МЕДИЦИНА

MEDICINE

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ
ЖУРНАЛ

№ 4/94 2010

- Состояние ревматологической помощи населению города Астаны за 2007-2009 годы
- Экстирпация бронхов при врожденных бронхоэктазах
- Гормональная внутриматочная система - от контрацепции к терапии
- Сравнительная эффективность двух режимов схемы DcapLv у больных раком молочной железы с метастазами в печень
- Клинико-динамический анализ органических психических расстройств при хронической свинцовой интоксикации
- Вторичная глаукома на глазах с патологией связочного аппарата хрусталика

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ОНКОЛОГИЯ

Гасанзаде Д.А., Зейналов Р.С., Мусаев И.Н. Сравнительная эффективность двух режимов схемы DCapLv у больных раком молочной железы с метастазами в печень 30

Толеутай У.К., Позднякова А.П., Толеутайулы К. Эпидемиология рака молочной железы в Аральском регионе Казахстана и ее динамика 33

Танатова З.А., Нургазин М.Т. Реактивность клеточного звена системы иммунитета у больных с различными формами мастопатий 35

ПСИХИАТРИЯ

Загидуллина В.Ф. Клинико-динамический анализ органических психических расстройств при хронической свинцовой интоксикации 38

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Бегимбаева Г.Е. Вторичная глаукома на глазах с патологией связочного аппарата хрусталика 43

Бегимбаева Г.Е. Хирургическое лечение осложненной катаракты при силиконовой тампонаде 44

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Жураева С.Ш. Скинорен гель – препарат выбора при местной терапии акне 45

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Беликова Е.Ю., Ниталиева М.К., Агеева О.В., Абдрахманова Л.М. Тиогамма в лечении диабетической полинейропатии 47

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Умирзакова К.А., Ажибаева У.С. Комбинированная терапия хронической ишемии мозга 49

Нургужаев Е.С., Митрохин Д.А., Избасарова А.Ш., Клипицкая Н.К., Нурлыбаева Г.А., Абдильманова Б.Р., Масимова З.У. Лечение больных с дисциркуляторной энцефалопатией гипертонического генеза 51

Щербинина М.Б. Возможности Симепара в лечении хронических диффузных заболеваний печени 54

Баймуханов Р.М., Кенжебаев С.К., Антоненко М.С., Петрова Н.И. Лечение болевых синдромов остеохондроза позвоночника препаратом Ацеклоран 56

Идрисова Ж.Р., Воробьева Н.Л., Сускова Н.П. Новые подходы к патогенетической диагностике демиелинизирующих заболеваний у детей 58

Егорова В.П., Ким И.А. Возможности применения комбинации лизиноприла и амлодипина при артериальной гипертонии в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких 62

Опрева Г.А., Вазенмиллер Д.В., Мухамадиева К.Б., Потапова О.Г., Бутузова Р.В. Гинолакт – препарат выбора при нарушениях нормальной микрофлоры влагалища 63

Куризова Н.Е., Михеева Л.Г., Кожевникова Е.Н. Эффективность Лактив-ратиофарм при лечении затяжных диарей 65

НАРКОЛОГИЯ

Ережепов Н.Б. Стратегии противодействия распространению зависимости от наркотических и других психоактивных веществ 67

ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИЯМ

Статья должна быть набрана на компьютере шрифтом Times New Roman (на русском языке) и Times Kaz (на казахском языке), 14 шрифт, полуторный межстрочный интервал, без переносов, в двух экземплярах. Обязательно предоставление статьи на дискете в формате Word 98-2000. Статья должна сопровождаться официальным письмом от руководителя учреждения, в котором выполнена работа, актом экспертизы, иметь визу руководителя и рецензию, с указанием места работы, должности рецензента.

На первой странице указываются:

1. Название статьи (заглавными буквами, жирный шрифт);
2. Инициалы и фамилия автора (авторов) (заглавными буквами);
3. Место работы (без сокращений).

Статья должна состоять из следующих разделов:

1. Введение, с указанием цели исследования;
2. Материал и методы;
3. Результаты и обсуждение;
4. Выводы;
5. Литература (в статье обязательно должны быть ссылки на соответствующий порядковый номер);
6. Резюме.

В конце статьи необходимо указать фамилию, имя и отчество автора (авторов), адрес и контактный телефон, подпись автора (авторов).

Резюме (2 экз.) должно быть изложено на русском, казахском и английском языках, содержать не более 200 слов и состоять из следующих разделов (кратко): цель исследования, материал и методы, результаты, заключение, ключевые слова (не более 6), индекс УДК.

Статьи не должны быть перегружены иллюстративным материалом; рисунки, графики и чертежи должны быть представлены в виде контрастных изображений.

Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи и вносить поправки.

Рукописи авторам не возвращаются. Публикации платные.

Статьи направлять по адресу:
050009, Республика Казахстан,
г. Алматы, пр. Абая, 155, оф. 4
Издательство
"Здравоохранение Казахстана"
E-mail: mcn@medzdrav.kz
Телефон: 8 (727) 266-37-26,
394-30-14

Банковские реквизиты:
ИИК 801609137,
ОАО "БанкЦентрКредит"
БИК 190501719
РНН 600900017696
КБЕ 17

Материал и методы

Проведен анализ историй болезней 26 больных с тампонадой витреальной полости СМ. Острота зрения до операции варьировала от правильной светопроекции до 0,05. Сроки после проведения закрытой субтотальной витрэктомии с введением СМ были от 1 до 12 мес. В зависимости от сроков тампонады больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 16 больных (16 глаз) со сроком СТ до 3 мес.; 2-я группа – 10 больных со сроком СТ более 3 месяцев. Проведен анализ влияния СМ на параметры расчета ИОЛ, изучено влияние СМ на клиническую рефракцию факичного и артифакичного глаза при тампонаде витреальной полости СМ.

Результаты и обсуждение

Проведