антитела (IgG). При этом удельный вес иммуно-защищённых лиц возрастом увеличивался, достигая 23% - 50% у пациентов 26-30 лет и старше.

Литература

1. Информационный бюллетень Департамента Государственного санитарного эпидемиологического надзора. - Бишкек, 2011. - 38 с.
2. Лыткина, И. Н. Унификация системы управления эпидемическим процессом кори, эпидемического паротита и краснухи / Лыткина И.Н. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2011. - № 1(56). - С.9-16.
3. Отрашевская, Е.В. Состояние специфического гуморального иммунитета после однократной иммунизации паротитной вакциной: данные 3-летнего наблюдения [Текст] / Е.В. Отрашевская, Е.К. Букин, И.В. Красильников, Г.М. Игнатъев // Вопросы вирусологии. - 2011. - Т.59. - №3. - С.45-48.
4. Россошанская Н.В. Эпидемиологическая и иммунологическая эффективность отечественной ассоциированной паротитно-коревой вакцины на территории Московской области: дис. ... канд. мед. наук [Текст] / Н.В. Россошанская. - М., 2006. - 121 с.

STUDY OF THE PRESENCE OF THE PROTECTIVE ANTI-MUMPS ANTIBODY LEVEL IN INHABITANTS OF THE c. BISHKEK

A.A. Sadykova

Osh State University,
Osh, Kyrgyz Republic.

Only 9.9% of children and 48.5% of adults in the population studied had a specific IgG immunity against mumps. The proportion of those with immune protection increased with age.

Key words: mumps infection, immunity, children, adults

УДК 577.1

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

¹Тойчуев Р.М., ²Николаева Л.И., ²Лейбман Е.А.,
¹Рахимова Г.М., ³Оморбекова Ч.Т.,
¹Жумабек кызы Б., ¹Лапушкин А.А.

¹Институт медицинских проблем Южного
отделения Национальной академии наук
Кыргызской Республики, г. Ош, Кыргызстан;
²ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И.

Ивановского» Минздрава России, г. Москва,
³Ошская межобластная детская клиническая
больница, г. Ош, Кыргызстан.

Аналізу подвергались 642 детей, обследованных и леченных в южных областях Кыргызской Республики по поводу хронического гепатита, а также их биохимические показатели печени. В структуре заболеваний хронический вирусный гепатит В и С суммарно составляли 32,2%, хронический вирусный неуточненный - 24%, токсическое поражение печени - 10,2%. Наибольшие изменения биохимических показателей печени произошли у детей, обследованных по поводу хронического вирусного гепатита С с циррозом печени.

Ключевые слова: хронический гепатит, вирусный, С, В, токсический, структура, биохимические показатели, печень, дети.

БАЛДАРДЫН ГЕПАТИТ ООРУСУНУН АР ТУРДУ ФОРМАЛАРЫНДАГЫ БООРДУН БИОХИМИКАЛЫК КОРСОТКУЧТОРУ

¹Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер
академиясынын Туштук болумундогу
медициналык проблемалар институту,
Ош ш., Кыргызстан;

²Россия Федерациясынын Саламаттыкты
сактоо министрлигине караштуу,
Д.И. Ивановский атындагы вирусология
институту, Москва ш., Россия;

³Оштогу областтар аралык балдардын
клиникалык ооруканасы,
Ош ш., Кыргызстан.

Туштук областары боюнча онкот боор оорулары менен текшерүүдөн откон жана дарыланган 642 оорулу баланын биохимикалык изилдөөлөрү талданган. Боордун онкот ооруларынын тузулушундо, онкот вирустук гепатит В жана С бирге 32,2 %, такталбаган онкот вирус оорусу 24% жана боордун уу менен закалангандары 10,2% тузду. Эн көп биохимикалык озгоруулар, боордун вирустук С турундогу онкот оорусунун боордун катма оорусуна ото баштаган балдарда байкалган.

Негизги сөздөр: онкот боор оорусу, вирус, С, В, уу, тузулушу, биохимиялык корсоткучтору, боор, балдар.

Актуальность. В Среднеазиатском регионе в конце прошлого века сложилась неблагоприятная ситуация по вирусным гепатитам, были отмечены вспышки вирусных гепатитов А, Е, В и С [1-3]. В данном сообщении, на примере Кыргызской Республики (КР), рассмотрена заболеваемость детского населения гепатитами и биохимические особенности их течения.

По данным Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения КР, в 2000-2008 гг. структура острых вирусных гепатитов имела следующий вид: гепатит А – 61%; гепатит В – 17%; гепатит С – 4,5%; микст-гепатит (В+D) – 1,7%; микст-гепатит (В+С) – 15% [4]. В настоящее время эти показатели существенно не изменились. До сих пор 85-90% больных гепатитом А составляют дети [4,5]. Среди детского населения, инфицированного вирусом гепатита А, доля детей до 1 года жизни, составляет 0,7%; детей 1-2 лет – 5%; 2-5 лет – 42,7%; 5-14 лет – 51,6% [5]. Наиболее неблагоприятными по гепатитам А и Е являются Ошская, Джалал-Абадская и Нарынская области, где антитела к вирусам гепатита А и Е обнаруживаются у 80% детей и у 8,3% жителей (без вычленения взрослых и детей), соответственно [5].

В последние годы в республике отмечается устойчивый рост заболеваемости вирусным гепатитом С [5-а]. Официальная регистрация гепатита С (ГС) в КР началась с 1996 г. На долю детей в возрасте до 14 лет приходится 3,6% случаев выявления хронического гепатита С (ХГС). Установлено, что доминирующими генотипами вируса гепатита С (ВГС) в данной республике, как и в большинстве стран бывшего СССР, являются 1 (56,7%), 3 (23,1%) и 2 (8,6%) [6].

На фоне этих показателей особый интерес заслуживают данные по Ошской области. Эта южная область КР - один из неблагоприятных регионов в экологическом плане [14]. Значительная часть населения занимается хлопководством и табаководством, где использовались и используются хлорорганические пестициды (ГХЦГ, ДДТ, ДДЕ, ДДД, альдрин и дильдрин). Они могут попадать с пищей и водой в организм человека. По данным анализа печеночной ткани взрослых и детей, погибших при несчастных случаях, установлено наличие пестицидов с тенденцией к увеличению их содержания ко времени окончания сельскохозяйственных работ [7]. Вместе с тем, гепатиты в Ошской области выявляются в 5-6 раз чаще, чем в северных регионах Кыргызстана, где экологическая обстановка более благоприятна [7]. Возможно, в Ошской области сочетание неблагоприятных экологических и эпидемиологических факторов является причиной более частой заболеваемости гепатитами разной этиологии. Ранее, при анализе влияния антропогенных факторов на гастроэнтерологическую патологию у детей в России было установлено, что болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы занимают

первые места в структуре заболеваний [8]. Исходя из выше изложенного, целью исследования явилось изучение этиологической структуры и изменения биохимических показателей печени у детей с хроническими гепатитами, что в перспективе дало бы возможность определения приоритетных направлений гепатологии у детей в условиях юга Кыргызстана.

Материалы и методы исследования. Исследованию подвергались 642 детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет, проживающие в южных областях Кыргызстана, обследованных и леченных с хроническими гепатитами в период с 01.2011 г. по 09.2013 г. Биохимические показатели печени определяли по общепринятой методике. Общий билирубин - по методу Иендрешаку-Гроффу; АЛТ, АСТ - по методу Райтмана-Френкеля; холестерин - по Ильку; общий белок - биуретовым методом, тимоловая проба, белковая фракция - турбидиметрическим методом.

Полученные результаты и их обсуждение. При обследовании 642 детей (от 1 мес. до 14 лет), проживающих в южных областях Кыргызстана, обследованных и получивших лечение в период с 01.2011 г. по 06.2013 г., была установлена следующая этиологическая структура хронических гепатитов с учетом международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10) (табл. 1).

Таблица 1.

Структура хронических гепатитов у детей

Нозологическая форма	Доля, %
I. Хронический вирусный гепатит:	18,2
1. Гепатит В (ХГВ)	
2. Гепатит С (ХГС)	
3. Хронический вирусный неуточненный гепатит	24
II. Поражения печени при инфекционных и паразитарных заболеваниях:	2,8
1. цитомегаловирусная инфекция (CMV-гепатит)	
2. гепатит на фоне неуточненных инфекционных заболеваний	
3. паразитарная инфекция *	2,8
III. Неспецифический реактивный гепатит	14,5
IV. Токсическое поражение печени:	3,7
1. лекарственное поражение печени	
2. токсическое поражение печени с картиной гепатита (токсический гепатит)	6,5
V. Криптогенный гепатит	7,9

* Паразитарная инфекция, вызывающая поражение печени, была преимущественно печёночной двуусткой, лямблией (лат. *Fasciola hepatica*, *Lambliia intestinalis*) и др.

Биохимические данные детей с различными гепатитами приведены в табл. 2. Обращает на себя внимание невысокая биохимическая активность всех гепатитов по данным трансаминаз, но высокие значения γ -глобулина. Среди гепатитов без ЦП отмечается повышение содержания γ -глобулина при ХГС и криптогенном гепатите. В первом случае это связано с мезенхимально-воспалительным синдромом, а во втором - В первом случае это

связано с мезенхимально-воспалительным синдромом, а во втором - возможно присутствие в этой группе больных с не выявленным гепатитом с иммунным механизмом, что объясняет повышение γ -глобулина. Интересно, что при паразитарном гепатите наблюдается увеличение уровня общего билирубина за счет непрямой фракции. При ЦМВ-гепатите повышение уровня холестерина не сочетается с увеличением билирубина.

Таблица 2.

Биохимические показатели в группах детей с различными гепатитами

Нозология (показатель)	ХГВ	ХГС
Общий белок, г/л	64.98±2.38	64.48±2.36
Билирубин общий, мкмоль/л	13.43±8.57	23.29±28.62
Билирубин прямой, мкмоль/л	4.17±6.74	10.07±22.51
Билирубин непрямой, мкмоль/л	9.66±1.83	13.34±6.12
АЛТ, *Мккат/л	0.24±0.21	0.17±0.09
АСТ, *Мккат/л	2.64±5.90	0.12±0.07
Тимоловая проба, Ед	3.23±0.84	3.53±1.06
Холестерин, ммоль/л	4.24±0.44	4.10±0.34
Альбумины, %	59.87±7.23	60.5±3.45
В-липопротеиды г/л	4.24±0.56	4.01±0.6
α -1- глобу-лин, %	4.63±0.9	7.13±2.17
α -2- глобу-лин, %	7.3±1.21	5.65±1.78
β -глобу-лин, %	5.79±2.65	5.13±0.99
γ - глобу-лин, %	19.11±3.23	22.38±3.02
Альбумин/глобулин	2.62±1.96	1.62±0.23

Нозология (показатель)	ХГС-ЦП*	ЦМВ-гепатит	Паразитарный
Общий белок, г/л	54.45±1.01	64.85±1.16	65.3±2.14
Билирубин общий, мкмоль/л	134.5±25.7	10.35±0.68	45.12±14.44
Билирубин прямой, мкмоль/л	83.9±16.75	0.49±0.19	1.94±0.78
Билирубин непрямой, мкмоль/л	50.55±8.95	10.12±0.65	55.67±18.65
АЛТ, *Мккат/л	0.17±0.02	0.09±0.01	0.15±0.02
АСТ, *Мккат/л	0.08±0.0	0.11±0.01	0.09±0.0
Тимоловая проба, Ед	1.21±0.06	1.97±0.2	1.30±0.10
Холестерин, ммоль/л	2.20±0.20	13.9±3.98	3.48±0.13
Альбумины, %	51.15±1.53	63.77±1.50	66.0±1.72
В-липопротеиды г/л	2.55±0.19	3.88±0.11	3.48±0.10
α -1- глобу-лин, %	6.39±0.15	5.85±0.26	6.78±0.63
α -2- глобу-лин, %	3.99±0.12	6.66±0.26	4.44±0.36
β -глобу-лин, %	4.92±0.14	5.18±0.4	7.41±1.26
γ - глобу-лин, %	68.51±5.33	18.4±1.54	17.76±1.23
Альбумин/глобулин	1.06 ±0.07	1.84±0.11	2.10±0.19

Нозология (показатель)	Лекарственный	Токсический	Криптогенный
Общий белок, г/л	63.6±2.66	61.58±2.06	65.7±1.17
Билирубин общий, мкмоль/л	14.84±2.10	12.05±1.69	19.39±5.21
Билирубин прямой, мкмоль/л	1.36±0.39	0.35±0.29	7.67±3.63
Билирубин непрямой, мкмоль/л	13.15±1.71	11.69±1.60	11.72±1.58
АЛТ, *Мккат/л	0.34±0.07	0.15±0.03	0.70±0.16
АСТ, *Мккат/л	0.13±0.02	0.14±0.03	0.32±0.07
Тимоловая проба, Ед	2.53±0.4	3.62±0.65	4.12±0.42
Холестерин, ммоль/л	3.78±0.14	4.19±0.36	4.32±0.33
Альбумины, %	59.32±5.75	61.2±2.29	55.89±1.92
В-липопротеиды г/л	3.83±0.23	4.56±0.81	5.10±0.56
α-1- глобу-лин, %	3.99±0.75	5.09±0.61	5.95±1.0
α-2- глобу-лин, %	7.57±0.77	5.99±0.87	6.30±0.92
β-глобу-лин, %	3.73±0.47	5.67±1.08	6.97±0.84
γ- глобулин, %	18.32± 0.61	21.98±1.95	24.83±1.28
Альбумин/ глобулин	2.01±0.09	1.63±0.17	1.33±0.1

* Используются сокращения: ЦП – цирроз печени, АЛТ- аланинаминотрансфераза, АСТ- аспартатаминотрансфераза

ЦП в исходе гепатитов сформировались в 2,8% случаев. Доля цирроза ВГС-этиологии среди всех случаев ЦП составила 16,6%, что выше опубликованных данных, например, по г. Москве (Россия) – 4,3% [10], но этот вопрос требует более детального исследования, с учетом эколого-географических, этнических факторов. По данным разных авторов, ХГС может приводить к формированию ЦП у детей в пределах 1-10% [11, 12, 12а, 12в]. У детей с ЦП ВГС-этиологии отмечена существенная разница в таких показателях, как общий белок, альбумин, билирубин, холестерин, β-липопротеиды, γ-глобулин и тимоловая проба по сравнению с ХГС без ЦП (табл. 2). Эти закономерности согласуются с ранее опубликованными данными для детей с аналогичной патологией в России [9], хотя у больных с ЦП в Кыргызстане отмечены более низкие значения альбумина и более высокие значения γ-глобулина, при этом коэффициент Де Ритиса низкий – 0,47.

Таким образом, в структуре хронических гепатитов у детей Ошской области основную долю составили вирусные гепатиты В и С (в сумме 32,2%) и вирусные гепатиты неуточненной этиологии (24%). Выявление ХГС у детей в возрасте до 14 лет в Ошской области Кыргызской Республики высокое (3,6%), для сравнения, в России – всего 0,73% [13]. Доля токсических гепатитов (не лекарственной этиологии) у детей в Ошской области Кыргызской Республики составила 6,5%, что, очевидно, связано с загрязнением окружающей среды пестицидами, требующего более детального изучения. Надо отметить немногочисленность публикаций на эту тему в международной печати.

В заключение необходимо подчеркнуть важность дальнейшего изучения эколого - эпидемиологической ситуации по вирусным гепатитам в условиях юга Кыргызстана и усовершенствования диагностики и профилактики этих заболеваний. Наибольшую социально-экономическую нагрузку для любого государства будет составлять заболевания ЦП. Изучение развития гепатитов у детей во взаимосвязи с экологическими факторами в условиях юга Кыргызстана способствует разработке оптимальных способов профилактики и лечения в зависимости от характера действующих факторов, в перспективе снижая заболеваемость и хронизацию гепатитов у детей.

Литература

1. Акматов Ш.А., Минеева Р.М., Курбаналиева Ф.К., Нурутдинов А.С. Проблемы эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов в Ошской области. // Здоровье Киргизии. 1975. №1, 39-43.
2. Favorov M.O., Shakhgil'dian IV, Iashina TL et al. The characteristics of an outbreak of non-A, non-B hepatitis with a fecal-oral mechanism of the transmission of the causative agent in Osh Province, the Kirghiz SSR. // Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 1990;(11): 37-44. Russian
3. Onishchenko G.G., Favorov M.O., L'vov D.K. The prevalence and etiological structure of viral hepatitis in a climatic-geographic area at high risk for infection. // Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 1992;(11-12):22-4. Russian
4. Усманов Р.К., Касымова Р.О. Энтерально передающиеся вирусные гепатиты в Кыргызской Республике. // Медицина Кыргызстана. – 2013, №4, с. 160-163.
5. Усенбаев Н.Т., Кулжабаева А.А., Осмонов А.Ж. Особенности течения эпидемиологического процесса вирусного гепатита А в Кыргызской Республике за 1996-2012 годы. // Информационный бюллетень СЭС и ЗН Департамента профилактики заболеваний и экспертизы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. – 2012, ноябрь, №12, с. 1-7.
- 5-а. Суранбаева Г.С., Мурзакулова А.Б., Анарбаева Ж.А. и др. Факторы риска заражения хронической инфекцией гепатита В и С. // Медицина Кыргызстана. – 2013, №4, с. 144-147.
6. Касымбекова К.Т., Молдокматова М.Д., Сапарова Г.Н. и др. Молекулярно-генетические исследования вирусного гепатита С в Кыргызской Республике. // Медицина Кыргызстана. – 2013, №4, с. 71-73.
7. Тойчуев Р.М., Сайтов Ж.К., Токторалиев Б.А. и др. Влияние хлорорганических пестицидов (ХОП) на заболеваемость гепатитами у детей. // Материалы V Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». 24-26 октября 2006. М. Изд.: «Оверлей». С.74.
8. Шашель В.А., Настенко В.П., Соболева Л.К. Региональные особенности распространенности и структуры хронических заболеваний органов пищеварения у детей. // Российский вестник перинатологии и педиатрии-2004, №2, с.70
9. С.Б. Чуелов, Н.И. Нисевич, М.О. Гаспарян и др. Клиника, диагностика и течение цирроза печени при HCV-инфекции у детей. // Детские инфекции. - 2005.-Т.4 (№1). - с. 22-25.
10. С.Б. Чуелов, А.Л. Россина, А.В. Смирнов и др. Этиологическая структура циррозов печени у детей. // Детские инфекции. - 2008.-Т.7 (№1). - с. 14-18.
11. В. Ф. Учайкин, С. Б. Чуелов, А. Л. Россина и др. Циррозы печени у детей / // Педиатрия (Журнал имени Г.Н.Сперанского) - 2008. - т. 87 (№ 5). - с. 52-59
12. Badizadegan K., Jonas M.M., Ott M.J., Nelson S.P., Perez-Atayde A.R. Histopathology of the liver in children with chronic hepatitis C viral infection. // Hepatology. 1998, 28(5):1416-23.
- 12а. Bortolotti F., Verucchi G., Cammà C., Cabibbo G., Zancan L., Indolfi G., Giacchino R., Marcellini M. et al. Long-term course of chronic hepatitis C in children: from viral clearance to end-stage liver disease. Gastroenterology. 2008, 134(7):1900-7
- 12в. Camarero C., Ramos N., Moreno A., Asensio A., Mateos M.L., Roldan B. Hepatitis C virus infection acquired in childhood. Liver Int. 2012;32(2):258-70.

13. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-декабрь 2012 года в РФ. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии РФ. <http://75.rospotrebnadzor.ru>
14. Тойчуев Р.М. Медико-экологические проблемы юга Кыргызстана. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. 2007, т. 13 (прилож. 1), с. 22-25.

BIOCHEMICAL MEASURES OF LIVER FUNCTION IN VARIOUS FORMS OF HEPATITIS IN CHILDREN

R.M. Toichuev, L.I. Nikolaeva, E.A. Leibman, G.M. Rahimova, Ch.T. Omorbekova, Jumabek kyzy B., A.A. Lapushkin

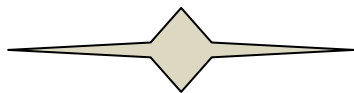
¹Institute of Medical Problems, Southern Branch of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, Osh, Kyrgyzstan;

²D.I. Ivanovsky Institute of Virology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

³Osh Interregional Children's Clinical Hospital, Osh, Kyrgyzstan.

Biochemical tests of the total of 642 children from Southern Provinces of the Republic who underwent treatment for chronic hepatitis C were subjected to analysis. Viral hepatitis B and C were diagnosed in 32.2% of all children, chronic viral hepatitis unspecified in 24%, and liver toxicity in 10.2%. Abnormal liver biochemical tests were most frequently detected in children treated for chronic viral hepatitis C with cirrhosis.

Keywords: chronic hepatitis, viral hepatitis C, viral hepatitis B, toxic hepatitis, structure, biochemical measures, liver, children.



СИСТЕМА ЭЛЕКТРОННОГО СЛЕЖЕНИЯ ЗА СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Б. А. Акматова, проект ICAP, специалист по лечению и уходу,

А. Д. Кульшарова, Программный Менеджер проекта ICAP в Казахстане, Региональный координатор по лечению и уходу в ЦАР,

А. М. Абдылдаева, РЦ «СПИД», врач отдела диспансерного наблюдения,

А. П. Дерябина, проект ICAP, Директор в странах ЦА, ICAP при Колумбийском Университете, США.

Электронное слежение за случаями ВИЧ инфекции (система ЭС) представляет собой информационную систему для сбора, хранения, передачи и обработки эпидемиологических, лабораторных и клинических данных на все зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции. Цель системы ЭС заключается в обеспечении своевременного доступа к необходимой информации о людях, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), и предоставляемой им помощи для принятия обоснованных решений и оценки деятельности, которые направлены на повышение качества жизни ЛЖВ.

Ключевые слова: система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, информация о ЛЖВ, своевременный доступ.

КЫРГЫЗСТАНДА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ДАРТЫНЫН ОНОКОТТОРУН БАЙКОО ЖУРГУЗУУНУН ЭЛЕКТРОНДУК СИСТЕМАСЫ

Б. А. Акматова, проект ICAP, дарылоо жана тейлоо боюнча адис,

А. Д. Кульшарова, Кыргызстандагы ICAP проектинин программалык менеджери, БА олколорундо дарылоо жана тейлоо боюнча регионалдык координатор,

А. М. Абдылдаева, РЦ «СПИД», диспансер болумунун врачы,

А. П. Дерябина, проект ICAP, БА олколорундо директор, Колумбиялык Университетинин алдындагы ICAP, АКШ.

ВИЧ инфекция дартынын онокторунно электрондук байкоо (ЭБ) – бул бутун информациялык системаны катыйт, башканча айтканда (б.а.) эсептоочу жана байланыш каражаттарын пайдалануу менен тузулгон медициналык документтердин жана информациялык технологиялардын тутуму. Электрондук байкоо (ЭБ) системасынын максаты ВИЧ дарты менен жашаган адамдардын ал-жайын оз убагында билип турууну камсыз кылат жана аларга корсотулуучу жардамдын шарттарын негиздоого, чечууго, ошону менен бирге журугузулгон иштик сапатын баалого жана аны дарылоо учурунда жакшыртууга оболго тузуу.

Негизги сөздөр: ВИЧ инфекция дартынын онокторунно электрондук байкоо системасы, ВИЧ дарты менен жашаган адамдар жонундо маалымат, оз убагында камсыздандыруу.

Актуальность. Возрастающая роль эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции, связанная с ростом количества ЛЖВ, необходимость в обеспечении полноты и своевременности информации о всех зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции и необходимость в снижении затрат рабочего времени медицинского персонала на подготовку учетно-отчетной документации стали предпосылками разработки и внедрения системы ЭС.

Методы и материалы. Реализация системы ЭС в нашей стране была начата с подписания Приказа МЗ КР №209 от 04.05.2011 «О внедрении пилотного проекта о системе электронного слежения» при

2) Инструменты для получения данных для мониторинга и анализа (отчетные формы, журналы и др.) (Рис.2)

Данная система позволяет получать информацию любой степени детализации, включая качественные и количественные характеристики о популяции ЛЖВ, о проведении АРТ и ее эффективности, приверженности к АРТ, ко-инфекции ТБ/ВИЧ, о своевременности обследования на СД4 и ВН, ТБ, данные о ППМР, информацию об употреблении наркотических средств парентеральным путем, о привлечении к ЗПТМ, данные о влиянии различных факторов на прогрессирование ВИЧ-инфекции и смертность среди ЛЖВ и мн.др. (Рис.3)

The screenshot shows a web-based form for updating a patient's registration card. The form is titled "Изменение" (Change) and "Регистрационная карта пациента" (Patient Registration Card). It contains several sections with various input fields and dropdown menus:

- General Information:** Fields for ID number (3056-Б), issue date (18.11.2011), country (Kyrgyzstan), and investigation code (114). There are also fields for name, surname, and gender (Male).
- Location and Origin:** Fields for region of discovery (Chuy), administrative region (G. Tokmok), and place of discovery.
- Demographic Data:** Fields for citizenship (Citizen of KR), date of arrival, country of origin, and purpose of arrival.
- Workplace:** Fields for workplace, organization, position, and phone number.
- Address of Residence:** Fields for region (Chuy), administrative region, place of residence, and street address.
- Maternal Data:** Fields for mother's name, surname, and date of registration.

At the bottom of the form, there are "OK" and "Отмена" (Cancel) buttons.

Рисунок 1. Электронная карта пациента

технической и финансовой поддержке Проект по контролю СПИД в Центральной Азии (СААР)/Всемирный банк. Первоначальное пилотирование было в 3 пилотных ОЗ в КР (РЦ «СПИД», ГЦПБС г.Бишкек, Чуйский ОЦПБС).

Система ЭС состоит из 2 основных частей:

- 1) Электронная регистрационная карта пациента (Рис.1)
 - Социально-демографические данные
 - Эпидемиологические данные, включая факторы риска
 - Клинические данные (стадия ВИЧ-инфекции, АРТ, мониторинг за лечением (СД4, ВН), ОИ, ТБ, данные о смерти и др.)

Имеющиеся инструменты, такие как формирование отчетов (месячных, квартальных, годовых, по заданному периоду) и экспорт в форматы doc, xls, pdf, поиск и фильтрация данных по различным характеристикам, получение различных списков с набором необходимых полей, позволяют оперативно получать любую необходимую информацию. Имеется возможность экспорта данных для последующего анализа в статистических пакетах, включая свободно распространяемую программу Епи-Инфо, работе с которой обучены эпидемиологи в стране.

Система ЭС также представляет собой инструмент управления качеством предоставления

Автоматический подсчет индикаторов - [InformConsulting] InfoTracker v2.1.9.18

Автоматический подсчет индикаторов

Расчет индикаторов | Экспортировать в Excel | Расчет | Печать

Индикатор	Комментарий по формуле индикатора (возраст 15 лет и старше)	Числитель муж. + ПИИ	Числитель жен. + ПИИ	Числитель Всего ПИИ	Числитель муж. + не ПИИ	Числитель жен. + не ПИИ	Числитель Всего не ПИИ	Числитель муж.	Числитель жен.	Числитель Всего	Эквивалент муж. + ПИИ
1 % лиц с ВИЧ, взяток на ДУ/ из числа выданных в отчетном периоде	Числитель: Число ЛЖВ, взяток на ДУ/ из числа выданных в отчетном периоде (без ИЛС). Знаменатель: число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в отчетном периоде	0	0	0	2	2	0	2	2	0	0
2 % ЛЖВ, взяток на ДУ/ из числа выданных в отчетном периоде в соответствии с критериями ВОЗ	Числитель: Число ЛЖВ, взяток на ДУ/ из числа выданных в отчетном периоде (без ИЛС), с поставленным диагнозом (установлена стадия ВИЧ-инфекции) по классификации ВОЗ. Знаменатель: число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в отчетном периоде	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 % ВИЧ-инфицированных, получающих котримоксовал в отчетном периоде	Числитель: количество пациентов, которым был назначен котримоксовал в отчетном периоде. Знаменатель: пациенты, из числа состоящих на ДУ/ на конец отчетного периода, имеющие СД4 меньше 350 на конец отчетного периода и пациенты, получающие лечение по поводу туберкулеза на конец отчетного периода (	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
4 % ВИЧ-инфицированных, имеющих, как минимум, один результат на уровне СД4 в течение последних 6 месяцев	Числитель: число пациентов, имеющих, как минимум, один результат СД4 в течение отчетного периода (последних 6 месяцев). Знаменатель: число пациентов, состоящих на ДУ/ на конец отчетного периода	2	2	4	3	13	16	5	15	20	18
5 % ВИЧ-инфицированных, получающих АРТ	Числитель: число пациентов, получающих АРТ на конец отчетного периода. Знаменатель: число пациентов на ДУ/ на конец отчетного периода с 1 и 2 клинической стадией, имеющих количество СД4 меньше 350 клеток и пациентов с 3 и 4 клинической стадией на конец отчетного периода	4	2	6	3	11	14	7	13	20	8
6 % лиц с ВИЧ, имеющих, как минимум, один результат на вирусной нагрузке в течение последних 6 месяцев	Числитель: число пациентов, имеющих, как минимум, один результат на вирусной нагрузке в течение отчетного периода (последних 6 месяцев). Знаменатель: число пациентов, состоящих на ДУ/ на конец отчетного периода	0	1	1	0	1	1	0	2	2	4

Период: За I квартал 2013 года АИИ Ед.Проживания(а): ВСЯК-АТИНСКИЙ Р-Н, Область(ы): ЧУЙСКАЯ.

Рисунок 2. Пример получения индикаторов лечения и ухода по Ыссык-Атинскому району Чуйской области.

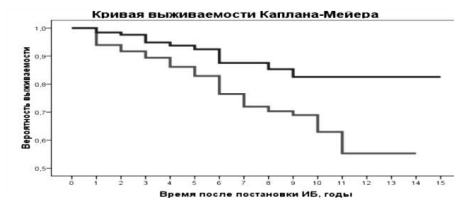
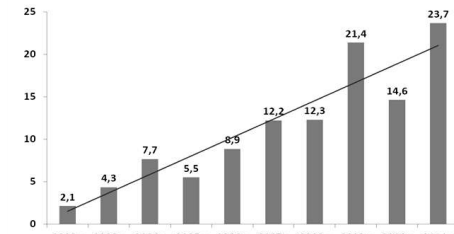
Возрастная структура пациентов на АРТ на 01.01.2012



Новые зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции, из них начавшие АРТ в тот же год



Смертность от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией, в динамике по годам на 100 тыс. населения



Оценочная средняя максимальная продолжительность жизни:
- без АРТ – 10,6 лет (10,1±1,1), p = 0,002
- на АРТ – 13,3 лет (12,5±14,2), p=0,002

Рисунок 3. Пример использования данных из системы ЭС

медицинских услуг, который поможет отследить правильность назначения АРТ и адекватность ухода за ЛЖВ согласно КП/КР, позволит устранить избыточные или недостаточные назначения, отслеживать правильность поставленных диагнозов.

При помощи системы ЭС специалисты ОЗ будут иметь возможность получать качественные и достоверные данные для объективной оценки эпидемиологической ситуации, прогнозировать ее развитие, планировать профилактические мероприятия, расходы на медицинскую помощь и поддержку людей, живущих с ВИЧ. Руководители ОЗ и специалисты могут удаленно осуществлять контроль за качеством предоставляемых услуг ЛЖВ областными и городским ЦПБС страны. Корректность и полнота ведения медицинской документации обеспечивается за счет эффективной

организации ввода информации в электронную карту пациента. Проектом ICAP разработан и апробирован инструмент по оценке качества данных, который направлен на значительное повышение качества данных системы ЭС.

В качестве методического сопровождения разработаны и распространены руководства, помогающие специалистам эффективно собирать и использовать данные (Рис.4).

Для расширения внедрения системы ЭС 6 ОЦПБС были оснащены все персональными компьютерами для работы с системой ЭС (ГФСТМ). Обеспечены все ЦПБС средствами на монтаж локально-вычислительной сети и интернет-связью.

В данное время специалистами проекта ICAP совместно со специалистами РЦ «СПИД» продолжают работу по совершенствованию программного обеспечения с разработчиками системы.

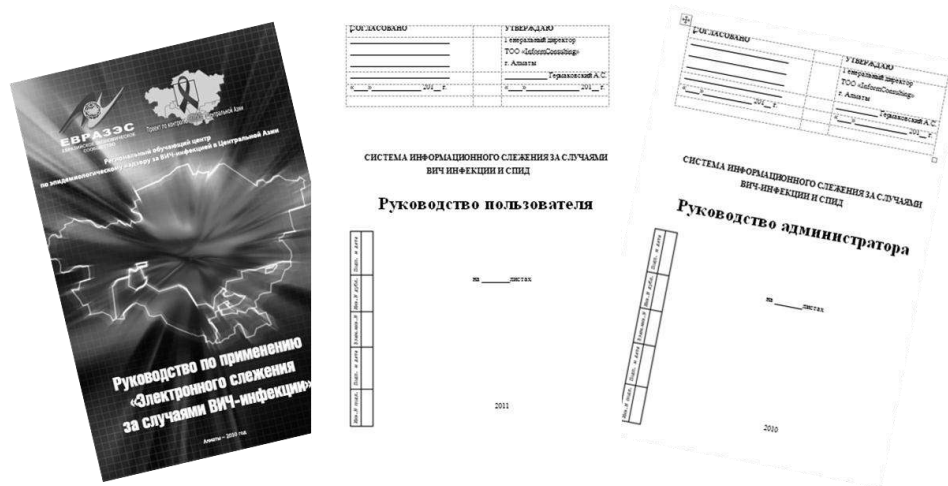


Рисунок 4. Методическое сопровождение системы ЭС

Выводы:

1. Система электронного слежения предоставляет данные любой степени детализации о всех зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции с целью принятия обоснованных решений в области профилактики, диагностики, лечения и ухода.
2. Система электронного слежения является инструментом управления качеством медицинской помощи, включая АРТ.
3. Для успешного внедрения ЭС необходимы политическая воля руководства службы СПИД, понимание значимости и необходимости ЭС специалистами ОЗ, полнофункциональная информационная система, наличие методического сопровождения внедрения системы (руководства и инструкции), наличие доступа в Интернет, наличие IT-специалистов.

Литература

1. Руководство по применению электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции. 2010 г. Сарыбаева Г.К. Координатор по управлению, Региональный обучающий центр по вопросам эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, к.м.н., Ганина Л.Ю. Руководитель отдела эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и профилактических мероприятий, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, Ковтуненко Н.Г. Заведующая референс-лабораторией, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, к.м.н. и др.
2. Приказ МЗ КР №209 от 04.05.2011 «О внедрении пилотного проекта о системе электронного слежения»
3. Приказ МЗ КР № 407 от 17.07. 2012 г. и ГСИН при правительстве КР №476 от 07.08 2012 г. «О внедрении системы электронного слежения (ЭС) за случаями ВИЧ-инфекции в КР».
4. Система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции: опыт работы в Казахстане. В.Ивакин. 2012 г.
5. Основные трудности при внедрении/расширении системы Электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции. В.Ивакин. 2012 г.
6. О состоянии и проблемах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Южно-Казахстанской области. Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г.Шымкент. Маширов Кожаммет. 2013

SYSTEM OF ELECTRONIC SURVEILLANCE OVER HIV INFECTION CASES IN KYRGYSTAN

B.A. Akmatova, ICAP Kyrgyzstan, HIV Care & Treatment specialist

A. D. Kulsharova, Program Manager, ICAP Kazakhstan; Regional HIV Care and Treatment Coordinator, ICAP Central Asia.

A. M. Abdylbaeva, RAC, doctor of dispensary department

A. P. Deryabina, ICAP, Director for Central Asia ICAP, Columbia University, USA.

Electronic Surveillance over HIV infection cases (ES system) represents an informational system for collection, storage, transfer and processing of epidemiological, laboratorial and clinical data for all registered HIV infection cases. The goal of the ES system implies provision of timely access to necessary information on people living with HIV (PLHIV) and healthcare assigned services in order to make valid decisions and evaluate activities aimed at improving of PLHIV life quality.

Key words: Electronic Surveillance over HIV infection cases, information on people living with HIV (PLHIV), timely access.

ОЦЕНКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Б. А. Акматова, проект ICAP, специалист по лечению и уходу,

А. Д. Кульшарова, Программный Менеджер проекта ICAP в Казахстане, Региональный координатор по лечению и уходу в ЦАР,

А. М. Абдылдаева, РЦ «СПИД», врач отдела диспансерного наблюдения,

А. П. Дерябина, проект ICAP, Директор в странах ЦА, ICAP при Колумбийском Университете, США.

Кыргызстан является одним из немногих регионов в мире, где продолжается рост эпидемии ВИЧ-инфекции. Увеличение числа ЛУИН, в сочетании с низким социально-экономическим уровнем и повышенной мобильностью населения, создает благоприятную среду для распространения ВИЧ-инфекции, а также парентеральных гепатитов, туберкулеза (ТБ) и инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции и обеспечения доступа к услугам лечения, ухода и поддержки ЛЖВ необходимо повысить качество предоставляемых услуг организациями здравоохранения. Данная статья была посвящена результатам оценки предоставления услуг и разработки рекомендаций по улучшению качества предоставления услуг.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, индикаторы, эффективность, амбулаторные карты больного

КЫРГЫЗСТАНДА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯСЫНА КАРШЫЛООНУН ЖАНА ПРОФИЛАКТИКАЛЫК КЫЗМАТ КОРСОТУУНУН БААЛАНЫШЫ

Б. А. Акматова, проект ICAP, дарылоо жана тейлоо боюнча адис,

А. Д. Кульшарова, Казахстандагы ICAP проектинин программалык менеджери, БА олколорундо дарылоо жана тейлоо боюнча регионалдык координатор,

А. М. Абдылдаева, РЦ «СПИД», диспансер болумунун врачы,

А. П. Дерябина, проект ICAP, БА олколорундо директор, Колумбиялык Университетинин алдындагы ICAP, АКШ.

Кыргызстан дуйнонун болок регионундагы олколордой эле ВИЧ-инфекция жугуштуу дартынын кобойун жана жайылып бараткандардык катарына кирет. Калктык социалдык-экономикалык абалынын томондогу жана эл жыш жайгашкан жерлерде бангичиликтин осушуу ВИЧ-инфекция жугуштуу оорусунун таралышына оболго тузот, андан тышкары боор онокот оорусунун, учуктун кучошуну, жыныстык жол аркылуу жугуучу жугуштуу инфекциясынын жайылышына себеп болот. ВИЧ-инфекция дартынын жайылуу коркунучун алдын-алуу

учун жана дарылоо кызматы жеткилигине болуш учун саламаттык сактоо мекемелеринде ВИЧ/СПИД дарты менен ооругандарга корсотулуучу тейлоонун сапатын жакшыртуу керек жана ага тезинен чара коруу зарыл. Аталган эмгек корсотулуучу медициналык кызматынын жыйынтыгын баалоо жана анын сапатын жакшыртуу учун иштеп чыккан сунуштарга арналган.

Негизги сөздөр: медициналык кызматтын сапаты, индикаторлор, эффективдүүлүгү (натыйжалуулугу), оорулунун амбулатордук картасы.

Вопросы предотвращения распространения ВИЧ инфекции среди общего населения путем снижения его воздействия на наиболее уязвимые группы населения и укрепления системы и потенциала для обеспечения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке ВИЧ-инфицированным людям в Кыргызстане являются актуальными в течение последних 10 лет. До настоящего времени в Кыргызстане не была проведена всесторонняя оценка спектра и качества услуг, оказываемых государственными организациями здравоохранения ЛЖВ.

Материалы и методы исследования.

Цель проводимой оценки заключалась в сборе и анализе данных, необходимых для улучшения услуг по лечению, уходу и поддержке ЛЖВ в Кыргызской Республике.

Задачами оценки были:

- описать и оценить существующую систему оказания специализированных лечебно-профилактических услуг ЛЖВ

- выявить проблемные участки и возможности для улучшения качества, экономичности и эффективности системы предоставления медицинских услуг ЛЖВ.

- предоставить рекомендации для улучшения качества, экономичности и эффективности системы.

Исследование было проведено согласно разработанному протоколу исследования, одобренный МЗ КР и РЦ «СПИД».

Были отобраны и одобрены МЗ КР специалисты для проведения исследования из числа областных и городских ЦПБС, РЦ «СПИД», включая специалистов Проекта «СОДЕЙСТВИЕ» ICAP из КР и регионального офиса. Сбор информации проводился с сентября по ноябрь 2011 года.

При проведении оценки использовались количественные и качественные методы исследования, включая обзор существующих нормативно-методических документов и ранее проведенных оценок, полуструктурированные интервью с ключевыми лицами и пользователями услуг ЛЖВ, а также аудит амбулаторных карт больного.

В целях оценки соответствия качества лечебно-профилактических услуг, предоставляемых ЦПБС и ЦСМ, положениям существующих национальных клинических протоколов, проводился анализ информации из амбулаторных карт по следующим индикаторам (10), некоторые которых показаны внизу:

- Процент пациентов с подтвержденным ВИЧ-статусом, взятых на диспансерный учет;
- Процент пациентов, подлежащих и получающих лечение котримоксазолом, согласно национальным протоколам;
- Процент зарегистрированных ЛЖВ, посетивших ЦПБС хотя бы один раз за последние шесть месяцев;
- Процент зарегистрированных ЛЖВ, прошедших обследование на уровень CD4 клеток в течение последних шести месяцев;

В рамках исследования были оценены различные аспекты программы ВИЧ/СПИДа в стране:

В рамках оценки была собрана информация в отношении кумулятивного числа официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, абсолютного числа и процент зарегистрированных ЛЖВ, находящихся на диспансерном учете, для каждого из выбранных мест, представленная в табл. 1.

Число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции и число ЛЖВ, взятых на диспансерное наблюдение в регионах проведения оценки, на 1 января 2011 года.

Таблица 1

Область /город	Общее число зарегистрированных пациентов	Число ЛЖВ, получающих услуги ухода и лечения в ЦПБС	% зарегистрированных ЛЖВ, получающих услуги ухода и лечения в ЦПБС
г.Бишкек	455	429	94,2%
г.Ош	694	581	83,7%
Чуйская	887	716	80,7%
Таласская	20	20	100,0%
Иссык-Кульская	42	32	76,1%
Нарынская	11	9	81,8%
Ошская	612	523	85,4%
Жалалабадская	343	275	80,1%
Баткенская	50	42	84,0%
Итого:	3114	2627	84,3%

Финансирование. Финансирование услуг ухода и лечения ВИЧ-инфекции происходит как за счет средств ГФСТМ, так и из местных бюджетов. Так, например, АРВ и препараты для профилактики и лечения ОИ, антибиотики, противогрибковые препараты, которые имелись на складах ЦСПБ во время оценки, были приобретены за счет ГФСТМ. ГФСТМ и KfW оказывают помощь по закупке необходимого лабораторного оборудования для тестирования на ВИЧ и расходных материалов, а также оказывают техническую поддержку по

обучению персонала. Бюджетные средства в основном покрывают такие расходы, как заработная плата персонала, обслуживание инфраструктуры и, в редких случаях, в небольшом количестве (например, в Ошской области) препараты для профилактики и лечения ОИ.

Услуги и нормативная база. Лечебно-профилактические услуги для ЛЖВ в Кыргызстане оказываются преимущественно через сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) – семь областных и один городской ЦПБС, деятельность которых координируется Республиканским центром «СПИД». РЦ «СПИД» выступает в качестве национального органа, ответственного за координацию мероприятий по эпидемиологическому надзору за случаями ВИЧ-инфекции, профилактике, уходу и лечению ВИЧ-инфекции в стране. ЦСМ и другие специализированные медицинские учреждения также участвуют в оказании некоторых услуг при ВИЧ-инфекции. На текущий момент услуги по АРТ в Кыргызстане оказываются 63 организациями здравоохранения. Для увеличения доступа и улучшения качества предоставления услуг согласно приказа МЗ КР предоставлением медицинских услуг ЛЖВ, включая АРТ должны заниматься семейные врачи, медицинские сестры и врачи-инфекционисты кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ) областных и районных ЦСМ под непосредственной координацией специалистов ЦПБС. На сегодняшний день ЦПБС не несут должной координирующей и мониторирующей роли в сфере предоставления услуг ЛЖВ на всех уровнях системы здравоохранения. Роль ЦПБС ограничивается перенаправлением ЛЖВ в другие медицинские учреждения. Выполнение мероприятий, связанных с ВИЧ-инфекцией, базируется на требованиях Закона Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике, приказа МЗ КР «О проведении лабораторной диагностики, противоэпидемических мероприятий и наблюдения при ВИЧ-инфекции в ОЗ КР» и КП. Организации здравоохранения предоставляют услуги ЛЖВ в соответствии с приказом МЗ КР но приказ не содержит четкого распределения ролей и обязанностей специалистов учреждений здравоохранения на каждом уровне оказания услуг, что негативно отражается на качестве предоставления услуг ЛЖВ. Выполнение лечебно-профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции осуществляется в соответствии с национальными клиническими протоколами одобренными МЗ КР в 2008 году.

Инфраструктура. Большинство ЦПБС расположены в географической близости к центру города и до них легко добраться на городском транспорте. Большинство зданий, в которых располагаются ЦПБС, не являются типовыми, они не были изначально предназначены для этих центров и поэтому значительно отличаются по количеству и

типу имеющихся помещений. Все здания ЦПБС нуждаются в капитальном ремонте, в помещениях проведен только косметический ремонт.

Штатная структура ЦПБС разработана на основе нормативных положений МЗ КР. Стандартная структура всех ЦПБС включает шесть отделов. Между отделами ЦПБС есть различия в численности персонала, в зависимости от объема работы и бюджета.

Отделы организации диспансерного наблюдения (ОДН) ЦПБС обычно состоят из руководителя отдела, двух врачей-инфекционистов и трех медицинских сестер; укомплектованность врачами в среднем составляет 78,3% и медицинскими сестрами - 66%. Только 50% врачей имеют стаж работы в сфере ВИЧ более трех лет и менее 30% имеют квалификационную категорию. Только 50% врачей отделов ОДН ЦПБС прошли обучение по вопросам АРТ, оппортунистических инфекций, сочетанной инфекции ВИЧ и ТБ, ППМР, ВИЧ у детей при поддержке международных организаций. Средний медицинский персонал прошел обучение только по вопросам тестирования и консультирования (ТиК).

В каждом ЦПБС - различная инфраструктура, но ни в одном из них нет отделения для стационарного лечения ЛЖВ, включая дневной стационар. ЛЖВ, по направлению КИЗ/ГСВ/ЦСМ, могут пройти лечение в стационарах (областные клинические больницы или специализированные больницы). В большинстве ЦПБС не выделены отдельные комнаты для осмотра, приема и консультирования пациентов.

Обеспечение антиретровирусными препаратами. АРВ препараты поступают из гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ). АРВ-препаратов зарегистрированных в стране одиннадцать препаратов, включая три комбинированные формы с фиксированной дозой на 1 января 2012 года. Заказом АРВ-препаратов и их последующим распределением по регионам занимаются специалисты РЦ «СПИД». На основании количеств ЛЖВ, получающих АРТ, используемых схем лечения и данных программы прогнозирования «Спектрум», заведующий отделом ОДН РЦ «СПИД» один раз в год составляет прогноз по потребностям в АРВ-препаратах для областей, который передается в группу реализации проекта ГФСТМ при ПРООН. Формирование национальной заявки по АРВ-препаратам, рассчитанной на один полный год, предполагает 30% буферный запас.

Никто из опрошенных специалистов на уровне областей не проходил специального обучения по вопросам планирования и прогнозирования АРВ-препаратов и поэтому специалисты, ответственные за планирование препаратов, испытывают трудности при расчете потребностей в препаратах.

АРВ препараты могут выдаваться пациентам непосредственно в РЦ «СПИД», либо передаваться в ЦПБС. Имеются журналы регистрации и выдачи

АРВ-препаратов и препаратов для лечения оппортунистических инфекций.

Лабораторная диагностика. В республике функционируют 46 лабораторий диагностики СПИД (ЛДС): семь ЛДС работают на областном, 36 на районном и 3 на республиканском уровнях. Республиканская референс-лаборатория РЦ «СПИД» не является типовой и размещена в приспособленном помещении. В лаборатории работают восемь специалистов - четыре врача и четыре лаборанта, что является недостаточным с учетом объема выполняемой нагрузки. Референс-лаборатория РЦ «СПИД» имеет оборудование, позволяющее проводить серологическое тестирование с использованием ИФА и Вестерн блоттинг (для определения антител к ВИЧ, ВГС, и ВГВ), определение числа CD4 клеток, вирусной нагрузки, клинических и биохимических анализов.

В стране определение числа CD4 клеток (кроме Ошского ОЦПБС) и вирусной нагрузки возможно только на республиканском уровне, однако возможности ЦПБС для транспортировки образцов крови из областей в лабораторию РЦ «СПИД» крайне ограничены. Проточный цитофлуориметр для определения уровня CD4 клеток установлен в лаборатории РЦ «СПИД» с 2009 года, но за последние три года наблюдались периодические сбои продолжительностью месяц и более в работе оборудования (дважды из-за поломки цитофлуориметра и один раз – из-за отсутствия тест-систем).

Диспансерное наблюдение и аудит амбулаторных карт больного. Взятие на учет и последующее наблюдение за ЛЖВ проводится отделами ОДН ЦПБС, в двух областях - врачами-инфекционистами КИЗ и семейными врачами. При этом ЦПБС недостаточно координирует проведение АРТ на уровне ЦСМ, что, в конечном итоге, приводит к перерывам в лечении.

Процент зарегистрированных ЛЖВ, взятых на диспансерный учет

По данным РЦ «СПИД», почти 84,9% людей с положительным результатом теста на ВИЧ регистрируются и берутся на диспансерный учет отделом ОДН ЦПБС после подтверждения диагноза. Обзор медицинских карт в сайтах показал, что только 48,2% людей с подтвержденным ВИЧ статусом были зарегистрированы и взяты на диспансерный учет в отдел ОДН ЦПБС.

Из 283 пациентов, которые не были взяты на диспансерное наблюдение ЦПБС, почти половина - 47,0% (n=132) находились в местах лишения свободы, 18,0% (n=50) составили недисциплинированные пациенты, в 11,0% случаев врачи не смогли объяснить причину, (записи в амбулаторных картах отсутствовали), 6,0% (n=16) пациентов не пришли с визитом к врачу, 6,0% - выбыли в другие регионы, в 5,0% (n=15) случаев ВИЧ-инфекция была выявлена во время лечения

туберкулеза, 4,0% (n=12) - отказались от услуг и 3,0% (n=10) пришлось на другие причины.

Процент пациентов, взятых на диспансерное наблюдение, посетивших ЦПБС и прошедших тестирование на уровень CD4 клеток хотя бы один раз за последние шесть месяцев.

Анализ медицинских карт показал, что только 48,2% людей, взятых на диспансерное наблюдение, посещали ЦПБС по крайней мере один раз за последние шесть месяцев.

Процент пациентов, получающих котримоксазол в соответствии с национальными протоколами и руководствами

Из 135 случаев, подлежащих, но не получавших профилактику пневмоцистной пневмонии, 29 ЛЖВ (22,0%) не получили профилактику ОИ из-за недостаточного внимания врачей к этому вопросу; в 39,0% (n=51) случаев врачи не смогли объяснить причину; 8,0% (n=11) из-за недисциплинированности ЛЖВ, из-за активного потребления наркотиков; 8,0% (n=11) - из-за нахождения в местах лишения свободы.

Процент ЛЖВ, подлежащих и получающих АРТ в соответствии с национальным протоколом

В соответствии с одобренным в 2008 году клиническим протоколом по началу АРТ, пациент должен начинать лечение при количестве CD4 менее 200 клеток/мм³ или при 3 или 4 клинической стадии ВИЧ инфекции. В соответствии с данными РЦ «СПИД», 29,5% всех ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете имели показания к назначению АРТ в 2011 году, и 65,7% их них начали лечение.

Кыргызстан проделал большую работу по обеспечению и расширению доступа ЛЖВ к лечебно-профилактическим услугам. Хотя программа АРТ и поддерживается за счет средств ГФСТМ, Министерство здравоохранения и РЦ «СПИД» предпринимают усилия по обеспечению полноценной медицинской помощи всем нуждающимся ЛЖВ в Кыргызстане. Кыргызстан – первая страна в Центральной Азии, где вертикальная система оказания специализированных лечебно-профилактических услуг ЛЖВ была интегрирована в общую сеть по охране здоровья.

Результаты оценки выявили недостаточную работу в направлении первичной диспансеризации официально зарегистрированных ЛЖВ и доступа к АРТ. В связи с этим и, учитывая низкую приверженность пациентов регулярному диспансерному наблюдению и лечению, необходимо проводить обучение медицинских работников комплексному подходу к ведению ЛЖВ. Также требует улучшения качество диагностики, лечения и профилактики сочетанных (в частности ВИЧ и вирусные гепатиты и ВИЧ и туберкулез) и оппортунистических инфекций (низкий уровень назначения котримоксазола). Необходимо усилить патронаж ЛЖВ на дому и внедрять программы паллиативного ухода.

РЕКОМЕНДАЦИИ

✓ Пересмотреть КП в соответствии с пересмотренными протоколами ВОЗ по АРТ, ведению ТБ/ВИЧ и ВИЧ/ВГС/ВГВ инфекций.

✓ Необходимо продолжать обучение врачей-инфекционистов, работающих с ЛЖВ в ЦПБС и КИЗ/ЦСМ, ГСВ/ЦСМ.

✓ Медицинские сестры, работающие в ЦПБС, КИЗ/ЦСМ и ГСВ/ЦСМ, должны быть обучены ключевым принципам клинического ведения ВИЧ-инфекции и активно вовлечены в мониторинг и поддержку приверженности пациентов.

✓ Учитывая, что большинство ЛЖВ в Кыргызстане – это ЛУИН, необходимо обучить врачей по проведению консультирования ЛУИН, при этом важно привлечение психотерапевтов и наркологов. Расширение и улучшение качества моделей ЗПТМ и продвижение ЗПТМ для тех ЛЖВ/ЛУИН, кто находится на АРТ, может способствовать приверженности и сделает возможным интеграцию АРТ и ЗПТМ услуг, а также проведение терапии под непосредственным наблюдением по крайней мере, для некоторых ЛЖВ.

✓ Регулярные мониторинговые визиты со стороны представителей РЦ «СПИД» или квалифицированного персонала из ЦПБС должны поощряться и поддерживаться.

✓ Для улучшения МиО услуг по уходу и лечению необходимо внедрить механизмы обеспечения качества сбора данных и их анализа. Следует способствовать дальнейшему внедрению ЭС в стране и проводить анализ данных системы ЭС для оценки эффективности программ АРТ в стране.

✓ Помимо специфического лечения, предоставляемого на базе ЦПБС, ЛЖВ расширить услуги, включая лечение и уход на дому и обучение рациональному питанию.

✓ Командный подход к ведению пациентов с активным участием врачей, медицинских сестер, эпидемиологов, психологов и равных консультантов в ЦПБС следует продвигать. Фтизиатры должны осматривать всех взятых на диспансерный учет ЛЖВ.

✓ Учитывая, что большое число ЛЖВ, включая тех, кто получает АРТ, часто попадают в места лишения свободы, важно поддерживать тесные контакты между медицинскими службами пенитенциарных учреждений и ЦПБС.

✓ Мониторинг приверженности к АРТ остается пока нерешенной проблемой. Подсчет таблеток, распределение таблеток и средств напоминания (SMS-уведомления) также могло бы улучшить приверженность, их целесообразно апробировать на пилотной основе.

✓ Планирование и прогнозирование АРВ-препаратов можно улучшить путем разработки и внедрения стандартных инструментов по прогнозированию и планированию и четких к ним инструкций.

✓ Расширение числа зарегистрированных АРВ-препаратов в Кыргызской Республике очень важно для предоставления качественного лечения ЛЖВ. Существующий бюджет ГФСТМ для закупа

АРВ-препаратов и других препаратов, необходимых для лечения побочных эффектов АРТ, лечения и профилактики оппортунистических инфекций, недостаточен для покрытия растущих потребностей ЛЖВ в лечении. В последующем будет важно обеспечить механизм финансирования за счет бюджетных средств.

✓ Процедуры тестирования на определение числа CD4 и вирусной нагрузки необходимо стандартизировать.

✓ Взаимодействие между лабораторным и лечебным персоналом ЦПБС необходимо улучшать путем организации совместных обучающих семинаров и регулярного обсуждения вопросов ведения пациентов, имеющих расхождения между клинической картиной и лабораторными результатами.

✓ Необходимо пересмотреть нормативную базу по предоставлению услуг ЛЖВ в целях уточнения/распределения ролей и обязанностей учреждений здравоохранения на каждом уровне оказания услуг. Необходимо усилить координирующую и мониторирующую роль ЦПБС в отношении учреждений ПМСП (КИЗ, ФАП/ГСВ/ЦСМ), предоставляющих услуги ЛЖВ с оказанием им менторской и методической помощи.

Литература

1. WHO. Patient evaluation and antiretroviral treatment for adults and adolescents. WHO, 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/152013/e95794.pdf.
2. Результаты оценки системы оказания лечебно-профилактических услуг при ВИЧ-инфекции в Кыргызстане. Проект ICAP. 2012
3. WHO, UNAIDS, UNICEF. Global HIV/AIDS Response – Epidemic update and health progress towards Universal Access – Progress Report. WHO, UNAIDS, UNICEF. 2011
5. Deryabina, A., et al. Mapping of Key HIV Services, Assessment of Their Quality, and Analysis of Gaps and Needs of Most-at-Risk Populations in Selected Sites of Kazakhstan. Arlington, VA: United States Agency for International Development. USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-Two, Task Order 2. 2010
6. Министерство здравоохранения. Приказ №202 « О проведении лабораторной диагностики,противоэпидемических мероприятий и наблюдения при ВИЧ-инфекции в ЛПО Кыргызской Республики». МЗ КР. 12 мая 2008 года.

7. Постановление Правительства КР. Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2011год. Правительство КР. 2011

8. Министерство здравоохранения. Приказ №178 «Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции». МЗ КР. 25 апреля 2008 года

9. Постановление Правительства КР № 204 «Об образовании Странового многосекторального координационного комитета при Правительстве Кыргызской Республики по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией». Правительство Кыргызской Республики. 2 июня 2005 года.

EVALUATION OF HEALTH CARE SERVICES UNDER HIV INFECTION PROVISION IN KYRGYZSTAN

B.A. Akmatova, ICAP Kyrgyzstan, HIV Care & Treatment specialist

A. D. Kulsharova, Program Manager, ICAP Kazakhstan; Regional HIV Care and Treatment Coordinator, ICAP Central Asia.

A. M. Abdylbaeva, RAC, doctor of dispensary department

A. P. Deryabina, ICAP, Director for Central Asia ICAP, Columbia University

Kyrgyzstan is among the few regions in the world with growing level of HIV infection epidemic. Growing number of PWUD combined with low socio-economic level and increasing level of population mobility enables the favoring environment for transmission HIV infection as well as viral hepatitis type B, tuberculosis (TB) and sexually transmitted diseases (STD). In order to prevent HIV infection and provide access to care, nursing and support of PLHIV it is necessary to increase quality of public health services. The article is devoted to the evaluation results of the services provision and development of the increasing of the services provision quality recommendations.

Key words: quality of medical services, indicators, effectiveness, patient ambulatory cards

УДК 616.36

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ: ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С

Шопаева Г.А., Дуйсенова А.К., Балгазин Б.Н.

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

Среди больных туберкулезом легких отмечается высокий процент инфицированности HBV (63,8%) и HCV (34,0%). Вирусные гепатиты и туберкулез оказывают взаимоотягощающее влияние. У большинства больных хронические формы гепатитов В и С характеризуются малосимптомными клинико-лабораторными проявлениями.

Ключевые слова: вирусные гепатиты В и С, туберкулез легких, клинические особенности.

Актуальность. В последнее время проблема хронических вирусных гепатитов актуализировалась во фтизиатрической практике [1,2,3,4,5]. Несмотря на значительные успехи в исследовании хронических вирусных гепатитов В/С и туберкулеза легких как моноинфекций, вопрос изучения их в сочетанном варианте по основным проявлениям инфекционного процесса остается открытым. К числу весьма слабо изученных сторон относятся особенности клинического течения вирусного гепатита при сочетании его с туберкулезом легких. Сведения о распространенности хронических вирусных гепатитов среди больных туберкулезом в Казахстане, необходимые для проведения организационных мер при работе с этими контингентами, в отечественной литературе отсутствуют; государственной статистической отчетностью они также не предусмотрены. В связи с вышеизложенным представляет особую значимость изучение особенностей клинического течения вирусных гепатитов В/С среди больных туберкулезом легких для выработки эффективных мер лечения и профилактики.

Цель: изучить особенности клинического течения хронических вирусных гепатитов В и/или С у больных с впервые выявленным туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования. Обследовано 312 пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких, находившихся на стационарном лечении в противотуберкулезном стационаре Турксибского района г.Алматы. Маркерную диагностику вирусных гепатитов проводили в соответствии с методическими рекомендациями производителей наборов с использованием тест-наборов ЗАО «Вектор-Бест» (г.Новосибирск). Определение наличия ДНК/РНК гепатитов В и С, а также типирование положительных образцов HCV проводили методом

ПЦР с использованием тест-систем «АмплиСенс» (ЦНИИ эпидемиологии, г.Москва) на амплификаторе «Терцик» («ДНК-технология», г.Москва). Детекция результатов проводилась методом электрофореза в 1,5% агарозном геле с последующим анализом результатов с использованием ельдокументирующей системы GelDoc. Набор контрольных образцов содержал фрагменты HCV генотипов 1, 2, 3 (субтипы 1a, 1b, 3a и генотип 2).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациентов доля лиц молодого и среднего возраста составила от 20 до 50 лет – 73,4%, преимущественно мужчины. При этом подавляющее большинство больных не имели постоянной работы (49,7%), у 13,1% обследованных материально-бытовые условия характеризовались как неудовлетворительные, из них 26,8% были лицами без определенного места жительства. Вредные привычки в виде курения наблюдались в 69,2%, употребление алкоголя – в 54,8% случаев; 24,4% употребляли ранее или продолжали употреблять на момент выявления у них туберкулеза внутривенные наркотические препараты. Наличие туберкулезного контакта отметили 38,1% обследованных. Давность заболевания составила от 1 до 6 месяцев. На перенесенный в анамнезе вирусный гепатит указали 59 пациентов (18,9%).

Исследования показали, что при первичной серодиагностике методом ИФА инфицированность больных HBV с учетом микстовых случаев составляет 63,8±2,72%, HCV – 34,0±2,68%. При этом одновременное обнаружение HBV и HCV отмечено в 17,3±2,14% случаев.

Среди больных с впервые выявленным туберкулезом легких с серологическими маркерами парентеральных вирусных гепатитов преобладали пациенты с ВГВ-инфекцией (199 человек – 79,3±2,56%). Из них 46 (22,6±2,97%) пациентов имели в крови маркеры активной репликации вируса, т.е. являлись явными источниками ВГВ-инфекции. Наличие HBsAg имело место в 38 случаях (19,1±2,79%). ВГС был диагностирован у 106 (34,0±2,68%) больных на основании выявления anti-HCV IgG (в 27,4% случаев в сочетании с HCV IgM). ДНК HBV и РНК HCV выявлены в 24,1±3,03% и 74,5±4,23% случаев соответственно.

Особую группу составляют лица с наличием так называемого серологического статуса «только anti-HBc». Он характеризуется выявлением антител к ядерному антигену вируса гепатита В при отсутствии поверхностного антигена (HBsAg) или антител к нему (anti-HBsAg). Выявление единственного маркера (только anti-HBc) при ВГВ-инфекции относительно часто наблюдается у иммунокомпрометированных лиц, потребителей внутривенных наркотиков, а также при коинфекции ВГС. Причина отсутствия HBsAg неясна [6,7].

В нашем исследовании из 148 больных с наличием anti-HBc 36 (24,3±3,53%) были «только anti-HBc» - позитивны. ВГВ ДНК была обнаружена у 3 (8,3±4,61%) из 36 пациентов. Антитела к вирусу

гепатита С были выявлены в 12 из 36 случаев (33,3+7,86%). Считается, что лица с «только anti-HBc» потенциально заразны [8]. Это подтверждается примерами, описанными в нескольких работах, о случаях передачи ВГВ половым путем, перинатальной передачи от матери плоду или новорожденному, парентеральной передачи реципиентам крови, при трансплантации печени [9,10,11].

При определении генотипа HCV выявлено преобладание 3a и 1b генотипов. Наиболее часто встречающимся был 3a генотип, частота его встречаемости в обследованной группе больных составила (32) 40,5+5,52%. Генотип 1b определен в (26) 32,9+5,29% случаев. В остальных случаях встречался генотип 2, а также сочетание его с генотипами 1b и 3a (15,2+4,04%). В 9 (11,4+3,57%) случаях генотип не определен.

При обследовании 312 пациентов с впервые выявленным туберкулезом лёгких установлено, что 251 человек (80,4+2,25%) имели положительный результат по одному или нескольким ИФА-маркерам HBV- и HCV-инфекций. Среди обследованных нами больных с обнаруженными маркерами вирусных гепатитов В и/или С преобладали пациенты с HBV-инфекцией (145 человек – 57,8+3,12%) – 1 группа сравнения, больных с маркерами HCV-инфекции выявлено 52 человек (20,7+2,56%) – 2 группа сравнения, а микст-гепатиты имели место у 54 обследуемых (21,5+2,59%) – 3 группа сравнения. Оставшаяся группа (61 человек) больных туберкулезом легких без признаков вирусного поражения печени составила контрольную группу.

По клиническим формам туберкулеза сравнимые группы больных распределились примерно одинаково. Самой распространенной формой туберкулеза являлась инфильтративная. В группах сравнения она составила соответственно – 86,9+2,8%, 73,1+6,15% и 79,6+5,48%, в контрольной – 83,6+4,74%. Фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония встречались только в группе больных с парентеральными вирусными гепатитами ($p < 0,001$). Достоверной разницы по признаку бактериовыделения в группах сравнения не обнаружено.

Клинико-рентгенологическое исследование выявило, что в группе пациентов с сочетанием туберкулеза легких и вирусных гепатитов В и/или С достоверно преобладали двусторонние специфические изменения в легких (47,01+3,15%, $p < 0,05$). В контрольной группе преобладали пациенты (44,3+6,36%) с вовлечением в патологический процесс только правого легкого по сравнению с левой стороной (23,0+5,38%, $p < 0,05$). Частота поражения верхних долей была практически одинаковой: от 57,9% до 68,5% в группе больных с сочетанной инфекцией и 69,9% в контрольной группе ($p > 0,05$).

Учитывая отсутствие достоверной разницы по большинству клинических признаков в группах наблюдения с сочетанной инфекцией (ТВС+ХГВ, ТВС+ХГС, ТВС+ХГВ+ХГС) при анализе

клинических проявлений вышеуказанные группы были объединены нами в единую группу сравнения.

У обследуемых нами больных клиническая симптоматика вирусных гепатитов В, С и их сочетания у больных туберкулезом легких сопровождалась множественными проявлениями астеновегетативного и диспепсического синдромов, а также наличием гепатомегалии, гепатолиенального синдрома и внепеченочных знаков, умеренными проявлениями геморрагического синдрома.

Клинические проявления астеновегетативного синдрома достоверно чаще были выявлены у пациентов исследуемых групп и характеризовались наличием у подавляющего большинства исследуемых недомогания, повышенной утомляемости, снижением толерантности к физическим нагрузкам, снижением массы тела, слабостью, нарушением сна, эмоциональной лабильностью, потливостью и головной болью.

Явления выраженной интоксикации достоверно чаще регистрировались у пациентов с сочетанной инфекцией (29,9+2,89%) в сравнении с контрольной группой (13,1+4,32%), $p < 0,01$. Немотивированную прогрессирующую слабость отмечали подавляющее большинство пациентов во всех исследуемых группах. Однако в группе с сочетанием туберкулеза и ХВГ данный показатель регистрировался достоверно чаще (86,5+2,16%, $p < 0,01$). Сравнительный анализ частоты встречаемости лихорадки, повышенной потливости в группах наблюдения достоверно выявил преобладание указанных признаков у пациентов с сочетанием туберкулеза и парентеральных гепатитов (68,9+2,92%, $p < 0,05$). Снижение массы тела также было зафиксировано у большинства больных в исследуемых группах (в 72,5+2,82% в группе пациентов, страдающих туберкулезом и вирусными гепатитами, и в 59,0+6,30% среди больных изолированным туберкулезом ($p > 0,05$)).

Наиболее частой жалобой респираторного синдрома в обеих группах наблюдения был кашель (72,1+5,74% в контрольной группе и 84,9+2,26% в группе сравнения, $p < 0,05$). Выделение мокроты значимо чаще наблюдалась у пациентов с гепатитами (75,7+2,71%, $p < 0,001$). В этой же группе пациентов мокрота чаще носила характер слизистогнойной и гнойной ($p < 0,001$). Одышка также чаще встречалась в группе больных с микст-инфекцией ($p < 0,05$). Боль в грудной клетке в обеих группах отмечалась с одинаковой частотой ($p > 0,05$). Оценка физикальных данных (притупление перкуторного звука, измененное дыхание, хрипы над легкими) при поступлении не выявила значимых различий у больных сравнимых групп.

Сравнительный анализ клинических проявлений диспепсического синдрома у больных в контрольной и исследуемой группах также достоверно выявил преобладание в последней таких симптомов, как снижение аппетита, снижение толерантности к жирной пище, тошноты, горечи во рту, дискомфорта (болей) в эпигастрии и в области правого подреберья, а также нарушение стула (кашицеобразный стул 1-3 раза в день, разной - от 2

до 5 дней - продолжительности). Так, большинство пациентов в группе больных с сочетанием туберкулеза и вирусных гепатитов (81,3+2,46%; $p > 0,05$) указывали на снижение аппетита, снижение толерантности к жирной пище было зарегистрировано в 52,2+3,15% случаев, а горечь во рту - у 37,8+3,06% ($p < 0,05$) больных. На тошноту и рвоту указывали 41,8+3,11% и 16,4+4,74% пациентов соответственно в исследуемой и контрольной группах ($p < 0,001$), а нарушение (неустойчивость) стула беспокоило 20,3+2,54% больных ($p < 0,05$). Также более половины пациентов (65,3+3,0%, $p < 0,001$) отмечали дискомфорт (боли) в области правого подреберья, а 22,7+2,64% ($p > 0,05$) больных указывали на дискомфорт в области эпигастрия.

У больных в исследуемой группе частыми признаками, объективно свидетельствующими в пользу хронического процесса в печени, были гепатомегалия в сочетании с плотной (плотно-эластичной) консистенцией печени и внепеченочные знаки.

У подавляющего большинства больных этой группы было отмечено сочетание нескольких неблагоприятных гепатотропных факторов, таких как хронический алкоголизм, употребление наркотиков и гепатотоксическое действие противотуберкулезных химиопрепаратов на фоне вирусного гепатита, обуславливающих, по-видимому, более частое и серьезное повреждение печени у пациентов данной категории.

По данным объективного осмотра гепатомегалия отмечалась у 211 больных (84,1+2,31%) с поражением печени вирусами гепатитов В и С и у 28 пациентов (45,9+6,38%) контрольной группы ($p < 0,001$). Увеличение размеров печени до 2-3 см значительно чаще регистрировалось в исследуемой группе с гепатопатиями (58,6+3,11%, $p < 0,001$), равно как и выраженная гепатомегалия (до 4-6 см) – 25,5+2,75%, $p < 0,01$; гепатоспленомегалия – 29,5+2,88%, $p < 0,001$.

Внепеченочные знаки (телеангиэктазии, пальмарная эритема) как проявления хронического процесса также регистрировались достоверно чаще у пациентов исследуемой группы. Так, в группе больных туберкулезом с хроническими гепатитами В и С этот признак был выявлен у 143 пациентов (68,9+2,92%, $p < 0,001$). Проявления геморрагического синдрома в виде умеренных носовых кровотечений, кровоточивости десен имели место у 12,7+2,11% ($p < 0,01$) больных основной группы сравнения.

Несмотря на то, что значения показателей функциональных проб печени находились практически во всех группах исследования в пределах нормальных значений, в динамике наблюдения внутри групп и между группами сравнения в ряде случаев имели место различия. В динамике наблюдения за больными хроническими вирусными гепатитами В и С с сопутствующим туберкулезом легких, а также туберкулезом легких с HBV-инфекцией было выявлено повышение показателей трансаминазы (АЛТ) - 0,24+0,05

мккат/л и 0,80+0,12 мккат/л, $p < 0,001$; 0,15+0,02 мккат/л и 0,29+0,06 мккат/л, $p < 0,05$ соответственно относительно исходного уровня при поступлении в стационар. Кроме того, у больных с ХГС+ТВС и ХГВ+ХГС+ТВС отмечаются значимо высокие показатели АЛТ по сравнению с группой контроля (ТВС) ($p < 0,05$; $p < 0,001$ соответственно) и пациентами с туберкулезом легких в сочетании с HBV-инфекцией ($p < 0,05$; $p < 0,001$ соответственно). Наиболее высокие показатели АЛТ отмечены в группе пациентов с ХГС+ТВС - 0,70+0,46 мккат/л и 1,47+0,55 мккат/л в динамике ($p > 0,05$).

Тимоловая проба была изменена достоверно чаще при динамическом контроле в группах больных хроническими вирусными гепатитами в сочетании с туберкулезом легких (В, С и В+С) (соответственно $p < 0,05$, $p < 0,001$ и $p < 0,05$). У пациентов с маркерами HCV-инфекции показатели тимоловой пробы статистически значимо были выше в сравнении с группой больных с туберкулезной моно-инфекцией (ХГС+ТВС, $p < 0,001$ и ХГВ+ХГС+ТВС, $p < 0,01$).

Выводы. Поражения печени вирусной этиологии у больных туберкулезом легких представляют собой социально значимое явление, при этом среди впервые выявленных больных туберкулезом легких отмечается высокий процент обнаружения диагностических маркеров HBV- и HCV-инфекции (63,8+2,72% и 34,0+2,68% случаев соответственно).

Вирусные гепатиты и туберкулез оказывают взаимосодействующее влияние.

У большинства больных хронические формы гепатитов В и С характеризуются малосимптомными клинико-лабораторными проявлениями, что обеспечивает реализацию высокого хронического потенциала этих заболеваний среди пациентов фтизиатрического профиля.

Литература

1. Эпидемиология и профилактика вирусных гепатитов с парентеральным механизмом заражения в лечебно-профилактических учреждениях / Нечаев В.В., Волегова Г.М., Хромова Г.В. и др. // Методические рекомендации. – СПб, 1993. – 19 с.
2. Разаириманга М.К. Эпидемиологические особенности вирусных гепатитов В и С в сочетании с туберкулезной инфекцией в условиях стационара. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 1994. – 27 с.
3. Елкин А.В., Ариэль Б.М., Нечаев В.В. Диагностика гепатопатий у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 1992. - № 7-8. – С.15-18.
4. Умешева К.А. Клинико-лабораторная характеристика хронического вирусного гепатита при сочетании с туберкулезом у детей и подростков. Дисс... канд. мед. наук. – Алматы, 2004. – 86 с.
5. Arase Y., Suzuki F., Suzuki Y. et al. Long-term presence of HBV in sera of chronic hepatitis B patients with HBsAg seroclearance. // Intervirology, 2007. – 26, 50 (3). – P.161-165.
6. Танащук Е.Л., Апросина З.Г., Секамова С.М. и др. Клинико-морфологическая характеристика, особенности течения хронических заболеваний печени у больных, злоупотребляющих алкоголем и инфицированных вирусами гепатита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – Т.11, №1, прил. 12. – С.38.

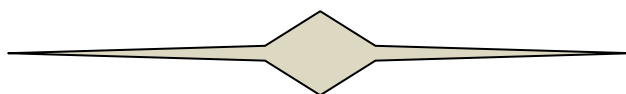
7. Siagris D., Christofidou M., Triga K. et al. Occult hepatitis B virus infection in hemodialysis patients with chronic HCV infection. //J. Nephrol., 2006. – 19 (3). – P.327–333.
8. Cacciola I., Pollicino T., Squadrito G. et al. Quantification of intrahepatic hepatitis B virus DNA in patients with chronic HBV infection //Hepatology. – 2000. –Vol.31, № 2. – P.508-511.
9. Uemoto S., Sugiyama K., Marusawa H. et al. Transmission of hepatitis B virus from hepatitis B core antibody-positive donors in living related liver transplants //Transplantation. – 1998. – Vol.65. – P.494-499.
10. Van Thiel D.H., De Maria N., Colantoni A. Et al. Can hepatitis B core antibody positive livers be used safely for transplantation: hepatitis B virus detection in the liver of individuals who are hepatitis B core antibody positive // Transplantation. – 1999. – Vol.68. – P.519-522.
11. Wagner A.A., Loustaud-Ratti V., Chemin I. et al. Double hepatitis B virus infection in a patient with HIV/hepatitis C virus coinfection and ‘anti-HBc alone’ as serological pattern //Eur.J.Clin.Microbiol.Infect.Dis. - 2005. – Vol.24 (9). – P.623-627.

THE CLINICAL COURSE OF MIXED INFECTION: NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS AND VIRAL HEPATITIS B AND C

G.A.Shopayeva, A.K.Duissenova, B.N.Balgazin

Among patients with pulmonary tuberculosis the high percent of infection with HBV (63,8%) and HCV (34,0%) is determined. Viral hepatitis and tuberculosis cause mutually negative effect. Most patients with chronic hepatitis B and C are characterized by low-symptom clinical and laboratory manifestations.

Key words: viral hepatitis B/C, pulmonary tuberculosis, clinical features.



О СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ К СТРАТЕГИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бокчубаев Э.Т. – проректор Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, д.м.н., Кыргызстан

Клименко А.В. – зав. кафедрой международных отношений Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П.Л.Щупика Республики Украины, к.м.н.

Шляфер С.И. - ведущий научный сотрудник Центрального Научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

В данной статье впервые представлены некоторые новые теоретические подходы и суждения на основе анализа основных переломных этапов развития и преобразований мировой системы здравоохранения в XX-XXI вв. Изложенные в статье данные носят в определенной степени инновационный и исторический характер, они могут дополняться и совершенствоваться.

Медицина и здравоохранение.

Во-первых, необходимо уточнить понятия медицина (медицинская помощь) и здравоохранение. Они близки, но не тождественны. Потребность в защите жизни и здоровья, в помощи при травмах, болезнях и недугах возникла в обществе на самых первых этапах его развития. Уже в древней общине стали выделяться первые целители (знахари, шаманы, жрецы) из числа людей, склонных по складу ума и характера к изучению болезней и недугов. Много позже сформировалась медицина как «наука и искусство» распознавания, лечения и по возможности - предупреждения болезней.

Намного медленнее осознавалось, что эффективное взаимодействие врача и пациента возможно лишь при некотором регулировании этой деятельности со стороны общества, что требует от самого общества на любом этапе его развития определенных действий, прежде всего, по охране здоровья и предупреждению заболеваний. Весь комплекс этих мероприятий лишь в XX веке стали называть здравоохранением – открытой социальной динамической системой, направленной на охрану (защиту) жизни и здоровья каждого человека и всего населения в целом.

Для защиты и улучшения здоровья нужно знать, что такое здоровье и что такое болезни, которые человеку угрожают; по возможности избежать или предупредить эти угрозы, а если заболевание (или травма) все же наступит, то вылечить заболевшего или пострадавшего человека. Для этого необходимы специально подготовленные кадры, владеющие определенными знаниями и средствами, причем они должны быть в нужное время и в нужном месте. В решении этих задач и состоит смысл системы здравоохранения.

Задачи или функции следующих основных аспектов специфичны именно для медицины и системы здравоохранения:

- накопление знаний - **наука**;
- предупреждение - **профилактика**;
- лечения болезней и последствий травм.

Остальные аспекты имеют общесоциальный характер и необходимы для любой системы в обществе.

I. Основные цели главного аспекта медицины и здравоохранения «Наука (знание)» - непрерывное пополнение объективных медико-биологических и медико-социальных знаний (информации), а затем их распространение среди специалистов и практических работников здравоохранения, а также среди населения и государственных и административных органов власти и самоуправления. Эти знания должны быть положены в основу всего комплекса национальных, государственных, институциональных, индивидуальных профессионально-медицинских мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья населения и каждого человека, на профилактику и лечение его заболеваний.

II. Функция аспекта «Профилактика» означает необходимость заблаговременно увидеть опасности, которые возникают во внешней среде для здоровья человека, принять меры к устранению этих опасностей и, используя все благоприятные факторы внешней среды и самого организма, поднять уровень сопротивляемости организма человека, укрепить его здоровье всеми имеющимися способами.

III. Функция аспекта «Лечение» - как можно раньше распознать заболевание и быстрее вылечить больного человека с использованием самых эффективных и лучших (с точки зрения науки и практики) методов и восстановить его трудоспособность и творческую активность.

IV. Функции других важных ресурсных аспектов здравоохранения - подготовка и рациональное использование кадров, обеспечение необходимых для здравоохранения финансовых средств и материально-технической базой и оснащения субъектов здравоохранения специфическим профессиональным оборудованием.

V. Функция чрезвычайного важного аспекта «Менеджмент» - обеспечения того, чтобы нужные кадры с необходимыми знаниями и оснащением оказывались в нужное время и в нужном месте для решения постоянно возникающих вопросов охраны

и укрепления здоровья человека, спасения его жизни и здоровья.

Система защиты здоровья человека и всего населения исторически прошла через целый ряд этапов, продемонстрировав зависимость здоровья и многих распространенных заболеваний не только от биологических (микробиологических) факторов, но и от условий жизни и труда населения, уровня имеющихся научных и практических медицинских знаний и их доступности в медицинской практике, а также и от других социальных факторов. Это создало предпосылки для признания здоровья социальным правом человека и ответственности общества (государства) за реальное обеспечение этого права.

A. История развития мирового здравоохранения и медицины на рубеже XXI-XXI веков. Создание и начало деятельности ВОЗ.

На рубеже XIX-XX столетий были приняты важные решения на международном уровне в области охраны здоровья. Так, угроза эпидемий заставила заменить средневековые карантинные Международными санитарными конвенциями, начало которым положила первая Международная санитарная конференция, прошедшая в 1851 г. в Париже. В 1908 г. там же была создана первая межправительственная организация - Международное бюро общественной гигиены (МБОГ), в 1923 г. появилась Организация здравоохранения (гигиены) Лиги Наций, а после Второй мировой войны, показавшей важность и возможности медицины и организации медико-санитарной помощи в сохранении человеческого потенциала как на фронте, так и в тылу, на первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН (февраль 1946 г.) было принято решение создать Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ).

В том же году специальная конференция (делегаты из 51 страны) разработала и приняла учредительные и уставные документы, включая Протокол о передаче ВОЗ функций МБОГ и Организации гигиены Лиги Наций. Устав ВОЗ вступил в силу 7 апреля 1948 г., и с этого момента здравоохранение и международное сотрудничество в этой сфере развиваются особенно интенсивно.

Создание ВОЗ стало важнейшим событием в здравоохранении второй половины XX в. В Уставе ВОЗ было записано несколько важнейших в социально-политическом, организационном и международном плане положений.

1. «Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

2. «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения».

3. «Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих социальных и медико-санитарных мероприятий».

4. «Неравномерное развитие в разных странах мер в области здравоохранения и борьбы с болезнями, особенно с заразными болезнями, является общей опасностью».

5. «Здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств».

Именно эти положения можно сегодня назвать краеугольными основами здравоохранения и его системной сущности и организации. Но за 60 последовавших лет в деятельности ВОЗ и ее государств-членов накоплен значительный опыт успехов и в то же время неудачных моментов.

В 2008 г. Всемирная организация здравоохранения отмечала свое 60-летие и 30-летие Алма-Атинской декларации «О здоровье для всех» (1978 г.).

Так, в первый период деятельности ВОЗ (1948-1957 гг.) СССР (Союз советских социалистических республик) - один из инициаторов и учредителей ВОЗ - неожиданно заявил о выходе из организации и возобновил участие в ее работе лишь в 1957 г. Реальные контакты и сотрудничество с разными странами в сфере здравоохранения начались в духе разгоревшейся холодной войны с обменов речами и публикациями о недостатках здравоохранения у «противников». В СССР были публикации с критикой здравоохранения в капиталистических странах. В США появилась книга «Врач и больной в Советском Союзе» М. Филда, в Великобритании Ф. Брокингтон писал об СССР как об одном из «новичков в общественном здравоохранении после Первой мировой войны» и иронически высказывал о том, что принципы советского здравоохранения казались более революционными, когда они впервые появились, чем представляются сейчас. Но постепенно на ассамблеях здравоохранения стали доминировать попытки найти общий язык и сотрудничать в решении «технических» вопросов здравоохранения, а затем (вторая половина 1960-х гг.) началась и критическая переоценка программной деятельности ВОЗ. Это совпало по времени со вступлением в ВОЗ новых независимых государств (преимущественно из бывших колоний), с ростом бюджета ВОЗ и привлечением средств из различных дополнительных источников и других организаций системы ООН. Постепенно стали разворачиваться более спокойные и переходящие в объективные аналитические сопоставления дискуссии о сравнительных преимуществах и недостатках систем здравоохранения в разных странах. Стали выявляться и терминологические проблемы.

К концу 1960-х гг. стало ясным, что «массовые кампании» по ликвидации тяжелых болезней успеха не приносят, а провозглашенное в 1948 г. право на здоровье в большинстве стран мира остается далеким от реальности, т.е. остается декларативным. Данное право осталось не реализованным в развивающихся странах из-за чрезвычайной бедности и низкого уровня жизни населения, недостатка врачебных и других медико-санитарных кадров, отсутствия инфраструктуры здравоохранения, а в промышленно развитых «капиталистических» странах - из-за

различий в уровнях жизни разных социальных слоев населения и их возможностей оплачивать технически все более совершенную, но быстро дорожающую медицинскую помощь, с растущим арсеналом лекарственных средств, медицинского оборудования.

Кризис системы здравоохранения даже в развитых западных странах стал наиболее заметен в 1970-80-е гг. XX в. Причин тому было достаточно много:

- неуправляемый рост стоимости медицинской помощи;
- разрыв между научными исследованиями и практическим применением их результатов, а также между гуманистическим характером медицины и биологии и опасностью использования их достижений в антигуманных и агрессивных целях;
- слабое развитие профилактической помощи и недостаточная эффективность амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи;
- подрыв доверия между населением и врачами;
- противоречия между растущими требованиями медико-социальных преобразований и консервативной позицией влиятельных организаций частнопрактикующих врачей;
- нехватка медицинских кадров и недостаточные темпы их подготовки;
- проявления расовой и имущественной дискриминации в медицинском образовании и в обеспечении медицинской помощи;
- неблагоприятное влияние рекламы фармацевтических препаратов и лекарств;
- распространение среди населения процедуры самолечения и ненаучного знахарства.

Следует отметить, что в Западной Европе наиболее резкие черты кризиса медицины, основанной на частной практике врачей, были смягчены системой социального страхования, особыми условиями и традициями отдельных государств. Большое внимание заслуженно привлекал опыт Национальной службы здравоохранения Великобритании, которая по многим показателям оказалась наиболее эффективной в «западном мире». Тем более острой в глазах всего мира становилась ситуация в здравоохранении США - на фоне самых больших в мире расходов на оплату медицинской помощи и несмотря на длительный поиск «общенациональных целей» в здравоохранении. В ряде публикаций ситуация в США характеризовалась как «не система» здравоохранения. Это отражалось и в выступлениях политиков - Р.Никсона, Э.Кеннеди и др.

В СССР и других социалистических странах в этот период также постепенно накапливались трудности в связи с недостаточностью бюджетных ассигнований, отставанием в обеспечении лекарственными средствами, медицинской техникой и инструментарием, невыполнением планов капитального строительства и реконструкции учреждений здравоохранения, низкой и уравнительной оплатой труда врачей и других медицинских работников. В 1960-70-х гг. внутренние резервы здравоохранения СССР были в значительной

степени истощены. Материальная, а особенно техническая база стали отставать от мирового уровня. В западных странах в это время научно-техническая революция «захватила» биологию и медицину, началось техническое переоснащение медицинских учреждений, появились новые лекарственные средства, внедрялись в медицинскую практику ЭВМ, компьютерные томографы, развивалась информационная база, были осуществлены значительные финансовые вливания в медицинскую науку и биологию.

В то время Министерство здравоохранения СССР пыталось осуществить необходимые и назревшие в здравоохранении реформы, сочетая отечественный и международный опыт. Были подготовлены и приняты **«Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении» (1969 г.)**, правительственные постановления о строительстве больниц, реформе высшего медицинского образования, подключении оборонной промышленности к производству медицинского оборудования и лекарств и др. Однако все эти начинания не обеспечивались достаточным финансированием здравоохранения, что тормозило реализацию даже утвержденных постановлениями задач. Постепенно усиливались износ материальной и технической базы, отставание научных медицинских исследований, фармацевтической и медицинской промышленности. Медицинские работники не получали адекватной платы за свой нелегкий труд, не имели возможности осваивать новые методы диагностики, профилактики и лечения заболеваний.

Вместе с тем в этот период СССР и другие социалистические страны продолжали занимать в международном сотрудничестве активные позиции и при поддержке целого ряда развивающихся и даже западных стран выдвигали в ВОЗ конструктивные предложения по таким важнейшим проблемам, как:

- принципы развития и планирования здравоохранения на национальном и международном уровнях;
- подготовка кадров здравоохранения;
- развитие и международная координация медико-биологических исследований;
- «техническая помощь» развивающимся странам;
- перспективное планирование и прогнозирование деятельности ВОЗ;
- запрещение бактериологического и химического оружия и т.д.

Важными для программ ВОЗ стали разработанные при активном участии представителей СССР **Пятая общая программа работы ВОЗ, а затем и Шестая общая программа.**

К концу 1960-х гг. понятие «система здравоохранения» стало постепенно завоевывать позиции в ВОЗ. Особо важным стало признание в 1970 г. на 23-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (являющейся высшим органом ВОЗ, принимающим решения) основных принципов построения и развития национальных систем здравоохранения. А в Пятой и Шестой общих

программах ВОЗ (на 1973-1977 гг. и на 1978-1984 гг.) было записано, что **общественное здравоохранение рассматривается ныне не только как комплекс чисто медицинских мер, а как важный компонент социально-экономических систем, объединяющих все экономические, социальные, политические, профилактические, лечебные и другие меры, которые человеческое общество в любой стране и на любой стадии своего развития использует для охраны и постоянного улучшения здоровья каждого человека и всего общества в целом.** В них также указано, что здоровье может быть достигнуто лишь в сложном переплетении политических, экономических, социальных, культурных, научных, технологических и психологических систем, развивающихся на фоне определенной геофизической внешней среды. Общественное здравоохранение вовлекается в каждую из этих систем и, будучи составной частью всей совокупности, оказывает на нее влияние в силу собственной динамики.

В это же время в ВОЗ стало обсуждаться понятие **«первичной медико-санитарной помощи» (ПМСП).** Вначале это понятие относилось к медицинской помощи, оказываемой в «базовых» медицинских пунктах в сельской местности развивающихся стран, а затем «зоне первого контакта» между человеком (семьей, общиной) и системой здравоохранения.

В 1972 году **советская делегация предложила** провести международную конференцию, чтобы обсудить как общие закономерности развития систем здравоохранения, так и реальный опыт их успехов и неудач в разных странах и регионах. Предложение вначале не было принято западными странами, которые увидели в нем лишь пропаганду социалистического здравоохранения, но было поддержано рядом развивающихся стран и новым Генеральным директором ВОЗ Х.Малером. После этого в ВОЗ и ее региональных бюро, во многих странах развернулась большая подготовительная работа к Международной конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи в городе Алма-Ате (Казахстан), которая прошла 6-12 сентября 1978г. с участием руководителей здравоохранения из 134 стран мира, представителей 67 международных организаций и средств массовой информации.

Конференция стала неделей интенсивного международного «мозгового штурма», дискуссий и споров на пленарных и секционных заседаниях, на международной выставке здравоохранения, при посещении медико-санитарных учреждений в городах и сельских местностях Казахстана, Узбекистана и Киргизии. Результаты этих обсуждений и «мозговых штурмов» легли в основу при выработке каждого параграфа итоговых документов - **Декларации и Итогового доклада конференции, а также 22 рекомендаций по конкретным вопросам здравоохранения и ПМСП.**

Конференция провозгласила, что самая важная задача правительств, международных организаций и всей мировой общественности - **«достижение всеми народами мира к 2000 г. такого уровня**

здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни». Главным инструментом для этого является развитие национальных систем здравоохранения, а центральным звеном и неотъемлемой частью - **первичная медико-санитарная помощь** — «первый уровень контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения», базирующийся на «практических, научно-обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения».

Участники конференции, а затем и Всемирная ассамблея здравоохранения поблагодарили Правительство СССР за приглашение и обеспечение отличных условий для успешного проведения конференции и выразили уверенность в том, что этот опыт должен послужить, в частности, для развивающихся стран вдохновляющим примером того, что можно организовать эффективную первичную медико-санитарную помощь в рамках национальной системы здравоохранения в сравнительно короткие исторические сроки.

Итоги Алма-Атинской конференции вызвали громадный резонанс. Решения конференции были подтверждены Всемирной ассамблеей здравоохранения, а затем и Генеральной Ассамблеей ООН в 1979 г., принявшей по предложению СССР, США, Индии, Финляндии, ГДР, Нидерландов и других стран резолюцию «Здоровье как составная часть развития» (ООН № 34.58 от 29.11.1979). В последующие годы Алма-Атинская конференция и ее решения многократно вспоминались как «самое светлое и оптимистическое событие 1978 года». Они нашли отражение во многих международных решениях и декларациях, стали важным толчком для проведения и других конференций («Образование для всех», «Здоровье планеты и развитие» и др.).

В принятой ВОЗ «Стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г.» ставилась задача непрерывного улучшения состояния здоровья всего населения, предоставления каждому индивидууму доступа к первичной медико-санитарной помощи, а через нее — ко всем уровням всеобъемлющей системы здравоохранения. При этом охват населения медицинской помощью должен быть действительно полным, а ее уровень — действительно максимальным с точки зрения возможностей и решимости данного государства. Этот уровень должен повышаться по мере общего социально-экономического развития страны, а в ряде случаев на каком-то этапе и превышать темпы развития других секторов общественной жизни.

Алма-Атинская декларация и реформы здравоохранения после Алма-Атинской конференции ознаменовали новый этап в развитии систем здравоохранения и в деятельности ВОЗ, связанный с проведением интенсивных реформ

здравоохранения в разных странах, ориентированных на «Здоровье для всех к 2000 г.». Множественность толкований целей реформ и самой сути ПМСП в этот период, конечно, оставалась, но решения Алма-Атинской конференции придали им новый импульс.

Во многих странах начались реформы здравоохранения на основе положений о доступности для всех медико-санитарной помощи, о равенстве в ее получении и даже о том, что здоровье не может быть предметом рыночных отношений. Однако, далеко не во всех государствах смогли реально осуществить задуманное. Возникли проблемы, связанные с глобальной рецессией и требованиями Всемирного банка и других кредиторов о срочной выплате долгов, для чего странам-должникам предлагалось «реструктурировать» свою экономику и сократить общественные расходы, прежде всего на здравоохранение и образование.

Позднее Всемирный банк пересмотрел в докладе 1993 г. свои политические директивы и вновь стал поощрять общественные инвестиции в здравоохранение. Приходится также с большим сожалением отметить, что значение и актуальность решений Алма-Атинской конференции не получили должного внимания в СССР, а высокая оценка советского здравоохранения на конференции была воспринята политическим руководством страны как «само собой разумеющаяся» похвала и как свидетельство того, что у нас все проблемы первичной медико-санитарной помощи уже разрешены.

Б. Современные мировые тенденции развития мировой международной системы медицины и здравоохранения. Перспективы реальной реформы здравоохранения Кыргызстана.

Даже в докладе ВОЗ-2000 очередной этап в международном сотрудничестве и деятельности ВОЗ, начавшийся в 1980-е гг., связывается с развалом СССР и социалистического содружества государств, последующим отступлением на многих участках социального развития в большинстве стран мира. В странах СНГ это привело к кризису общественного здоровья и здравоохранения, беспрецедентному в мирное время уменьшению количества и ухудшению «качества» (здоровья и развития) населения, деградации среды обитания и растущей неспособности социальных систем (в т.ч. и здравоохранения) защитить человека и обеспечить его жизненно важные потребности. Рождаемость упала ниже уровня простого воспроизводства населения, резко возросла смертность, ухудшилось здоровье практически всех возрастно-половых и социальных групп и слоев населения, в т.ч. детей и женщин, работающего населения; ослабился иммунитет, ухудшилось питание. Свыше 70% населения погрузилось в состояние затяжного стресса. Распространились алкоголизм, наркомания, курение и другие разрушительные для здоровья пристрастия. Возросла опасность вспышек эпидемических болезней, распространения хронических заболеваний.

Резко снизились возможности изучения, распознавания, лечения и профилактики заболеваний, квалифицированная профилактическая, диагностическая и лечебная помощь становилась все менее доступной для населения, гарантированный уровень такой помощи не был определен. Произошли ослабление научно-медицинского и здравоохранного потенциала стран СНГ, в том числе Кыргызстана, сужение фронта исследований, начались распад сложившихся научных школ и утечка кадров. Ухудшилось лекарственное обеспечение, на рынке — дефицит отечественных и растущая дороговизна импортных лекарственных средств, изделий медицинского назначения при недостаточном контроле их качества.

Ответственность государства за защиту здоровья граждан уменьшилась, провозглашавшиеся «реформы» были хаотичны и несистемны. Они свелись к введению обязательного медицинского страхования, перекалыванию ответственности за здравоохранение на региональный и местный уровни, к поощрению частной медицинской практики, удорожанию стационарной медицинской помощи и сложившейся системы поликлинической помощи.

Этот кризис представлял реальную угрозу национальной безопасности здравоохранения СНГ в ее современном понимании. Кризис здоровья и развал здравоохранения были с тревогой отмечены врачами, которые стали объединяться в профессиональные ассоциации. Также началось замедление других социальных реформ, отход от государственного здравоохранения. При этом экологическая обстановка на планете не улучшается, а проблемы питания и питьевого водообеспечения обостряются. Новые угрозы здоровью принесли и процессы глобализации. Курс на «здоровье для всех» мировым сообществом был удержан, хотя сроки достижения этой цели перенесены на XXI в. Это подтвердилось уже на международных конференциях, посвященных 15-летию и 20-летию Алма-Атинской конференции, в новой Всемирной декларации по здравоохранению (1998 г.), в решениях «Саммита тысячелетия» ООН в 2000 г., а также в решениях руководителей стран «большой восьмерки».

Таким образом, резко вырисовывалась необходимость пересмотра подхода к системности здравоохранения на постсоветском пространстве к концу XX в.

К концу XX в. признание системности здравоохранения стало более распространенным, а объем принятых решений и резолюций приблизился к тому уровню, когда стало возможным говорить о формировании единой общей системной теории здравоохранения. Вспоминать о трудных этапах становления системных взглядов стало не модно. Это ярко проявилось в докладе ВОЗ «Здоровье-2000. Системы здравоохранения: улучшение функционирования», который стал своеобразным итогом (даже триумфом) развития системных взглядов в здравоохранении, хотя в ряде аспектов грешил однобокостью. В другом докладе ВОЗ по

системности здравоохранения (2007 г.) эти недостатки в определенной мере преодолены, правда, доклад стал намного более коротким.

Современная единая общая системная теория здравоохранения сформировалась усилиями международного здравоохранного сообщества на основе исторического опыта медицинской науки и практики всех стран, объединенных в ВОЗ, острых дискуссий, а затем и конструктивного диалога специалистов и руководителей здравоохранения. Теория включает определение цели системы. Она заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья человека и народа, определении сути и понятия здоровья как конечной цели и неперемennого условия всего социального и экономического развития, в понимании здравоохранения как функциональной (по П.К. Анохину) общественной системы и принципов построения эффективных национальных систем, в понимании необходимости и правил широкого международного сотрудничества в этой важной сфере.

С учетом сказанного суть общей теории здравоохранения состоит в следующем.

Во-первых, в переориентации врачебной деятельности и медицины в целом с «болезни» на «здоровье» и в признании «здоровья» правом человека и народа и ответственностью общества. Человек имеет право не просто быть здоровым, он имеет право на охрану здоровья. Это право может быть реализовано только коллективными (общественными) усилиями через создание социальной динамической системы здравоохранения.

Во-вторых - в понимании неразрывности вышеуказанных двух триад аспектов здравоохранения: специфических (наука, профилактика, лечение) и общих, присущих всем социальным системам (кадры, ресурсы, управление). В понимании двух уровней системы здравоохранения: не только деятельности ведомственного комплекса медико-санитарных и научных учреждений, но и более широкой системы охраны здоровья населения. И обязанность защищать и улучшать здоровье населения лежит не только на профильном министерстве, но и на всем правительстве страны. Как говорила Г.Х.Брунтланд, бывший генеральный директор ВОЗ, настоящими министрами здравоохранения являются президент и премьер-министр, только они об этом не знают.

В-третьих - в международном признании функциональной системности здравоохранения и наиболее эффективных принципов построения систем здравоохранения (ВОЗ-1970), в выдвижении всеобщей цели «Здоровье для всех» и концепции первой медико-санитарной помощи как зоны первого контакта между человеком (населением) и эшелонированной системой здравоохранения.

В-четвертых - в осознании международных и глобальных проблем здравоохранения, формировании глобальной системы охраны и улучшения здоровья народов. Сегодня ВОЗ существует, и без нее трудно представить себе мир,

и у нее есть ряд функций, которые невозможно осуществить на уровне отдельной страны.

Функции ВОЗ — это изучение и обобщение данных о состоянии здоровья населения мира и санитарном состоянии окружающей природной среды, анализ общих тенденций здравоохранения и медицинской науки в мире. Это изучение методов планирования, организации и социально-экономического анализа различных систем и служб национального здравоохранения и рекомендации эффективных путей их развития, помощь в этом развитии. Помимо этого в функции ВОЗ входят разработка международных соглашений, конвенций и правил по наиболее важным проблемам здравоохранения, включая вопросы охраны внешней среды, значение и последствия которых выходят за пределы отдельных государств и регионов; выработка рекомендаций по установлению стандартов, нормативов, единых технических условий и номенклатуры для химических, физических, иммунологических и иных субстанций, веществ и препаратов, используемых в программах международного и национального здравоохранения, а также координация научных исследований по наиболее актуальным и перспективным проблемам медицины и здравоохранения, проводимых национальными и международными научными учреждениями.

В-пятых, общая теория здравоохранения базируется на широком использовании системного анализа, информационных технологий для анализа и прогнозирования здоровья и управления здравоохранением. Сегодня впервые информация о пациенте может вводиться один раз и храниться на протяжении всей жизни, использоваться многократно, передаваться на любые расстояния. И храниться может два вида информации: «биологическая» и «небиологическая» (койко-дни, затраты на лечение и т.д.). Поэтому необходимо не просто улучшать или даже оптимизировать работу, а выходить на абсолютно другой уровень. Общая теория здравоохранения не исчерпывается сказанным, но думается, что само появление такой теории означает, в частности, недопустимость нарушения раскрытых ею законов.

В. Системность мирового здравоохранения и роль ВОЗ в XXI столетии.

Понимание системности здравоохранения — это одно из важнейших достижений XX в. Оно осознавалось не сразу и в значительной мере было связано с борьбой идеологий в ВОЗ и сопоставлением разных систем здравоохранения. Задача достижения здоровья для всех может быть реализована только в том случае, если все страны и мировое сообщество в целом пойдут вперед, опираясь на уже накопленный и глубоко проанализированный опыт системного развития здравоохранения.

Системный подход и его сложная методология (системный анализ, моделирование (математическое, имитационное и иное), многовариантное прогнозирование, выработка решения, осуществление решения, оценка

результата и новой проблемной ситуации) необходимы потому, что реформы здравоохранения в разных странах идут параллельно с продолжающимся формированием общемировой (глобальной) системы здравоохранения, все уровни и компоненты которой должны взаимодействовать между собой.

Центральная роль и важные задачи ВОЗ в этой системе были сформулированы уже в 1970 г., но только будущее покажет, окажется ли ВОЗ достойной этого вызова современности и найдет ли адекватный ответ на вопрос, куда и как вести глобальную систему здравоохранения. От этого зависит решение трудных проблем здравоохранения, встающих на всех уровнях - от личного и семейного до общенационального, международного и общемирового, и если проблемы личного, семейного и даже общинного характера были известны уже давно, то общегосударственные межнациональные, региональные (в масштабах континентов) и тем более общемировые (универсальные и глобальные) медико-санитарные и социальные проблемы стали выявляться и анализироваться сравнительно недавно.

Ниже представляются современные общемировые проблемы здравоохранения:

1) ускоренное развитие и международная координация медико-биологических научных исследований, направленных на поиски принципиальных путей решения важнейших теоретических и практических проблем здравоохранения, а также недопущение невольного или умышленного использования достижений науки во вред человечеству;

2) борьба против особо опасных и других эпидемических заболеваний с использованием методов глобального наблюдения за уровнем и динамикой эпидемиологических процессов в век новых скоростных средств связи, транспорта и резкого расширения массовых миграций;

3) изучение и разработка методов профилактики, диагностики и лечения широко распространенных тяжелых хронических неэпидемических заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, наследственных и т.д.;

4) медико-санитарные аспекты охраны и оздоровления внешней среды, включая установление международных стандартов и предельно допустимых концентраций различных веществ в воздухе, воде и почве; охрана мирового океана и воздушного бассейна;

5) обеспечение эффективного контроля за качеством, безопасностью, эффективностью и побочными действиями лекарств и борьба против вольного или невольного злоупотребления лекарственными и другими препаратами в связи с широким развитием фармацевтической и химической промышленности и международной торговли;

6) помощь развивающимся странам мира в построении и развитии эффективных национальных систем и служб здравоохранения и в подготовке национальных кадров;

7) социально-гигиенические аспекты воспроизводства народонаселения, изменений его возрастной структуры, рождаемости и смертности, заболеваемости в различных странах и районах мира с целью разработки новой стратегии для здравоохранения. С этим тесно связана проблема обеспечения достаточного и рационального питания населения и борьбы против болезней, обусловленных недоеданием и голодом, а также еще более широкий вопрос о будущей динамике народонаселения в связи с проявляющимися как положительными, так и отрицательными последствиями научно-технического прогресса для здоровья человека.

Г. О системности здравоохранения в Кыргызской Республике.

Системный подход необходим и для преодоления кризиса общественного здоровья и здравоохранения в нашей республике, которая в XX в. вначале имела структурно-функциональную модель нового социалистического здравоохранения, а потом происходило безудержное разрушение и отступление от нее с вступлением в фазу новой реформы на протяжении с 1990 года по 2010 гг.

Современный этап реформы отечественного здравоохранения продолжают и сейчас, и основные теоретические приоритеты и принципы отражены в Национальной программе реформы «Ден соолук на период 2012-2016гг.

Нам сейчас особо представляется необходимым придать этому документу поистине системный характер, поскольку его цели и методы нуждаются в постоянному научному мониторингу и обратной связи их реализации в жизни. Возможные и появляющиеся барьеры и проблемы может быть преодолены только в том случае, если все правительственные и политические структуры, руководители органов здравоохранения, хозяйственные руководители и предприниматели, неправительственные организации и средства массовой информации, а также сами люди, т. е. все общество осознают суть, глубину и опасность кризиса здоровья и развала системы здравоохранения как реальной угрозы выживанию и безопасности Кыргызстана; примут общенациональное решение (проявят «политическую волю») спасти жизнь, здоровье и будущее народа; найдут достаточные финансовые, технические и иные средства и силы для решения поставленной задачи.

Итак, в последующем нужна большая работа на всех уровнях: от уровня общества и государства до личного (персонального, семейного). Необходимо также контроль за выполнением поставленных задач и проритетных мероприятий, мониторинг здоровья нации и окружающей природной и антропогенной социальной среды, опирающийся на адекватную методологию, сочетающую статистический и системный анализ с текущими натурными (экспериментальными) наблюдениями и математическим моделированием и прогнозированием демографических, медико-

социальных и медико-экологических явлений и процессов.

Наконец, для преодоления кризиса в секторе здравоохранения необходимо опереться на коллективный разум и традиционную этическую и социальную ответственность врачебной профессии. **Здравоохранение — не рынок**, хотя и требует экономического анализа и использования методов экономического стимулирования. Врач не торгует «услугами» и не рассматривает свою профессию как источник обогащения (извлечения максимальной прибыли). Он служит человеку и обществу (как учитель или солдат) по велению души и складу характера и поэтому ожидает от общества достойной оплаты своего труда.

По отношению к пациенту врач выступает не как торговец (заинтересованный в сбыте и тем более навязывании своего «товара» или «услуг»), а как друг и советник, надежный и доброжелательный консультант и учитель, наконец, как утешитель при страданиях и спаситель при угрозе для жизни и здоровья.

Необходимо эффективно использовать и возможности международного сотрудничества, обмениваться достоверной информацией, согласовывать действия с компетентными органами других стран (прежде всего стран СНГ) и международными организациями, а также донорами с окончательным решением вопросов и путей привлечения инвестиций и реформирования здравоохранения, что требует разработки и реализации **целостной государственной политики реформирования отрасли** на межсекторальной и межведомственной взаимодействиями.

Следующим и очень перспективным направлением является реальное внедрение в практику государственного и частного партнерства в отечественном здравоохранении, что нашли также полное отражение в **Стратегии развития социальной сферы в программе «Устойчивого развития Кыргызстана на период с 2012 по 2017 гг.»**, определенным Президентом нашей республики А.Ш. Атамбаевым.

Литература

1. Бекяшев К.А., Волосов М.Е Практикум по международному публичному праву. М.: Проспект, 2001, 240 с.
2. ВОЗ, Отчет о мировом здравоохранении. М., 2009 г.
3. Глобальная стратегия достижения всеобщего здоровья к 2000 году (Global Strategy for Health for All by the Year 2000), ВОЗ, 1981 г.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – европейское региональное бюро ВОЗ. 2005.
5. Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. - ВОЗ. Женева, 2011г.
6. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л. и Галанова Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи –М., Медицина, 2002. 176 с.
7. The second ten years of the WHO (1958—1967), Gen., 1968. ВОЗ.

КАРДИОЛОГИЯ

УДК 616.1-08(575.2)

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ИНТЕРЭПИД»)

*Полупанов А.Г., Халматов А.Н., Романова Т.А.,
Джумагулова А.С.*

**Национальный центр кардиологии и терапии
имени академика М. Миррахимова
при Министерстве Здравоохранения,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

*В работе изучена эффективность лечения
артериальной гипертензии в сельской местности.
Изучены особенности фармакотерапии и частота
использования антигипертензивных средств.*

Ключевые слова: артериальная гипертензия,
фармакоэпидемиология.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АРТЕРИАЛДЫК ГИПЕРТОНИЯ ООРУСУНДАГЫ ДАРЫ – ДАРМЕКТЕРДИ КОЛДОНУУНУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ («ИНТЕРЭПИД» ЭЛ АРАЛЫК ИЗИЛДООНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ)

**КР ССМ алдындагы академик М. Миррахимов
атындагы Улуттук кардиология жана терапия
борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

*Бул жумушта айылдардаргы артериалдык
гипертониядагы даарылануунун пайдалуулугу
изилденди. Артериалдык гипертензия оорусундагы
даарылардын таасири жана канча жолу
колдонуулусу изилденди.*

Негизги сөздөр: артериалдык гипертензия,
даарылардын эпидемиологиясы.

Артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться наиболее распространенным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности (ССС). Так, по данным ряда эпидемиологических исследований, проведенных в нашей республике в 2005-2007 годах её распространенность достигала 38,4% [1], а у лиц до 65 лет – 34,1% [2]. Связь АГ и сердечно-сосудистого риска является величиной постоянной и не зависит от других факторов риска. Чем выше артериальное давление (АД), тем выше риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и нарушения функции почек. Для пациентов в возрасте от 40 до 70 лет каждое повышение систолического АД (САД) на 20 мм рт. ст. и

диастолического АД (ДАД) в диапазоне от 115/75 до 185/115 мм рт. ст. увеличивает риск ССЗ вдвое.

Современные принципы лечения АГ основаны на представлениях о необходимости эффективного снижения АД до целевого уровня для профилактики ССЗ и снижения ССС. В настоящее время сформулированы международные и отечественные рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией [3]. Однако имеется существенная дистанция между научными фактами и реальной клинической практикой лечения больных с АГ. Одной из возможностей изучения особенностей фармакотерапии АГ в реальной практике и повышение её эффективности является проведение фармакоэпидемиологических исследований.

Поэтому целью исследования явилось изучение реальной практики лечения больных артериальной гипертензией на примере отдельно взятого региона (Чуйской области) и ее соответствие современным рекомендациям, от чего в конечном итоге зависят эффективность и отдаленные результаты лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Дизайн исследования.

Изучение фармакоэпидемиологии антигипертензивных препаратов (АГП) было проведено в рамках международного проекта «ИНТЕРЭПИД», в котором помимо Кыргызстана приняли участие Российская Федерация, Казахстан и Индия. Тип исследования: одномоментное эпидемиологическое сплошное. На основании избирательных списков жителей г. Кант и пгт. Орловка случайным методом была сформирована когорта, состоящая из 1672 человек, которая являлась репрезентативной по поло-возрастному составу населения и включающая не менее 10% жителей, проживающих в указанных населенных пунктах в возрасте 18-65 лет. Выборка формировалась методом случайных чисел специалистами по клинической эпидемиологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (Москва, Россия). Из 1672 человек, включенных в когорту, нами было обследовано 1330 человек, что составило 79,5% от общей численности выборки, что считается достаточным для получения достоверных данных при проведении подобного рода исследований. У всех больных было получено согласие на проведение исследования.

Из 1330 обследованных респондентов у 453 была диагностирована артериальная гипертензия (34,1%). Эти пациенты составили объект исследования для изучения фармакоэпидемиологических аспектов АГ. Все больные с помощью интервьюера (врач НЦКТ) заполняли специальную анкету «Карта профилактического обследования», разработанную Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия). «Карта профилактического обследования» состояла из 9 блоков информации, один из которых включал вопросы об особенностях использования антигипертензивных препаратов (АГП).

Всем пациентам АД измерялось на обеих руках по методу Короткова с помощью анеироидного сфигмоманометра в положении испытуемого сидя, придерживаясь общепринятых правил измерения давления (ВОЗ, 1986). Для анализа рассчитывался средний показатель из двух последовательных измерений. Критериями АГ служили: систолическое АД (САД) 140 мм рт.ст. и выше и/или диастолическое АД (ДАД) – 90 мм рт.ст. и выше, а также факт приема антигипертензивных средств. При выявлении повышенного АД пациент осматривался повторно через 2-3 дня.

Характеристика пациентов, включенных в исследование. В исследование включено 453 пациента с повышенным АД. Средний возраст больных составил 51,8±10,3 лет; мужчин – 38,2%, женщин – 61,8%. По уровню образования: 30% имели высшее и 70% - среднее или среднее специальное образование. Большинство обследованных нами лиц были кыргызами – 51,2%, русских – 39,7%. На долю остальных национальностей приходилось 9,1%. Работающих среди обследованных лиц было 51,4%, не работали – 24,1%, пенсионеры по возрасту – 21,6%, находились на инвалидности – 2,9%.

Все пациенты имели сопутствующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) диагностировано у 43,7% больных, в том числе абдоминальное – у 73,7%, дислипидемии – у 93,4%, сахарный диабет – у 6,8% и курение – у 20,8% респондентов. Среднее число факторов риска на 1 больного составляло 2,4.

Статистический анализ. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ STATISTICA 6.0 и BIOSTAT с использованием пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрического критерия χ^2 . Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основное место в анкете занимали вопросы, характеризующие характер гипотензивной терапии и комплаентность больных АГ. Из опрошенных респондентов принимал гипотензивные препараты лишь 161 больной (35,5%). При этом частота приема АГП была существенно выше у женщин по сравнению с мужчинами (42,1% и 24,9% соответственно, $p < 0,001$).

Структура принимаемых пациентами АГП представлена 3 основными классами: ингибиторами АПФ, бета-адреноблокаторами (БАБ) и антагонистами кальция (АК). Так, в общей структуре принимаемых препаратов доля ингибиторов АПФ составила 39,0%, БАБ – 32,0%, АК – 16,2%. Существенно реже использовались диуретики, доля которых достигала лишь 7,0% и блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БРА) – 0,9%. Удельный вес препаратов центрального механизма действия и спазмолитиков составлял 4,9% (рис. 1).

Анализ частоты применения различных классов АГП выявил, что наиболее часто применяемыми препаратами являются ингибиторы АПФ, которые использовались у 55,3% пациентов, причем у мужчин достоверно чаще, чем у женщин (74,4% и 48,3% соответственно).

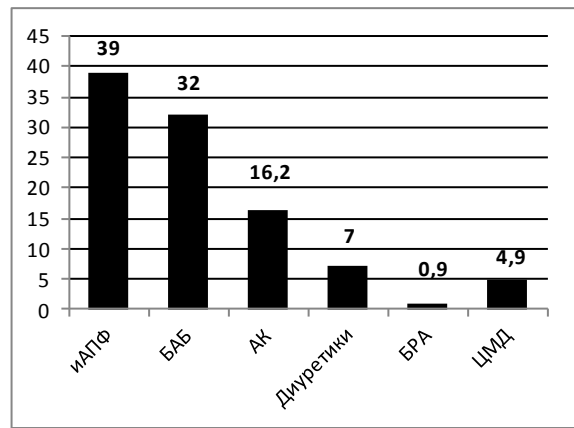


Рисунок 1. Общая структура принимаемых АГП (доля, %).

Примечание: Д – диуретик; ЦМД – препараты центрального механизма действия

Несколько реже применялись БАБ (45,3%; у 34,9% мужчин и 49,2% женщин). На третьем месте по частоте назначений находились АК (23,0%, в том числе у 32,6% мужчин и 19,5% женщин). Частота назначения диуретиков составляла 9,95 (11,6% у мужчин и 9,3% женщин), БРА – 1,2%. Препараты центрального действия и спазмолитики использовались для лечения АГ в 6,8% случаев, причем только у женщин (в 9,3% случаев) (рис. 2).

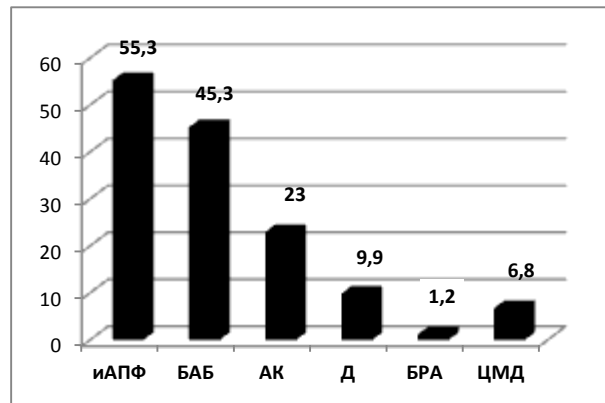


Рисунок 2. Частота назначения различных классов АГП (%).

Примечание: Д – диуретик; ЦМД – препараты центрального механизма действия

Важное значение представляет анализ структуры каждого класса АГП по разным препаратам и их торговым наименованиям.

Структура применяемых пациентами ингибиторов АПФ представлена 4 препаратами, всего 9 торговых наименований. Основная доля принадлежит эналаприлу (59,6%), который представлен 5 торговыми наименованиями, самыми частыми из которых являются эднит (27,0%) и эналаприл (22,5%); реже использовался берлиприл (7,9%). Препараты лизиноприла использовались в 15,7%, причем основная часть их приходилась на диротон (14,6%). Неоправданно высоким оказалось использование короткодействующего ингибитора АПФ каптоприла, который принимали 21,3% пациентов. Рамиприл (торговое название амприлан) был назначен 3 больным (доля в структуре иАПФ - 3,4%) (рис. 3).

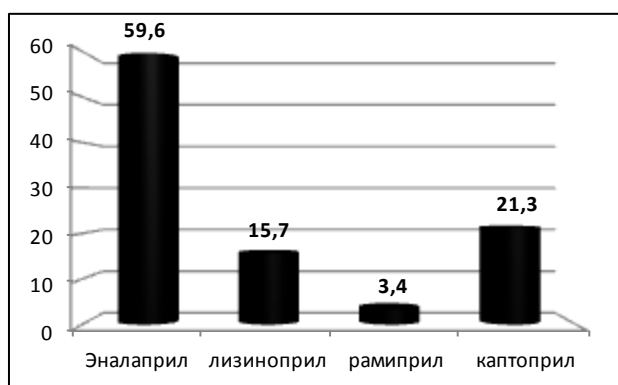


Рисунок 3. Структура препаратов класса ингибиторов АПФ

Класс БАБ представлен 4 препаратами; всего 5 торговых наименований. Наибольшую долю среди БАБ имеют препараты бисопролола (50,7%), который представлен 2 торговыми наименованиями, из которых 94,6% приходится на оригинальный препарат Конкор. Атенолол принимали 43,8% больных, на долю остальных препаратов приходилось 5,5% (рис. 4).

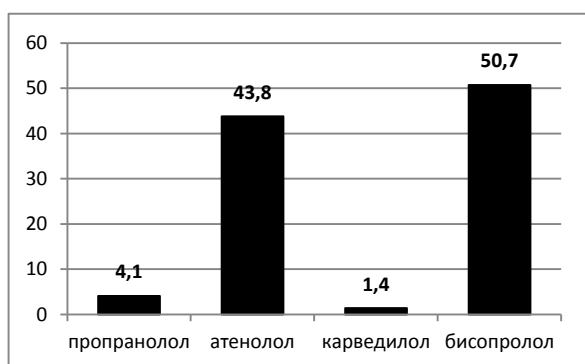


Рисунок 4. Структура препаратов класса бета-адреноблокаторов

Класс АК, по данным опроса больных, представлен 4 препаратами, всего 7 торговых наименований. Лидером среди АК являются препараты амлодипина, который принимали 45,9% респондентов. Среди 4 торговых наименований амлодипина наиболее часто использовался нормодипин (52,9%) и амлодипин (35,3%). Доля оригинального препарата Норваск составила лишь 5,6%. Ретардные формы нифедипина принимали 18,9% больных. В то же время обращает на себя внимание высокая частота использования короткодействующих АК: нифедипина - 27,0% и верапамила – 8,1% (доля - более 35%) (рис. 5).

Класс диуретиков, по данным опроса больных, представлен 4 препаратами в виде 6 торговых наименований. Наиболее часто используемым диуретиком являлся индапамид, доля которого составила 75%. Индапамид представлен 3 торговыми наименованиями, 83% из которых представлен препаратом Индап. Доля гипотиазиды в структуре диуретиков составляла лишь 6,25%. В

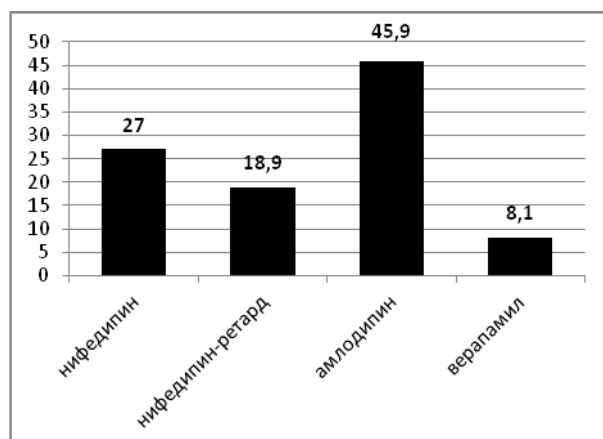


Рисунок 5. Структура препаратов класса антагонистов кальция

группу диуретических средств, используемых пациентами с АГ попали такие препараты как фуросемид и верошпирон, которые не относятся к рекомендуемым для лечения АГ, но могут быть оправданы наличием у больных сопутствующей сердечной недостаточностью (рис. 6).

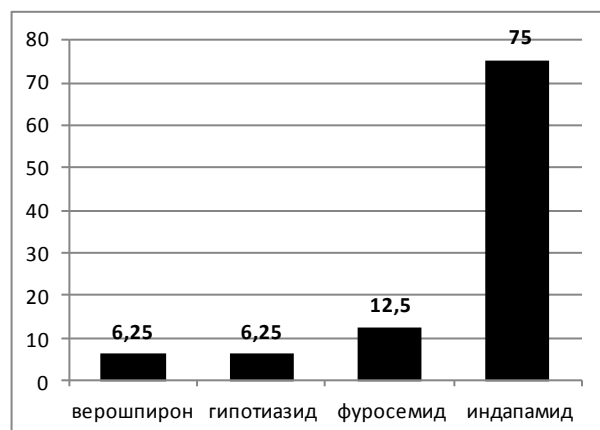


Рисунок 6. Структура препаратов класса диуретиков

Класс блокаторов ангиотензиновых рецепторов представлен только лозартаном (нусар). Доля препаратов центрального механизма действия составила 4,9% в структуре АГП, при этом наиболее часто использовались адельфан и раунатин (по 36,4%).

Анализ 10-ти наиболее часто применяемых АГП среди опрошенных пациентов показал, что лидерами являются 3 препарата: конкор (15,4%), атенолол (14,0%) и эднит (10,5%). В перечень вошли представители всех основных 4 классов гипотензивных средств: конкор, атенолол из группы БАБ, эднит, эналаприл (доля 8,8%), каптоприл (доля 8,3%), диротон (доля 5,7%), берлиприл (доля 3,1%) из группы ингибиторов АПФ, индап (4,4%) из группы диуретиков, нифедипин 10 мг (4,4%) и нормодипин (3,9%) из группы АК. Обращает на себя внимание присутствие в списке на высоких позициях устаревших и не отвечающих современным требованиям препаратов (атенолола, каптоприла,

короткодействующих форм нифедипина). Суммарная доля 10-ти наиболее часто применяемых препаратов в общей структуре АГП составляет 78,5% (рис.7).

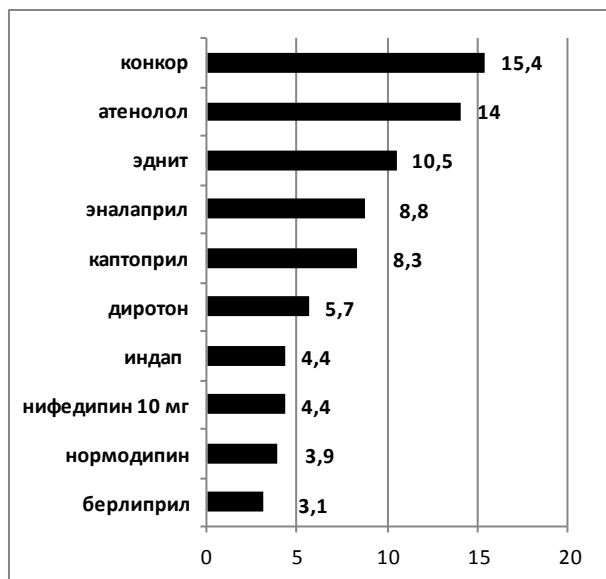


Рисунок 7. Десять наиболее часто применяемых АГП (частота, %)

Анализ доз и кратности приема АГП. По данным проведенного исследования пациенты в большинстве случаев используют рекомендуемые терапевтические дозы ингибиторов АПФ: эналаприл в дозах 10-20 мг/сут (81%), лизиноприл 5-10 мг/сут (71%), рамиприл 5-10 мг/сут (100%), каптиприл 25-50 мг/сут (84%). При назначении каптоприла в большинстве случаев использовалась недостаточная кратность приема препарата (1 раз в сутки в 68% случаев).

Анализ назначаемых БАБ показал, что средние дозы атенолола составили 25-50 мг/сут (78%), биспролола – 2,5-10 мг/сут (97%), карведилола (12,5 мг/сут). Анаприлин у всех пациентов назначался в недостаточной гипотензивной дозе (40-60 мг/сут). Кратность приема биспролола и карведилола была адекватной у всех респондентов. Недостаточная кратность приема была отмечена у всех больных, принимающих пропранолол и у 69% больных, находящихся на лечении атенололом.

Диуретики назначались в соответствии с современной тенденцией к использованию небольших доз: гидрохлортиазид 12,5 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут при однократном приеме.

Анализ доз принимаемых АК показал следующее. Препараты амлодипина в 94% случаев назначались в рекомендуемых дозах (2,5-10 мг/сут) при однократном приеме. Дозы принимаемых препаратов нифедипина 10 мг и 20 мг оказались явно недостаточными в 86% случаев (10-20 мг/сут при однократном приеме).

Аналогичная ситуация прослеживалась в отношении принимаемых БРА: лозартан назначался в адекватной дозе (50 мг/сут), однако кратность приема была недостаточной (1 раз в сутки).

Тактика назначения антигипертензивных препаратов. Большинство пациентов (65,8%)

получают монотерапию, причем женщины несколько чаще, чем мужчины (68,4% и 58,1% соответственно). Соответственно комбинированная антигипертензивная терапия (АГТ) назначалась в 34,2% больным (41,9% мужчин и 31,6% женщин). Комбинацию из 2 препаратов принимают 29,8% больных, из 3 и более препаратов – 4,3% обследованных.

Наиболее часто использовались комбинации БАБ+иАПФ (32,7%), АК+иАПФ (23,6%), АК+БАБ (14,5%) и БАБ+диуретики (10,9%). Доля пациентов, принимающих 3 и более АГП в структуре комбинированной терапии составляла 12,8% (рис. 8). В подавляющем большинстве случаев (96,4%) использовались свободные комбинации лекарственных средств, только 2 пациента (3,6%) использовалась фиксированная комбинация иАПФ с АК (амлипин).

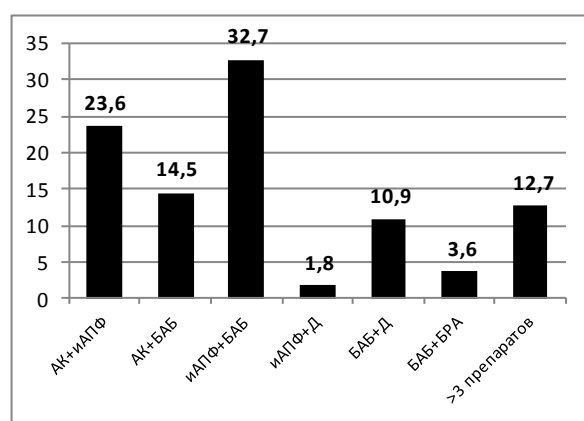


Рисунок 8. Структура комбинированной терапии

161 больной, получающих АГТ, принимают для лечения 228 антигипертензивных препаратов (АГП), т.е. среднее количество АГП на 1 больного, составляет в среднем по группе 1,42, и было несколько выше у мужчин, чем у женщин (1,53 против 1,37 соответственно).

Анализ эффективности антигипертензивной терапии. Оценка эффективности гипотензивной терапии проводили по уровню АД. На момент осмотра средний уровень АД у пациентов, получающих АГТ, составлял 149,7±24,8/90,0±11,9 мм рт.ст. Среди респондентов, получающих лечение, АД эффективно контролировалось у 25,5% пациентов (у 16,3% мужчин и 28,8% женщин). При этом общая эффективность лечения среди всех больных с АГ составила 9,1% (у мужчин достоверно ниже, чем у женщин – 4,0% и 12,1% соответственно, p<0,01).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем исследовании была опрошена репрезентативная популяция больных АГ, проживающих в малых городах и сельской местности. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил 52 года. Все больные имели дополнительные факторы риска ССЗ, причем в среднем число факторов риска на 1 пациента составило 2,4.

Полученные нами результаты указывают на существующие недостатки и проблемы медикаментозной терапии АГ в нашей стране и выявили значимые различия между реальной клинической практикой и принятыми в 2010 году клиническими рекомендациями, основанными на достижениях современной доказательной медицинской науки. Так, из 453 больных АГ регулярную антигипертензивную терапию получали лишь 35,5%, причем женщины демонстрировали большую приверженность к лечению по сравнению с мужчинами. В группе пациентов, получающих лечение, его эффективность составляла 25,5%, однако частота достижения целевых уровней АД в общей популяции больных АГ достигала лишь 9,1%, что оказалось существенно ниже, чем в Российской Федерации (69,0% и 21,5% соответственно)[4], странах Западной Европы и США (до 80% и 25-35% соответственно)[5].

Анализируя структуру АГП, используемых пациентами для лечения АГ, следует отметить, что центральное место среди различных классов АГП занимают ингибиторы АПФ, доля которых достигает 39%. Несколько меньшей оказалась доля БАБ (32%) и АК (16,2%). Обращает на себя внимание неоправданно редкое назначение диуретиков (7,0%). Проводя сравнительный анализ с исследованием Раджаповой З.Т. и соавт. (2007)[6], посвященному фармакоэпидемиологии АГ в популяции г. Бишкек, отметим, что пациенты сельской местности существенно чаще получают БАБ (32% против 21,6%) и значительно реже диуретические препараты (7,0% против 17,4%). Сходные данные приводятся в диссертационном исследовании [7].

Среди ингибиторов АПФ наиболее используемым препаратом являлся эналаприл, существенно реже использовались препараты лизиноприла. При этом отметим, что каждый пятый пациент (21,3%) принимал короткодействующий препарат данной группы каптоприл, обладающий неблагоприятным фармакокинетическим профилем и не рекомендованный для длительного лечения АГ.

Безусловным лидером среди БАБ явился бисопролол, доля которого среди препаратов этой группы составила 50,7%. Однако доля устаревшего БАБ атенолола оказалась неожиданно высокой и составила 43,8%. Другие БАБ, в том числе ретардные формы метопролола, небиволола, карведилола, эффективность которых доказана во многих исследованиях, почти не используются пациентами. Кроме того, была отмечена недостаточная кратность приема у всех больных, принимающих пропранолол и у 69% больных, находящихся на лечении атенололом.

Анализируя структуру класса АК, также были выявлены неблагоприятные тенденции в реальной практике лечения больных. Так, около 35% больных принимают короткодействующие формы АК, которые не рекомендуется использовать для длительной терапии АГ вследствие их недоказанной безопасности. Кроме того, в 86%

случаев дозы принимаемых препаратов нифедипина, в том числе ретардной формы, оказались явно недостаточными.

Неоправданно редко назначались диуретики, доля которых составила 7,0%. Положительной тенденцией является тот факт, что для лечения в 75% случаев использовался препарат индапамид с благоприятным фармакодинамическим профилем в адекватной суточной дозе.

Блокаторы ангиотензиновых рецепторов почти не используются пациентами в сельской местности, по-видимому, вследствие их более высокой стоимости по сравнению с ингибиторами АПФ и малым опытом врачей по их применению.

В то же время значительное число пациентов (6,8%) для лечения АГ продолжают использовать «устаревшие» препараты центрального механизма действия (адельфан, раунатин), а также спазмолитические препараты.

При анализе десяти наиболее часто принимаемых препаратов оказалось, что в это число вошли лекарственные средства, не рекомендованные для длительного лечения АГ (атенолол, нифедипин 1-го поколения и каптоприл), на долю которых приходилось до 26% всех используемых АГП.

Еще одним негативным моментом в лечении АГ является тот факт, что пациенты в сельской местности редко принимают комбинированную терапию (34,2% случаев против 66,6% в городе), причем используют для этой цели нефиксированные комбинации препаратов, что снижает приверженность больных к лечению. Среднее количество препаратов на 1 больного составило 1,42 и было значительно меньше по сравнению с аналогичным показателем в Российской Федерации, странах Западной Европы и США [4,5].

Результаты проведенного исследования показали реальную практику лечения АГ в КР. Выявлено, что значительное число пациентов используют «устаревшие» малоэффективные препараты, в недостаточных дозах и кратности приема, редко применяется комбинированная терапия, особенно фиксированные формы препаратов в одной таблетке. В то же время проведенное исследование не дает ответы на многие вопросы, прежде всего связанные с адекватностью назначения лекарственных средств врачами, доступностью препаратов, возможностями пациентов по их приобретению. Вследствие этого назрела необходимость проведения полномасштабного фармакоэпидемиологического исследования эффективности АГТ учетом фармакоэкономической составляющей с охватом всех регионов страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романова Т.А., Нышанова С.Т., Полупанов А.Г., Халматов А.Н. Распространенность артериальной гипертонии и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции сельских жителей Кыргызстана // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2007;3:14-17.
2. Полупанов А.Г., Халматов А.Н., Алтымышева А.Т. и соавт. Распространенность сердечно-сосудистых факторов риска среди жителей Кыргызской Республики трудоспособного возраста. Часть II. Распространенность артериальной

- гипертензии и психосоциальных факторов. ЦАМЖ (сдано в печать).
3. Диагностика и лечение гипертонической болезни у взрослых: клиническое руководство / Джумагулова А.С., Романова Т.А., Полупанов А.Г. и др. – Б., 2010. – 58 с.
 4. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б., Штейнберг Л.Л. и соавт. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии ПИФАГОР III (опрос пациентов с АГ). Системные гипертензии 2010;2:33-39.
 5. Руководство Европейского общества по артериальной гипертензии по контролю артериального давления в домашних условиях: итоговый отчет конференции 2-го Международного конценсуса по контролю артериального давления в домашних условиях. Артериальная гипертензия 2009;1:4-30.
 6. Раджапова З.Т., Полупанов А.Г. Фармакоэпидемиология антигипертензивных препаратов. Вестник КРСУ 2007;9:133-135.

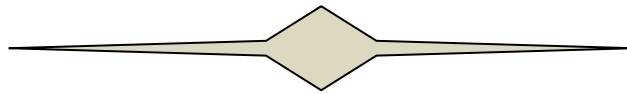
PHARMACOEPIDEMOLOGY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN KYRGYZ REPUBLIC (ACCORDING TO THE DATA OF INTERNATIONAL RESEARCH “INTEREPID”)

A.G. Polupanov, A.N. Khalmatov, T.A. Romanova, A.S. Djumagulova

National center of cardiology and therapy after the name of academician M.Mirрахimov, Bishkek c., Kyrgyz Republic.

In this work the effectiveness of arterial hypertension treatment in rural area is studied. The specifics of pharmacotherapy and usage of antihypertensive agent are also investigated.

Key words: arterial hypertension, pharmacoepidemiology.



ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

УДК 616-002.951.21-073.75-079.4

МРТ-ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ

Аманбаева Г.Т., Абдыкадырова Ж.Э., Кочорова М.О.

Центр лучевой диагностики «ЮРФА» г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Эхинококкоз является одним из наиболее опасных зооантропогельминтозов и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой, так как поражает все возрастные группы населения и преимущественно лиц трудоспособного возраста. Кыргызская Республика является гиперэндемичным очагом гидатидозного и альвеолярного эхинококкоза. В статье представлены возможности МРТ-диагностики для выявления, дифференциальной диагностики и оценки эффективности лечения эхинококковых кист различных локализаций.

Ключевые слова: паразит, эхинококковая киста, альвеококк, МРТ.

МРТ ВИЗУАЛДЫК ТҮРДӨ ЭХИНОКОКК КИСТА ДАРТЫН АНЫКТОО

Нур аркылуу дарт аныктоо боробору «ЮРФА», Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Зооантропогельминтоздун арасынан эхинококкоз эң коркунучтуу дарт болуп эсептелет. Азыркы убакта бул оору орчундуу медициналык көйгөйгө айланды. Себеби бул дартка калктын көпчүлүгү дуушар болот, өзгөчө ишке жарамдуулар. Гидатидоздук жана альвеолярдык эхинококкоздун эң орчундуу очогу Кыргыз Республикасы эсептелет. Бул макалада эхинококк кистасын аныктоодо жана эффективдүү дарылоого, ошондой эле дифференциалдуу дарт аныктоодо МРТнын зор мүмкүнчүлүктөрү көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: паразит, эхинококк кистасы, альвеококк, МРТ.

Эхинококкоз (альвеолярный и гидатидный) является одним из наиболее опасных зооантропогельминтозов и продолжает оставаться

серьезной медицинской проблемой, так как поражает все возрастные группы населения и преимущественно лиц трудоспособного возраста [1,4,5,6,12,15]. Эхинококковая болезнь характеризуется длительным хроническим течением, тяжелыми органическими и системными нарушениями, обширностью поражения, приводящими к инвалидности и нередко к гибели больного [2,8,9]. Болезнь поражает практически все органы и системы организма [4,9].

Частота заболеваемости в Центрально-азиатских республиках, составляет 2,8-6,9 человек на каждые 100 тысяч населения. [12]. По данным различных авторов частота сочетанных поражений эхинококкозом легких и других органов колеблется от 10 до 18% [6,7,8]. Остается высокой частота эхинококкоза в эндемичных животноводческих районах, с низким уровнем социально-экономического развития и санитарной культуры населения, в частности, отмечается высокая от 44 - 84 % заболеваемость эхинококкозом печени [4]. По данным Айтбаева С.А.. (2008) Кыргызская Республика является гиперэндемичным очагом альвеолярного эхинококкоза, особенно повышена заболеваемость в Ат-Башинском районе Нарынской области (59,73 на 100 тысяч населения), что обусловлено следующими причинами: неправильное содержание и уход за собаками; недостаточная дегельминтизация собак; вскармливание пораженными органами после забоя животных своих собак; содержание и забой домашнего скота без ветеринарного освидетельствования; отсутствие специальных мест для забоя скота; использование воды для питьевых и хозяйственных нужд из колодцев и рек; низкий уровень знаний населения о данном заболевании.

Повышенное внимание к этой патологии связано с неуклонным ростом заболеваемости не только среди взрослых, но и среди детей [3], а также с ростом заболеваемости эхинококкозом в 2-2,5 раза не только в эндемических очагах, но и, вследствие миграции населения, в экономически развитых регионах [1].

Прекращение проведения профилактических осмотров населения привело к тому, что больные обращаются за медицинской помощью при далеко зашедшем процессе или возникновении осложнений [5]. Скрытое течение эхинококковых заболеваний приводят к поздней госпитализации пациентов. От 37% до 86% больных поступают в стационар в стадии клинических осложнений паразитарного заболевания [7,10,13]. Проблема повышения эффективности диагностики эхинококковых заболеваний остается актуальной и в наши дни, несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов медицинской визуализации [11,14].

Таким образом, вышеуказанным подтверждается актуальность изучения ранней диагностики эхинококкоза, а как известно, эффективность лечения, прежде всего связана со своевременной и правильной диагностикой.

Материалы и методы исследования. В Центре

Лучевой Диагностики «ЮРФА» за последние 6 месяцев только при МРТ обследовании было выявлено 30 пациентов с эхинококковыми кистами различных локализаций в возрасте от 6 лет до 74 лет.

Обследование было проведено на аппарате Hitachi Aperto Lucent 0,4Т (Япония) в аксиальной, корональной и сагиттальной плоскостях, толщина среза 5,0мм. Анализ полученных данных осуществлялся с учетом структуры, контуров и формы эхинококковых кист, а также состояния прилежащих костных и мягкотканых структур. Результаты МРТ исследований подтверждены интраоперационными находками и гистологическим заключением.

Результаты и их обсуждение. Эхинококковые кисты головного мозга чаще локализуются в белом веществе головного мозга, преимущественно в теменно-височно-затылочных долях. В головном мозге может развиваться одна киста - солитарное поражение (рис. 1) или несколько эхинококковых кист - множественный эхинококкоз (рис. 2) размеры кист значительно варьируют: от 1-5 до 40 см и более в диаметре. При одиночной локализации кист располагаются в белом веществе лобной, теменной и височной долей и в полости бокового желудочка (чаще справа).

Эхинококковая киста по сигнальным характеристикам на МРТ соответствует простым кистам: с гиперинтенсивным мр-сигналом на T2-ВИ, гипоинтенсивный на T1-ВИ. Кроме того, вокруг кисты часто визуализируется ободок низкой интенсивности мр-сигнала, отражающий фиброзную оболочку, богатую коллагеном и имеющую короткое время T2-релаксации.

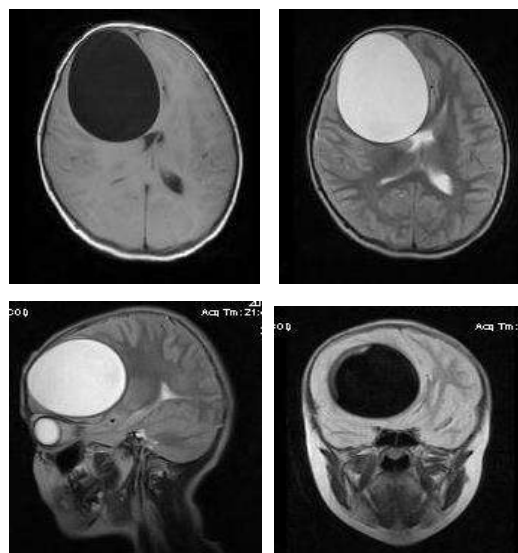


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма. Девочка 11 лет. Напряженная эхинококковая киста лобной доли справа с дислокационным синдромом и признаками отека головного мозга.

Пример 1: в лобной доле справа (рис. 1) определяется тонкостенная ликворная полость овальной формы, с четкими ровными контурами, со смещением срединных структур в передней трети влево, с компрессией передних отделов желудочков, компрессией и деформацией переднего отдела

мозолистого тела. При размерах кисты до 30–40 мм (чаще свидетельство ее молодого возраста) эти признаки слабо выражены, что чрезвычайно затрудняет дифференциальную диагностику.

Этот ободок и мультилокулярная или мультикистозная картина являются критериями дифференциальной диагностики. Диагноз эхинококкоза правомочен при сочетании двух, трех и более указанных признаков. Колеблющиеся мембраны имеют низкую интенсивность мр-сигнала на T1-ВИ и на T2-ВИ. Отхождение мелких кист от основного образования выглядит, как периферическое повышение сигнала на T2-ВИ и отражает активность заболевания.

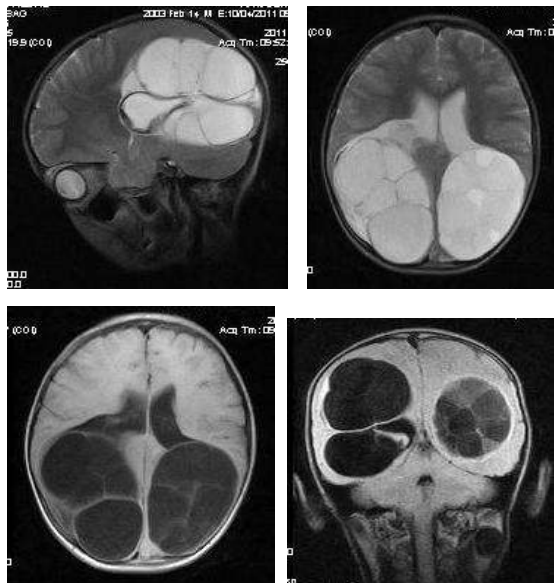


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма. Мальчик 8 лет. Многокамерные эхинококковые кисты головного мозга.

Пример 2: в теменно-затылочных долях с обеих сторон визуализируются гигантские кистозные образования с ликворными характеристиками мр-сигнала, с наличием внутрикистозных образований-перегородок и множественных дочерних кист, с компрессией задних рогов боковых желудочков, височных долей и сопряженных структур головного мозга. При множественной локализации пузырей - расположены по 2-5 кист в белом веществе конвексимальной и базальной поверхности различных долей головного мозга (рис. 2).

Погибшая материнская эхинококковая киста с множеством дочерних и внучатых кист или множественный эхинококкоз, при котором кисты расположены рядом и в процессе роста вызывают атрофию расположенной между ними ткани пораженного органа, создают эффект “перегородок”.

Эхинококкоз чаще всего протекает бессимптомно и является случайной находкой. Так, у молодого человека с жалобами на боли в спине, при МРТ –исследование грудного отдела позвоночника визуализируются множественные эхинококковые кисты с паравертебральной и перикостальной локализацией, в легких, печени, брюшной полости (рис. 3).

На визуализируемых изображениях паравертебрально и перикостально на уровне Th6, Th11, Th12 позвонков, в легких и печени определяются множественные объемные образования разных размеров и форм, с жидкостным содержимым разной интенсивности сигнала.

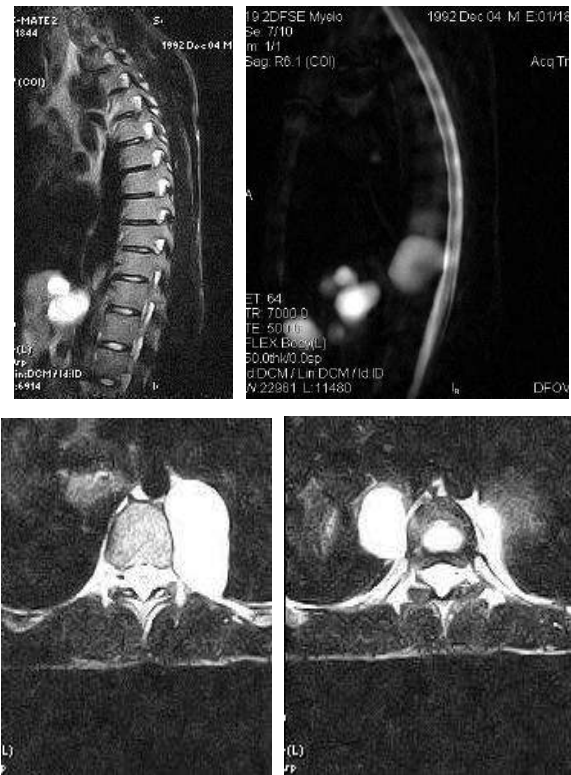


Рис. 3. Магнитно-резонансная томограмма. Юноша 21г. Множественные эхинококковые кисты с паравертебральной и перикостальной локализацией, легких, печени, брюшной полости.

На визуализируемых изображениях паравертебрально и перикостально на уровне Th6, Th11, Th12 позвонков, в легких и печени определяются множественные объемные образования разных размеров и форм, с жидкостным содержимым разной интенсивности сигнала.

Для МР - картины эхинококковой кисты печени (рис.4) характерно наличие жидкостного образования округлой формы, с четкими контурами, с толстой и в 98% случаев 2-х контурной стенкой. Содержимое может быть как однородным, так и неоднородным, за счет наличия в просвете дочерних кист, отслоившейся хитиновой оболочки, гидатидного песка. Эндо- и экзогенное почкование характеризуется фокальным утолщением стенки с распространением внутрь или вне кисты соответственно.

Эхинококковые кисты могут встречаться в малом тазу, костях и в опорно-двигательном аппарате (рис.5). По данным мировой медицинской литературы, частота рецидивов колеблется в пределах 3-54% [2], в том числе нередки случаи многократного рецидивирования, а в ряде случаев и с летальным исходом. Так, по данным Ахмедова И.С. за последний десятилетний период частота рецидивов эхинококка составила 16,5%. Выявлена

малая зависимость трансформации зародышевых элементов в новые кисты от формы поражения, возраста и пола пациента, факторов специфической и неспецифической защиты. Наиболее благоприятными для трансформации зародышевых элементов в рецидивные кисты являются условия полостных образований. Доказано, что остаточная фиброзная капсула кисты во второй фазе жизнедеятельности является фактором риска рецидива эхинококкоза, кроме того, ведущее значение в патогенезе рецидива болезни имеет развитие мелких недиагностируемых кист [4,7].

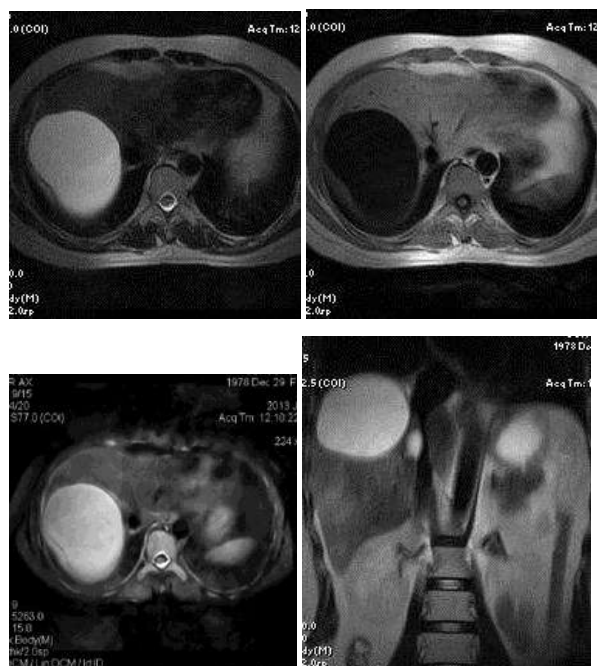


Рис. 4. Магнитно-резонансная томограмма. Женщина 35лет. Эхинококковая киста печени.

Особенностью эхинококковой кисты позвоночника является распространение ее по мере роста и выхода за пределы костных структур субпериостально, в подвязочное пространство, спинно-мозговой канал, на прилежащее к позвонку ребро. Распространение через межпозвоночные диски на смежные тела позвонков не наблюдалось.

Таким образом, эхинококковое поражение костей по данным лучевой диагностики можно определить как наличие зоны остеолитического поражения с деструкцией кортикальной пластинки и выходом процесса в мягкие ткани или спинномозговой канал за счет развития мультилокулярного кистозного образования. Следует отметить, что МРТ семиотика эхинококкоза костей, в основном, соответствовала таковой при локализации в паренхиматозных органах, легких, брюшной полости.

При локализации эхинококковой кисты в орбите, параорбитальной области или иных анатомических образованиях, содержащих жировую ткань, использовалась импульсная последовательность с подавлением сигнала от жировой ткани- STIR ORBIT, позволяющая уточнить границы и состояние прилежащих анатомических образований (рис. 6).

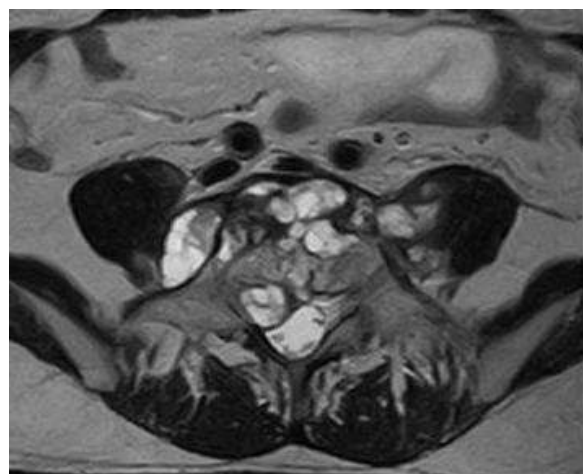


Рис. 5. Магнитно-резонансная томограмма. Мужчина 45 лет. Рецидив эхинококковых кист пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Ретробульбарно в верхне-латеральном и заднем отделе левой орбиты, в мягких тканях околоорбитальной области, определяются множественные кистозные образования с четкими контурами, размерами от 10,0мм до 20,0мм, с однородно гиперинтенсивным МР-сигналом на T2-ВИ, гипоинтенсивным на T1-ВИ и FLAIR, умеренно гиперинтенсивным на STIR, оказывающие компрессию на глазное яблоко и сопряженные структуры (рис.3).

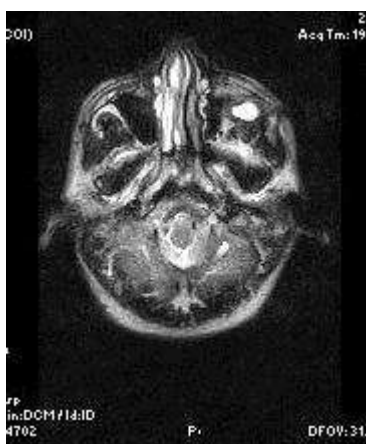
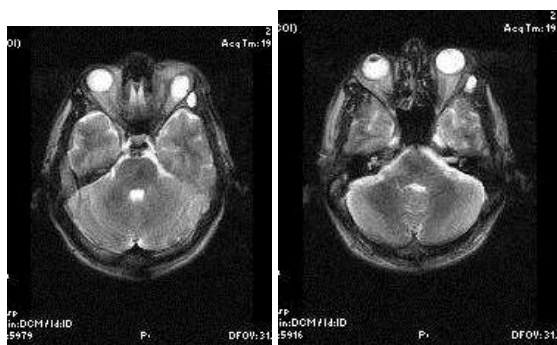
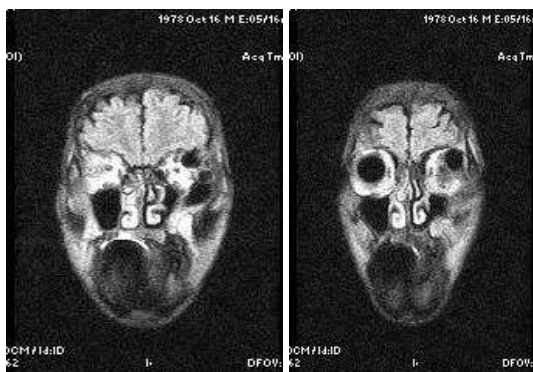
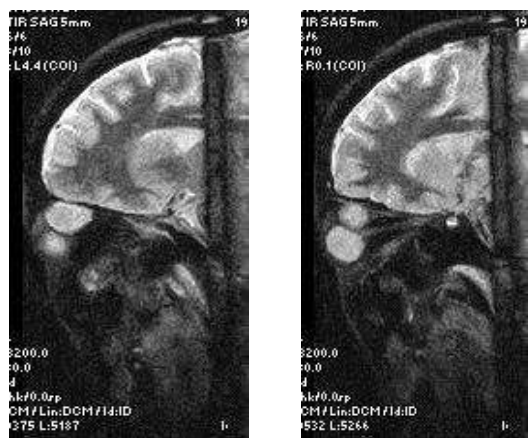


Рис. 6. Магнитно-резонансная томограмма. Мужчина 35 лет. Рецидив эхинококковых кист левой орбиты.

По данным Айтбаева С.А. (2008) при различных формах альвеолярного эхинококкоза имеются свои особенности. Так, для очаговой формы более характерно наличие позитивного узла с неровными контурами, с солидно-неоднородным мр-сигналом,

при диффузной и смешанной формах, образования распространяются и сливаются друг с другом, а при осложненных формах- характерна полость распада неправильной формы с глубокими бухтообразными контурами из плотной ткани с множеством кальцинатов по контуру полости.

При альвеококкозе головного мозга более информативна магнитно-резонансная томография. Тяжесть клинического течения болезни зависит не от величины, а множественности и локализации эхинококковых пузырей (рис. 7).

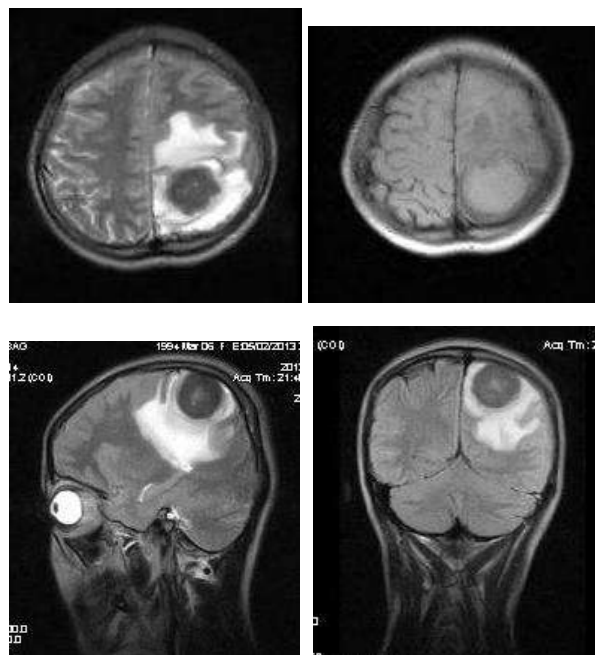


Рис. 7. Единичный альвеококк в теменной доле справа с выраженным перифокальным отеком. Девушка 19 лет. Альвеококк головного мозга.

Альвеококкоз характеризуется хроническим медленным, неуклонно агрессивным течением, с развитием в органах (чаще в печени) солитарных или множественных паразитарных узлов. При МРТ-исследовании альвеококк характеризуется как негетогенное солидное объемное образование, с неоднородным мр-сигналом на T2-ВИ и FLAIR, на T1-ВИ- неоднородно изоинтенсивный, напоминает пензу или губку («эхинококковый песок») за счет наличия мелких кист по периферии образования или за счет очаговой или диффузной кальцинации и участков распада (зависит от зрелости альвеококка), контуры альвеококка неровные по типу «расчески». Особенностью альвеококка является способность к инфильтративному росту, могут спонтанно разрываться и метастазировать в другие органы. Кроме того, альвеококк оказывает выраженную компрессию на сопряженные структуры, как за счет самого объема, так и за счет выраженного перифокального отека (рис.8). Эти особенности паразита делают заболевание сходным по течению со злокачественными опухолями.

По нашим наблюдениям, следует отметить, увеличение частоты генерализованного альвеококка печени с метастазированием в головной мозг или другие органы.

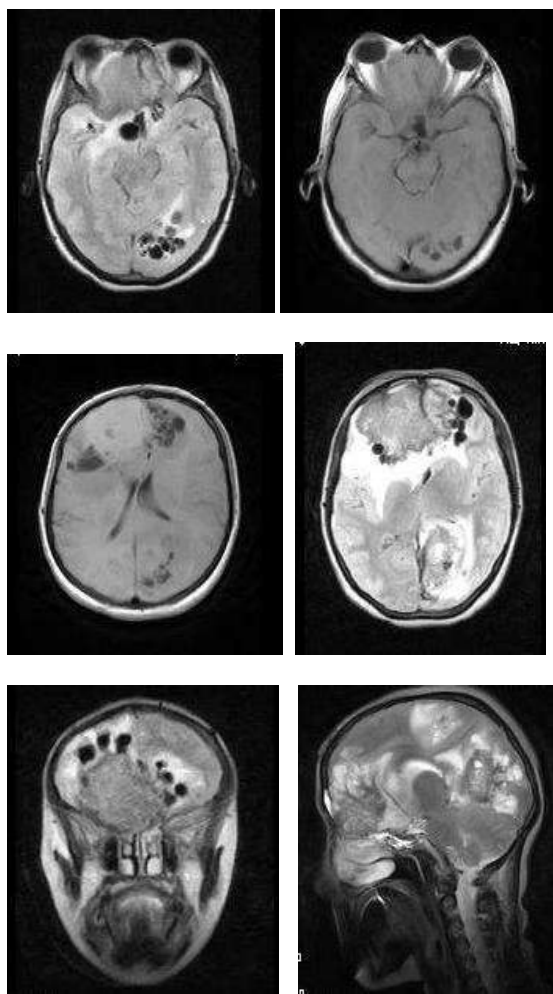


Рис. 8. Магнитно-резонансная томография. Женщина 41г. Множественный альвеококкоз головного мозга с дислокацией срединных структур влево до 7,0мм; МР-признаки отека мозга и выраженного правостороннего экзофтальма.

Клиническая картина при альвеококке головного мозга зависит от локализации, количества и размеров паразита. Так например, родственники женщины (рис. 8) обратилась к врачу с жалобами на неадекватное поведение больной, сильные головные боли, нарушение зрения и утерю контроля функции тазовых органов.

Выводы:

1. Общими признаками гидатидозного эхинококкоза различной локализации по данным МРТ томографии являются кистозные образования с наличием многослойной капсулы, с различной степенью развития кальцинации, перегородчатых структур, отображающих внутренние дочерние кисты. Для альвеолярного эхинококка характерно хроническое медленное, неуклонно агрессивное течение, с развитием в органах (чаще в печени) солитарных или множественных паразитарных узлов. При МРТ-исследовании альвеококк характеризуется как неомогенное солидное объемное образование, с неоднородным мр-сигналом на T2-ВИ и FLAIR, на T1-ВИ-неоднородно изоинтенсивный, напоминает пемзу

или губку («эхинококковый песок») за счет наличия мелких кист по периферии образования или за счет очаговой или диффузной кальцинации и участков распада, контуры альвеококка неровные по типу «расчески». Инфильтративный рост альвеококка, способность спонтанно разрываться и метастазировать в другие органы, а также выраженный масс-эффект на сопряженные структуры, за счет как самого объема, так и за счет выраженного перифокального отека делают заболевание альвеококкозом сходным со злокачественными опухолями.

2. Магнитно-резонансная томография должны быть включена в алгоритм обследования больных с подозрением эхинококкоза (головы, легкого, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, скелета), так как позволяют выявить, провести дифференциальную диагностику и оценить эффективность лечения эхинококковых кист различных локализаций.

3. В эндемичных по эхинококкозу районах выявление кистозного образования в любом органе, системе должно рассматриваться в плане дифференциальной диагностики с эхинококкозом.

Литература:

1. Abdel Razek A.A., El-Shamam O., Abdel Wahab N. Magnetic resonance appearance of cerebral cystic echinococcosis: World Health Organization (WHO) classification // Acta Radiol. 2009. Vol. 50, N 5. P. 549-554.
2. Abendstein B., Ziemet A., Rieger M, Widschwendter M., Offner F.,Muller-Holzner E. Alveolar echinococcosis with bulky peritoneal spread—a rare but important diagnosis in gynaecological practice.// BJOG.-2000.-v. 107.-5.-S.695-697.
3. Адамалиев К.А. Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации у детей / К.А.Адамалиев, Т.О.Омурбеков // Хирургия Кыргызстана. 1998. - № 12. - С.53-55.
4. Айтбаев С. А. Альвеококкоз в Кыргызской Республике и особенности его оперативного лечения // Автореф. дис. ... кан. мед. наук. Б-2008
5. Айтназаров М. С. Особенности клиники, диагностики и оперативного лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации // Автореф. дис. ... кан. мед. наук. Б-2007
6. Альперович Б.И. Альвеококкоз и его лечение. М.: Медицина, 1972.-273 с.
7. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Томск, 1997.-605 с.
8. Б.А.Акматов, М.Г.Кенжаев, Н.Касиев // Актуальные вопросы реконструкции и восстановительной хирургии-Ташкент, 1996. С.313-315.
9. Бебезов Х.С. Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени / Х.С.Бебезов, Д.Н.Нурманбетов, Ш.М.Чынгышпаев // Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане: Сб. научн. тр. Бишкек. - 2002. - С.22-27.
10. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анналы хир. гепатол. 2006. Т. 1, № 11. С. 174-178.
11. Журавлев В.А. Методы резекции и показания к ней при очаговых поражениях печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Киров, 1971. - 26 с.
12. Икрамов Р.З., Вишневский В.А. Выбор хирургических операций при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургии печени, внепечёночных желчных путей и поджелудочной железы: Сб. науч. тр. -Харьков, 1991. С.47-51.
13. Мусаев Г.Х. Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза // Автореф. дис. ... док. мед. наук.М., 2000. С. 42.
14. Ратников В.А., Черемисин В.М. Методика высокопольной магнитно-резонансной томографии печени, билиарного тракта и поджелудочной железы // Медицинская визуализация. 2001. - № 4- С.126-133.

15. Тихонов Е. В. Рентгеновская компьютерная томография в комплексной лучевой диагностике эхинококкоза различной локализации // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. С. 123.
16. Фундоэр Р.И. Особенности- клиники, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегментов, печени / Р.И.Фундоэр: Автореф. дисс. . канд.мед.наук, 14.00.27. Бишкек, 2000. -31 с.

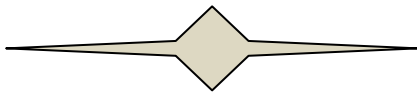
MRI- VISUALIZATION IN DIAGNOSIS OF HYDATID

G. T. Amanbaeva, J. E. Abdykadyrova, M. O. Kochorova

Ray diagnostic center of "URFA"
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Echinococcosis is one of the most dangerous zoonanthropelminthiasis and also it is still a very serious medical problem, because it attacks the population at any age and especially people of working age. Kyrgyz Republic is a hyper-precinctive center of hydatid and alveolar echinococcosis. The article shows the opportunities of MRI – diagnosis in identifying, differential diagnosis and evaluating the effectiveness of therapy of hydatid in various localizations.

Key words: parasite, hydatid, alveococcosis, MRI.



УДК 616.133.33-007.64-073.756.8
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ
И АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ
ГОЛОВНОГО МОЗГА: литературный обзор,
собственные наблюдения

Абдыкадырова Ж.Э., Аманбаева Г.Т.,
Кочорова М.О.

Центр лучевой диагностики «ЮРФА»,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В статье представлены возможности МРТ-диагностики для выявления, дифференциальной диагностики артериовенозных мальформаций и артериальных аневризм головного мозга различных локализаций.

Ключевые слова: сосудистые мальформации, артериовенозные мальформации, артериальная аневризма, МРТ.

МРТ ВИЗУАЛДЫК ТҮРДӨ МЭЭДЕГИ АРТЕРИА ЖАНА ВЕНА МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРЫН ЖАНА АРТЕРИАНЫН АНЕВРИЗМАСЫН АНЫКТОО

Нур аркылуу дарт аныктоо боробору «ЮРФА»,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Бул макалада мээдеги артерия жана вена мальформацияларын жана артерианын аневризмасын аныктоодо жана эффективдүү дарылоого, ошондой эле дифференциалдуу дарт аныктоодо МРТнын зор мүмкүнчүлүктөрү көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: кантамыр мальформациялары, артерия жана вена мальформациялары, артерианын аневризмасы, МРТ.

С ростом частоты сосудистых заболеваний головного мозга, приводящих к инвалидности или летальному исходу, своевременная диагностика их представляет важную медицинскую и медико-социальную проблему и является в настоящее время актуальной задачей современной медицины [20].

Причиной ишемических, геморрагических инсультов и субарахноидального кровоизлияния в 51 - 85% случаев, являются артериальные аневризмы и артериовенозные мальформации головного мозга [13]. В подавляющем большинстве случаев (в 90%) ишемические, геморрагические инсульты и субарахноидальные кровоизлияния происходят в трудоспособном возрасте (до 50 лет).

В Кыргызстане в 2008-2010 годах гипертоническая болезнь занимала 1 место, а цереброваскулярные болезни занимали 4 место в классе болезней органов кровообращения [14,15,16]. В структуре причин смертности болезни системы кровообращения занимали 1 место (48-49%).

Мозговые инсульты и субарахноидальные кровоизлияния являются наиболее частыми причинами смертности и первичной инвалидности [14,15,16]. В России показатель смертности от инсульта на 1000 жителей равен 1,0-1,41 [14,15,16,22].

Независимо от совершенствования методов диагностики и лечения, исходы внутримозговых и субарахноидальных кровоизлияний в результате разрывов артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций за последние десятилетия существенно не изменились, не изменились и показатели смертности и инвалидизации. Поэтому больше внимание уделяется эпидемиологическим исследованиям, направленным на выявление групп риска и профилактику данных осложнений [15,21].

Материалы и методы исследования. В центре лучевой диагностики «ЮРФА» за последние 3 года при МРТ исследовании головного мозга было выявлено более 80 пациентов с артериовенозными мальформациями и артериальными аневризмами головного мозга различных локализаций в возрасте от 22 лет до 64 лет.

Обследование проведено на аппаратах Hitachi Aperto Lucent и Hitachi Airis Mate (Япония), толщина среза 6-7мм, в режимах T1, T2 и FLAIR, в аксиальной, сагиттальной и корональной плоскостях. Анализ полученных данных осуществлялся с учетом локализации, контуров, формы сосудистых мальформаций, а также состояния прилежащих сопряженных структур, с сопоставлением с данными спиральной компьютерной томографической ангиографии, с изучением возможности магнитно-резонансной ангиографии в выявлении узла, питающих артерий и дренирующих вен артериовенозной мальформации, в оценке форм, размеров несущего сосуда, наличия внутрисосудистого тромба при артериальной аневризме.

Результаты магнитно-резонансных исследований были подтверждены интраоперационно и гистологическим заключением.

Результаты и их обсуждение.

Артериовенозные мальформации являются результатом врожденного аномального сообщения вен и артерий. Между ними находится капиллярная сеть, представляющая собой шунт с низким сопротивлением. При артериовенозной мальформации питающая артерия и дренирующая вена расширяются, причем вена в большей степени, так как она не имеет гладкой мускулатуры и соединительной ткани.

Ткань между капиллярами атрофируется, развивается глиоз и иногда кальцификация [18,19]. Клинические симптомы артериовенозной мальформации обусловлены кровоизлиянием, масс-эффектом и ишемией.

Размеры АВМ влияют на прогноз, по классификации Spetzler и R. Martin N. (1986):

- АВМ до 3см рассматриваются как мелкие;
- от 3см до 6см – как средние;
- свыше 6см – как большие.

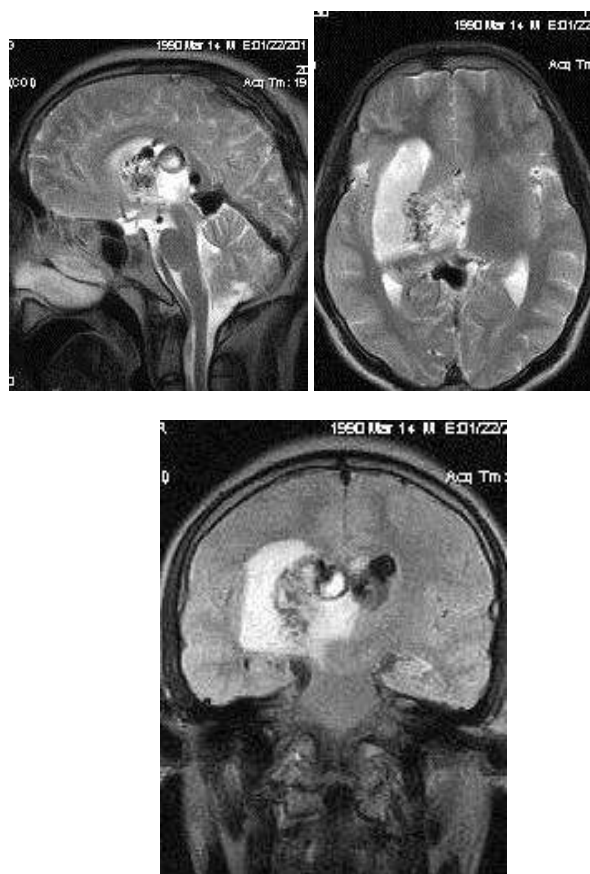
Крупные АВМ состоят из нескольких частей, каждая из которых имеет свой питающий сосуд и дренирующую вену.

Подразделяется АВМ на расположенные в мягкой мозговой оболочке и (или) паренхиме (пиальные АВМ) и расположенные в твердой мозговой оболочке (ТМО) (дуральные АВМ или дуральные фистулы).

В 80-90% случаев АВМ расположены супратенториально. Пиальные АВМ обычно поверхностные, они питаются из системы ВСА или ЗМА. Дуральные АВМ почти всегда расположены инфратенториально, в том числе в позвоночном канале. Интракраниальные дуральные АВМ питаются из системы НСА и дренируются в синус. Дуральные АВМ отличаются по клиническому течению и прогнозу от пиальных АВМ. Симптоматика связана со сдавлением окружающих структур – головные боли, парез лицевых нервов, судорожные припадки.

В зависимости от топографии принято делить на:

1. АВМ, которые достигают коры головного мозга;
2. Глубинно расположенные АВМ;
3. АВМ хороидального сплетения.



Томограмма 1. АВМ хороидального сплетения.

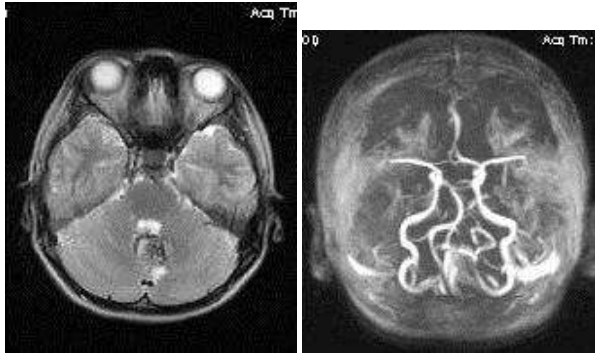
В первой группе: АВМ кортикальной локализации, кортико-субкортикальные и кортико-вентрикулярные, включая шунты, локализующиеся в мозолистом теле.



Томограмма 2. АВМ кортикальной локализации.

Глубинно-расположенные АВМ чаще всего локализуются в глубоком сером веществе мозга, стволе и мозжечке. Питание их осуществляется в основном из перфорирующих артерий, а дренаж в глубокие вены мозга

АВМ хороидального сплетения имеют внемозговое расположение и кровоснабжаются из хороидальных артерий.



Томограмма 3. АВМ мозжечка.

Bernstein (1992) выделяет два основных типа артериального кровоснабжения АВМ:

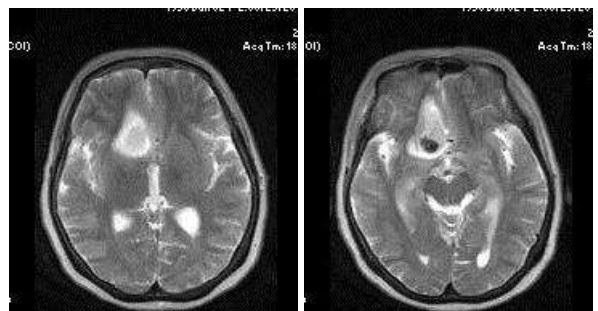
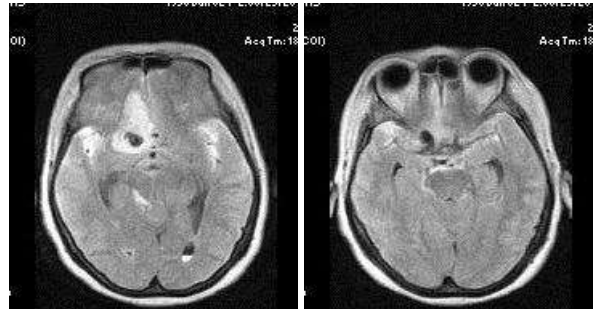
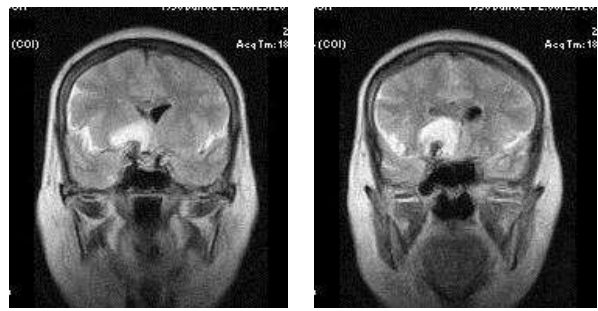
- прямой - питающая артерия впадает в шунтируемую область и является конечной ветвью;
- «непрямой» - артерия снабжает определенную территорию мозга и лишь отдельные ее ветви принимают участие в питании артерио-венозного узла.

Диагностика заболеваний сосудов головного мозга, по данным традиционной рентгенографии, малоэффективна. На краниограммах можно визуализировать обызвестленные аневризмы или артериовенозные мальформации.

Артериальная аневризма головного мозга представляет собой выпячивание стенки артерии. Для аневризмы характерно отсутствие нормального, трехслойного строения артериальной стенки. Стенка аневризмального расширения представлена только соединительной тканью, мышечный слой и эластическая мембрана отсутствуют. Разрыв аневризмы головного мозга является самой частой причиной возникновения нетравматического субарахноидального кровоизлияния (более 50%), при котором кровь проникает в подпаутинное пространство головного мозга.

Аневризма головного мозга имеет четыре варианта клинического течения. Наиболее частым является бессимптомный тип течения. Количество "немых" (никак не проявляющихся) аневризм в 4 раза превышает количество аневризм, имеющих клиническое проявление. Из "симптомных" типов клинического течения наиболее часто встречается апоплектиформный (инсультный) тип течения, когда происходит разрыв аневризмы и нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. При этом типе

течения клиническая картина (симптоматика) обусловлена именно субарахноидальным кровоизлиянием.

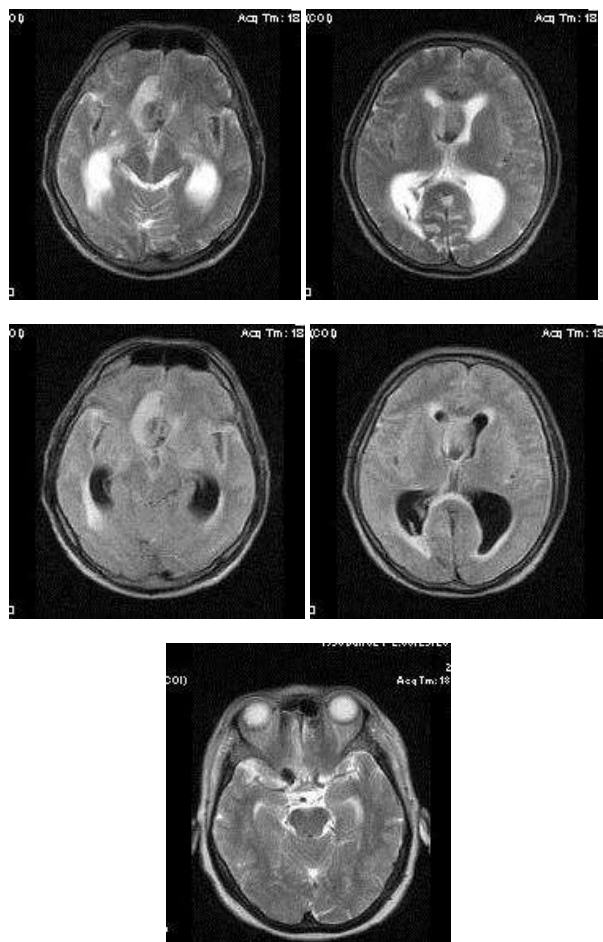


Томограмма 4. Частичный разрыв аневризмы «параклиноидного» сегмента правой внутренней сонной артерии. Субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние в базальные отделы лобной доли справа, внутрижелудочковое кровоизлияние.

Вторым по частоте "симптомным" типом является псевдотуморозный (ложноопухолевый) тип клинического течения. В этом случае симптоматика обусловлена не субарахноидальным кровоизлиянием, а неразорвавшейся, но большой по объему аневризмы, заполненной тромбами и поэтому плотной, которая сдавливает окружающие нервы, вещество головного мозга и др., вызывая соответствующую симптоматику.

Информативным методом в диагностике аневризм и артерио-венозных мальформация является компьютерная томография. Высокая скорость получения изображений при КТ имеет особенно большое значение при исследовании пациентов, находящихся в тяжелом состоянии. Кроме того, КТ позволяет точно диагностировать кровоизлияние в острой стадии, поэтому в остром периоде этот метод диагностики является очень важным [12]. Трехмерная реконструкция КТА позволяет наглядно представить в пространстве

локализацию питающих сосудов, узла АВМ, делая эту методику наглядной и демонстративной для рентгенолога и лечащего врача.



Томограмма 5. Разрыв аневризмы передней мозговой артерии. Субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние в подмозолистое пространство, внутрижелудочковое кровоизлияние.

В остром периоде при подозрении на аневризму и сосудистую мальформацию головного мозга целесообразно выполнять КТА для определения локализации, объема кровоизлияния и выявления его причины.

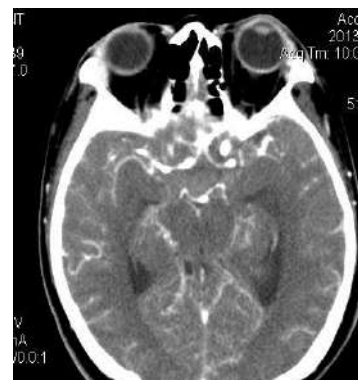
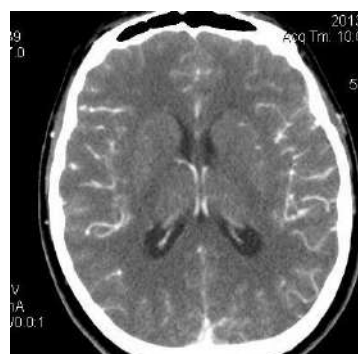
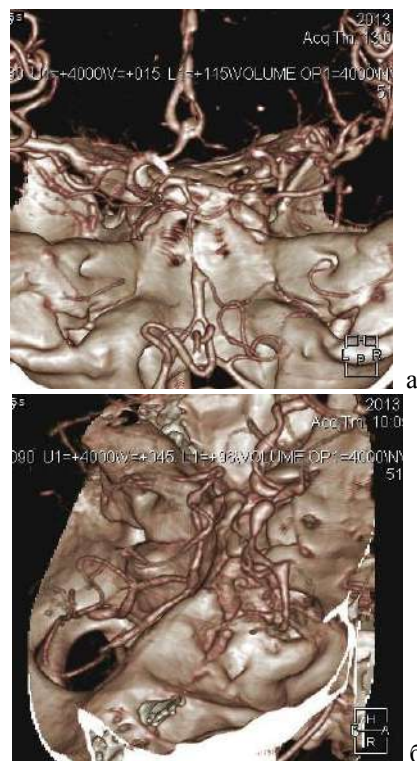
Критериями КТ-диагностики внутричерепных сосудистых мальформаций являются:

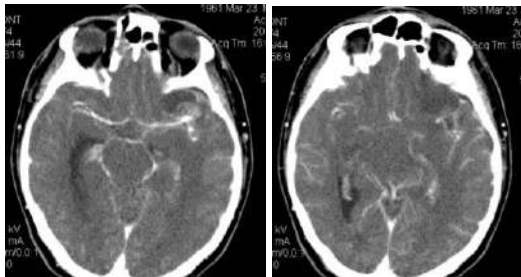
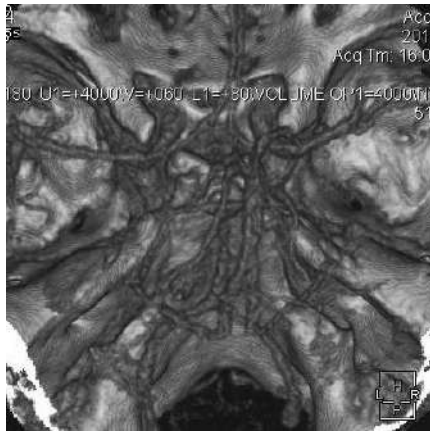
- наличие четко ограниченных участков повышенной плотности (до 65 Н) неомогенной структуры, неправильной формы с селективным накоплением в них контрастного препарата при быстром увеличении денситометрических показателей с коэффициентом прироста (в пределах 12,3 Н) после контрастного внутривенного усиления;
- визуализация сгруппированных кальцинатов, окруженных областью низкой плотности (так называемыми «немыми зонами»);
- выявление изолированных «немых зон». [15]

Общими недостатками компьютерной томографии являются трудности в визуализации сосудов, расположенных близко к костным структурам, и лучевая нагрузка, а основное противопоказание — это

непереносимость контрастного средства, используемого при КТА. [15, 21].

Появление магнитно-резонансной томографии существенно улучшило диагностику цереброваскулярных заболеваний. Основными преимуществами магнитно-резонансной томографии являются высокая контрастность структур головного мозга, отчетливая визуализация сосудов за счет эффекта «пустоты потока» (void of flow), отсутствие лучевой нагрузки и неинвазивность исследования [15].





Томограмма 6. РКТ реконструкция 3D сосудов головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, острый период, а – мешотчатая аневризма передней соединительной артерии; б,в,г – разрыв мешотчатой аневризмы сегмента А1 правой передней мозговой артерии, субарахноидальное кровоизлияние; д,е,ж,з – разрыв аневризмы бифуркации левой средней мозговой артерии.

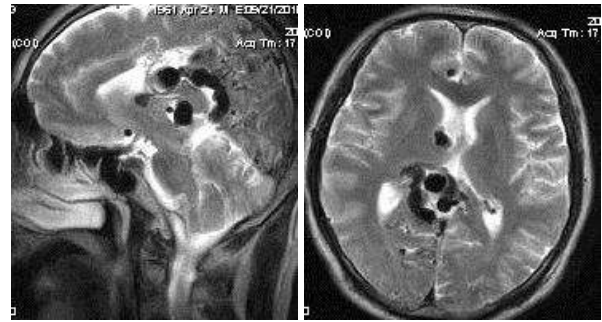
Применение магнитно-резонансной ангиографии позволяет за короткое время, практически не удлинняя диагностический период, без использования контрастных веществ визуализировать церебральные сосуды в любой плоскости [14,24].

Магнитно-резонансная томография позволяет определить размеры сосудистых мальформаций, локализацию, соотношение узла АВМ с питающими артериями, оценить характер венозного дренажа; определить размеры аневризм, соотношение шейка — тело, выявить наличие внутрипросветного тромба.

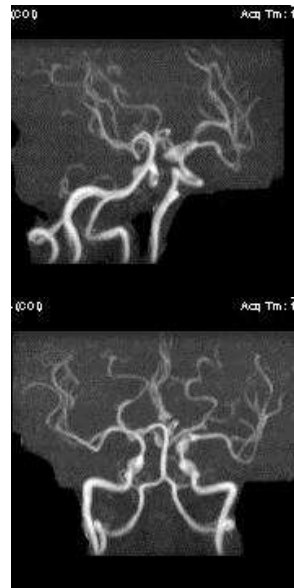
Недостатком магнитно-резонансной томографии является высокая чувствительность к двигательным артефактам, особенно обследование пациентов без

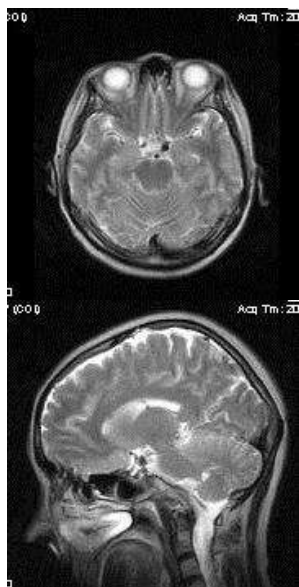
сознания и детей. Противопоказаниями для выполнения МРТ-исследований являются наличие у пациентов инородных парамагнитных металлических тел, кардиостимуляторов, а также первый триместр беременности и клаустрофобия [13,32].

При подозрении на артериовенозную мальформацию и аневризму целесообразно выполнять комплекс МРТ+МРА (без контрастирования), который является неинвазивным высокоэффективным методом лучевой диагностики.



Томограмма 7. Артеро-венозная мальформация с дренажом в вену Галена.

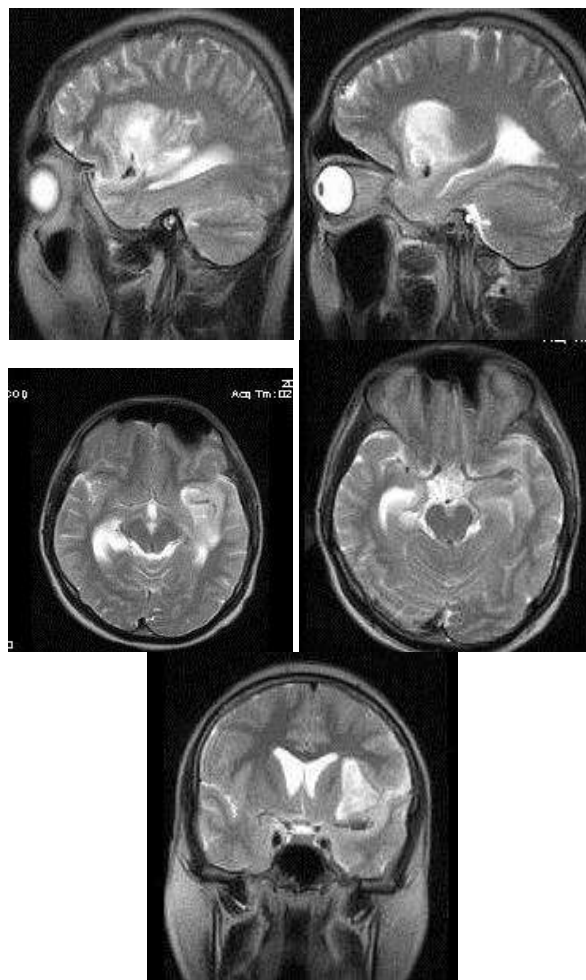




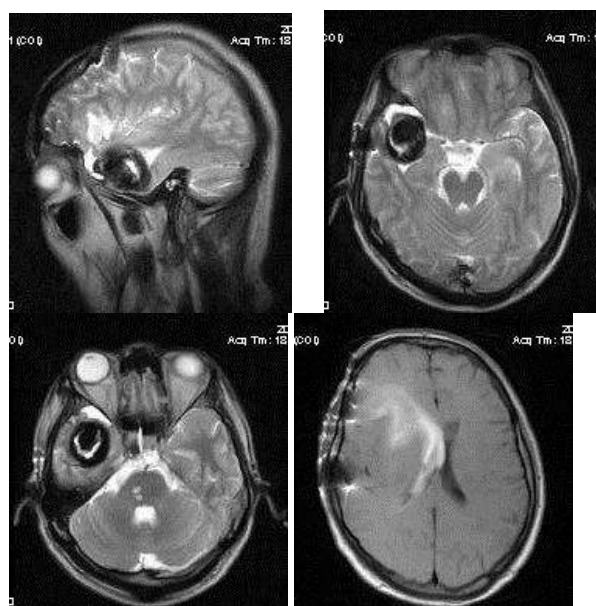
Томограмма 8. Артериальная аневризма супракавернозного сегмента левой внутренней сонной артерии.

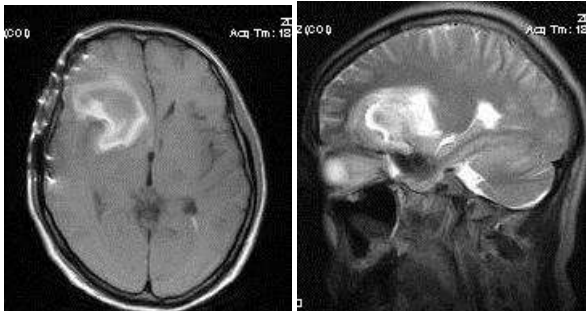
Изучение возможностей магнитно-резонансной томографии и ангиографии в первичной диагностике сосудистых мальформаций и артериальных аневризм головного мозга позволило сделать следующие выводы:

1. Магнитно-резонансная томография является высокоэффективным методом лучевой диагностики сосудистых мальформаций и артериальных аневризм головного мозга, применение которой позволяет существенно дополнить результаты других лучевых методов исследования.
2. Магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная ангиография при АВМ позволяют достоверно выявлять и давать характеристику локализации, размеров патологического узла, состоянию питающих и дренирующих сосудов, что повышает значительно эффективность лечения больных.



Томограмма 9. Частичный разрыв артериальной аневризмы сегмента М2 левой средней мозговой артерии. Внутримозговое кровоизлияние.





Томограмма 10. Состояние после оперативного вмешательства по поводу удаления внутримозговой гематомы вследствие разрыва артериальной аневризмы средней мозговой артерии справа.

3. Магнитно-резонансная томография - метод выбора предоперационной диагностики АВМ. Основными МР-симптомами АВМ являются: симптом «пустоты потока», наличие линейных, извитых структур с отсутствием МР-сигнала, интенсивный ток в питающих сосудах и венах по данным МРА, наличие признаков ранее перенесенного кровоизлияния. В диагностике артериальных аневризм чувствительность и специфичность комбинации МРТ и МРА составляют 97,2% и 100%, соответственно.

4. Диагностическая эффективность МРТ составляет 98,4%, что позволяет отказаться от использования высокоинвазивных методов обследования больных.

5. При подозрении на артериовенозную мальформацию в холодном периоде целесообразно выполнять традиционную магнитно-резонансную томографию с получением изображений взвешенных по T1, T2, протонной плотности в трех плоскостях и магнитно-резонансную ангиографию, которые являются неинвазивными высокоэффективными методами лучевой диагностики.

6. При выполнении магнитно-резонансной ангиографии у больных с подозрением на заболевания сосудов головного мозга необходимо выполнять традиционную МРТ в аксиальной плоскости с получением изображений, взвешенных по T2 и протонной плотности с толщиной среза 6-7мм.

7. При подозрении на внутричерепное кровоизлияние, особенно в остром периоде аневризматического генеза, целесообразно выполнять СКТА для определения причины и объема кровоизлияния.

8. В диагностике артериальных аневризм и АВМ целесообразно использование трехмерной время-пролетной ангиографии (3D TOF). Для уточнения характера венозного дренажа необходимо дополнить исследование МР-венографией с использованием фазоконтрастной (РС) методики для оценки медленного тока крови.

9. Обязательной является оценка «сырых» данных при выполнении МРА, так как при применении алгоритмов постпроцессорной обработки возможна частичная потеря информации в той или иной степени.

10. При двигательном возбуждении больных исследование проводится после седативной подготовки.

11. В послеоперационном периоде при клипировании артериальных аневризм с применением ферромагнитного материала не рекомендуется проводить исследование на средне- и высокопольном магнитно-резонансном томографе.

Литература:

- Anne G.Osborn, Gray L. Hedlund, Susan I. Blaser, Anna Illner, Karen L. Salzman, H. Ric Harnsberger, Gregory L. Katzman, James A. Cooper, James Provenzale, Blaise V. Jones, Mauricio Castillo, Bronwyn E. Hamilton. Diagnostic imaging brain. 2004. Amirsys
- Atlas S.W. MR angiography in neurologic disease // Radiology. 1994. -Vol. 193, N 10. -P. 1-16.
- Atlas S.W., Listerud L., Chung W. et fl. Intracranial aneurysms: depiction on MR angiograms with a multifacature-extraction, ray-tracing postprocessing algorithm//Radiology. -1994.-Vol. 192,N 1.-P. 129-139.
- Batjer H., Suss R.A., Samson D. Introcranial arteriovenous malformations associated with aneurysms // Neurosurgery. 1986. - Vol. 18, N 1.-P. 29.
- Berman M.F., Sciacca R.R., Pile-Spellman J., Stapf C., Connolly E.S., Jr., Mohr J. P., Young W.L. The epidemiology of brain arteriovenous malformations // Neurosurgery. -2000. Vol. 47, N 2 P 389-396.
- Bradley W. Brown S., Wioff B. Análisis of aneurysms and AVM's missed on routine MR images that are detected with MR angiography // JMRY. 1992. — Vol. 2, N 1. -P. 62-66.
- Bradley W.G. Hemorrhage // Magnetic resonance imaging / Ed. by D.D. Stark, W.G. Bradley, Jr. 3 rd ed. - St. Louis etc.: Mosby, 1999. - P. 13291359.
- Bradley W.G., Flow Phenomena // Magnetic Resonance Imaging / Ed. By D. Stark, W. Bradley. St. Louis: C.V. Mosby, 1992. - P. 299-334.
- Bromberg J.E., Rinkel G.J. E., Algra A. Et al. Subarachnoid haemorrhage in first and second degree relatives of patients with subarachnoid haemorrhage // BMJ.- 1995. -Vol. 311, N2.-P. 288-289.
- Inagawa T., Tokuda Y., Ohbayashi N., Takaya M., Moritake K. Study of aneurysmal subarachnoid hemorrhage in Izumo City, Japan. Stroke 1995. - V. 26.-P. 761-766.
- Абрамова Н. Н., Беличенко О. И. Магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная ангиография в визуализации сосудистых структур //Вести, рентгенологии и радиологии. 1997. № 2. С. 50-54.
- Арзуманова Н. В. Роль магнитно-резонансной томографии в комплексной лучевой диагностике и оценке эффективности протонной терапии артериовенозных мальформаций головного мозга: Автореф. дис. . канд. мед. наук. СПб., 1996. С. 18.
- Беленков Ю. Н., Стукалова О. В., Тимонина Е. А. Магнитно-резонансная ангиография — сегодняшний уровень развития и новые возможности // Мед. визуализация. 1996. № 4. С. 36-45.
- Беркутов Е.С. Влияние артериовенозного шунтирования при артериовенозных мальформациях головного мозга на общую и церебральную гемодинамику // Автореф. дис. . канд. мед. наук., М., 2007.
- Горбач Т.А. Принципы диагностики внутричерепных сосудистых мальформаций на догеморрагическом этапе // Автореф. дис. . канд. мед. наук., Владивосток, 2004.
- Дубров Э.Я., Мордвинов Ю.С., Крылов В.В., Межебицкая Л.О. Ультразвуковая транскраниальная доплерография у больных с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием. //Визуализация в клинике. 1998. №12. С. 1-5.
- Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской республики в 2008 году. Министерство здравоохранения Кыргызской республики; Республиканский медико-информационный центр, Бишкек 2009год.
- Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской республики в 2009 году. Министерство здравоохранения Кыргызской республики; Республиканский медико-информационный центр, Бишкек 2010год.
- Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской республики в 2010 году. Министерство здравоохранения Кыргызской республики; Республиканский медико-информационный центр, Бишкек 2011год.
- Й. Роен Йокочи, Лютьен Дрекола. Большой атлас по анатомии. Внешсигма. 1997.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

21. Клименко Д.Г. Методы лучевой диагностики (КТ и МРТ) в системе индивидуального прогнозирования ранних исходов лечения ишемического и геморрагического инсультов // Автореф. дис. . канд. мед. наук. -СПб., 2009.
22. Коновалов А. Н., Корниенко В. Н., Пронин И. Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. М.: Видар, 1997. С. 471.
23. Корниенко В. Н., Белова Т. В., Арутюнов Н. В., Климчук О. В. Магнитно-резонансная ангиография в диагностике артериальных и артериовенозных аневризм // Магнитно-резонансная томография в клинической практике: Тез. докл. конф. СПб., 1996. С. 39.
24. Савелло А. В. Спиральная компьютерно-томографическая ангиография комплексной лучевой диагностики заболеваний сосудов головы и шеи//Дис. . канд. мед. наук. -СПб., 2000. С. 181.
25. Самотокин Б. А., Филатов Ю. М., Хилько В. А. Артериовенозные аневризмы головного мозга // Вести АМН СССР. 1967. № 6. С.77-81.
26. Самотокин Б. А., Хилько В. А. Аневризмы и артерио-венозные соустья головного мозга. Д.: Медицина., 1973. С. 288.
27. Свистов Д.В., Кандыба Д.В., Савелло А.В. Артериовенозные мальформации головного мозга: клиника, диагностика, комплексное лечение. Сборник учебных пособий по актуальным вопросам нейрохирургии под ред.
28. Терновой С. К., Сеницын В. Е. Спиральная компьютерная и электроннолучевая ангиография / М.:Видар, 1998. С. 141.
29. Терновой С. К., Сеницын В. Е., Стукалова О. В., Беличенко О. И. [Клиническое применение магнитно-резонансной томографии // Рус. медицинский журнал. 1996. Т. 7, № 3. С. 7-12.
30. Тиссен Т. П., Пронин И. Н., Белова Т. В. Возможности спиральной компьютерной томографии в нейрохирургии // Нейрохирургия. 2001. № 1. С. 14-18. 50
31. Трофимова Т. Н. Лучевая диагностика очаговых поражений головного мозга: Дис. . д-ра мед. наук. СПб., 1998. С. 345.
32. Трофимова Т.Н. Нейрорадиология — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. С. 288.
33. Труфанов Т.Е., Рамешвили Т.Е., Фокин В.А., Свистов Д.В. Лучевая диагностика сосудистых мальформаций и артериальных аневризм головного мозга. СПб., «ЭЛБИ-СПб». - 2006. С. 224.
34. Тютин Л. А., Яковлева Е. К. Магнитно-резонансная ангиография в диагностике заболеваний сосудов головы и шеи // Вести, рентгенологии и радиологии. 1998. № 6. С. 4-9. 59 Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1972. С. 32.
35. Урыков А.Д. Клинико-морфологические особенности артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций сосудов головного мозга // автореф. дис. . канд. мед. наук., Нижний Новгород, 2012.
36. Холин А. В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. СПб.: Гиппократ, 1999. С. 192.
37. Черемисин В. М., Труфанов Г. Е., Зейдлиц В. Н., Кандыба Д. В. Магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная ангиография головного мозга в норме: Учеб. пособие / СПб.: Воен.-мед. акад., 2002 . С. 19.

MRI- VISUALIZATION IN DIAGNOSIS OF BRAIN ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS AND ANEURYSMS

G. T. Amanbaeva, J. E. Abdykadyrova, M. O. Kochorova

Ray diagnostic center of “URFA”
Bishkek city, Kyrgyz Republic

The article shows the opportunities of MRT – diagnosis in identifying, differential diagnosis of

brain arteriovenous malformations and aneurysms in various localizations.

Key words: arteriovenous malformations, aneurysms, MRI.

АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В СЛУЧАЯХ ИЗНАСИЛОВАНИЙ ПО ДАННЫМ РБСМЭ МЗ КР ЗА 2010-2012 ГОДЫ.

Джумагулова Ч.Б., Омошев А.А.,
Айтмырзаев Б.Н.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,
Кафедра судебной медицины и права.

Проведен анализ архивного материала РБСМЭ за 2010-2012 гг. по случаям изнасилований. Проверены сведения о возрастных группах, подвергшиеся сексуальному насилию.

Ключевые слова: Изнасилование, акушерско-гинекологическая экспертиза. Возрастные группы. Потерпевшие.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРИЛИГИНИН РСМЭБсунун 2010-2012-ЖЫЛДАРДАГЫ ЗОРДУКТООЛОР БОЮНЧА СОТТУК-МЕДИЦИНАЛЫК ЭКСПЕРТИЗАНЫН КОРУТУНДУЛАРЫН ИЛИКТӨӨЛӨР

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,
Соттук медициналык аныктоо жана укук кафедрасы.

2010-2012 жылдардагы РСМЭБюросунун архивдик материалдарынын негизинде зордуктоолор боюнча соттук-медициналык экспертизанын корутундуларынын негизинде изилдөөлөр жүргүзүлдү. Кайсыл жааштагы аялдар зордуктоолорго туш болоору аныкталды.

Негизги сөздөр: Зордуктоолор; акушердик-гинекологиялык экспертиза; жааш тайпалары; жабырлануучулар.

При производстве судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы основным поводом являются случаи половых преступлений, среди которых доминирует экспертиза „изнасилований“. Порядок производства экспертиз при этом регламентируется «Правилами производства судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы (2012) и производится в соответствии с Уголовно - процессуальным законодательством Кыргызской Республики. [3]

Судебно-медицинская акушерско - гинекологическая экспертиза должна проводиться и

выполняться судебно-медицинскими экспертами, имеющим необходимую подготовку. Эффективность результатов экспертизы тем больше, чем раньше после происшествия она проводится. В связи с этим отличительной особенностью производства данного вида экспертизы является то, что, судебно-медицинское освидетельствование может, в порядке исключения, производиться по заявлению потерпевшей, а также родителей, законных представителей несовершеннолетних и т.д. О производстве такого вида судебно-медицинской экспертизы судмедэксперт должен немедленно сообщить органам следствия. [3]

Следует отметить, что судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза является одним из наиболее сложных видов судебно-медицинских экспертиз. В силу специфичности решаемых вопросов, сборе анамнеза, в половозрастных особенностях.

Производство судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы требует постоянного совершенствования навыков и знаний, разработку новых методик и мониторинга половых преступлений [2]. Также необходимо отметить, что согласно литературным данным, за последние годы отмечается резкое увеличение заболеваемости инфекциями, передающимся половым путем (ИППП) [1]. Поэтому лица, подвергшиеся сексуальному насилию, являются группой риска по ИППП, и при производстве судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы необходимо обязательно направлять потерпевших к венерологу и требовать результаты исследований. [1;3]. Учитывая вышеизложенные обстоятельства, с целью изучения половых преступлений нами проведен анализ архивного материала случаев изнасиловании по данным РБСМЭ за 2010-2012 г.г. (См. таблицы №1, 2,3,4).

Таблица №1.

Показатели случаев половых преступлений в различные годы.

Годы	2010 год	2011 год	2012 год
Вид половых преступлений.			
Изнасилование	103 (98,1 %)	86 (98,8 %)	129 (99,2 %)
Мужеложство	2 (1,9 %)	1 (1,2 %)	1 (0,8 %)
Всего	105 (32,6 %)	87 (27,0 %)	130 (40,4 %)

В результате проведенного анализа архивного материала установлено, что за 2010 год всего зарегистрировано было 105 случаев половых преступлений, в том числе 103 случая «изнасилования» и 2 случая мужеложства. Этот показатель за 2011 год несколько ниже (всего-87 случаев) и из них 86-случаев изнасилования и в 1 случае - мужеложство. За 2012 год показатели случаев изнасилования несколько возросло и составили 130 случаев. Случаев мужеложства не зарегистрировано.

Необходимо отметить, что на самом деле показатель частоты встречаемости «изнасилований» может быть гораздо больше. Но однако

определенная часть потерпевших не обращается в правоохранительные органы по различным причинам и есть ряд случаев, когда на судебном следствии заявления отзывались потерпевшей стороной. (табл. №1).

За анализируемый (2010-2012 г.г.) период чаще всего «изнасилованию» подвергались женщины в возрасте 18-29 лет (174 случаев). Следующее место по частоте встречаемости занимают лица в возрасте 8-17 лет (89 случаев). Среди женщин, подвергшихся насилию, в возрасте старше 30 лет за анализируемый 2010-2012 годы зарегистрировано было в 54 случаях. (табл. №2).

Таблица №2.

Показатели случаев половых преступлений по возрастной группе.

Годы	Возраст			
	0-7 лет	8-17 лет	18-29 лет	30 и старше
2010-2012				
	5 (1,5 %)	89 (27,6 %)	174 (54,2 %)	54 (16,7 %)

Таблица №3.

Частота встречаемости половых преступлений в зависимости от сезона.

Годы. Сезон.	Весна	Лето	Осень	зима	Всего
2010 г.	9 (9,1%)	5 (7,7%)	0 (6,2%)	1 (9,6%)	05 (32,6%)
2011 г.	5 (7,7%)	7 (8,4%)	0 (6,2%)	5 (4,7%)	7 (27%)
2012 г.	2 (9,9%)	0 (15,5%)	(1,3%)	4 (13,7%)	30 (40,4%)
Итого	6 (26,7%)	02 (31,6%)	4 (13,7%)	0 (28%)	22 (100%)

Бытует мнение, что количество случаев сексуального насилия имеет сезонный характер и увеличивается в летний период времени года. Однако, результаты анализа, проведенного нами, показали, что частота встречаемости сексуального насилия не зависит от сезона года. Например: за 2010 год весной зарегистрировано 29 случаев «изнасилований», летом-27 случаев, осенью -20 случаев и зимой – 31 случай; За 2011 год, весной зарегистрировано 25 случаев «изнасилований», летом- 27 случаев; осенью – 20 случаев и зимой 15 случаев; за 2012 год всего было зарегистрировано всего 130 случаев и из них весной – 32 случая; летом- 50 случаев; осенью -4 случая и зимой – 44 случая. (табл. №3).

Таблица №4.

Частота встречаемости половых преступлений в зависимости от региона.

Само-обращ.	Сокулук. пост.	Аламед. пост.	Октяб. пост.	Первом. пост.	Сверд. пост.	Ленин. пост.	Всего
6 (1,8%)	2 (0,7%)	8 (2,5%)	17 (5,2%)	16 (4,9%)	19 (6,0%)	37 (11,4%)	99 (32,5%)
1 (0,4%)	1 (0,4%)	9 (2,7%)	7 (2,3%)	13 (4,0%)	28 (8,6%)	27 (8,5%)	85 (26,9%)
6 (1,8%)	7 (2,3%)	13 (4,0%)	15 (4,6%)	24 (7,4%)	32 (10,0%)	34 (10,5%)	125 (40,6%)
13 (4,0%)	10 (3,4%)	30 (9,2%)	39 (12,1%)	53 (16,3%)	79 (24,6%)	98 (30,4%)	322 (100%)

Общеизвестно, что в РБСМЭ обращаются в основном потерпевшие граждане г. Бишкек и нередко потерпевшие из ближайших пригородных Аламединского и Сокулукского районов. Анализом установлено, что за 2010-2012 годы по поводу сексуального насилия из Сокулукского района в РБСМЭ обращались в 10 случаях; из Аламединского района в 30 случаях. А также установлено, что за анализируемый период (2010-2012 гг.) из всего (322) случаев сексуального насилия 39 – совершались на территории Октябрьского района г. Бишкека; - 53 –Первомайского района; 79- случаев Свердловского района и 98 – случаев – на территории Ленинского района, которое является вопросом дальнейшего и более детального изучения обстоятельств дела. (табл. №4).

ВЫВОДЫ:

1. Результатами анализа архивного материала по данным РБСМЭ на период 2010-2012 гг. установлено, что случаи «изнасилования» в динамике в 2012 году отмечалось некоторое увеличение по сравнению с предыдущими годами.
2. Сексуальное насилие наиболее часто совершается в отношении женщин в возрасте 18-29 лет, (и составляет за анализируемый период 2010-2012 гг.) – 174 случаев, а затем в возрасте 8 – 17 лет (89 – случаев) – за аналогичный период. Случай мужеложства – очень редко, но все же 4 – случая обращений в экспертное учреждение.
3. Сексуальное насилие совершенное в отношении лиц женского пола не имеет сезонного характера.
4. Сексуальное насилие в отношении женщин наиболее часто совершались на территории Ленинского и Свердловского районов г. Бишкек.

Литература

1. Дмитриева О.А., Пиголкин Ю.И., Юцковский А.Д. Судебно-медицинская экспертиза заражения венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией. // Судмедэкспертиза. 2003. №4 С 27-31.
2. Пиголкин Ю.И., Дмитриева О.А. Анализ судебно-медицинских экспертиз по поводу изнасилований и случаев скрытого сексуального насилия (по данным анонимных карт-опросников) // Судмедэкспертиза, 2001 г., №6 С 35-38
3. Правила проведения судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике., Бишкек, 2012г.

ANALYSIS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS OF SEX VIOLATIONS ACCORDING TO THE DATA OF THE REPUBLICAN BUREAU OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AT THE MINISTRY OF HEALTH CARE OF THE KR FOR THE PERIOD OF 2010-2012.

*Djumagulova Ch.B., Omoshev A.A.,
Aitmyrzaev N.B..*

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy.
Department of judicial medicine and law.

Experts of the Bureau have implemented the analysis of archive materials of all cases of sex violations the Bureau has dealt with during the period of 2010-2012. The analysis is carried out taking into account age groups of all sexually violated victims.

Key words: Sexual violation, obstetrical examination, age groups of sexual victims.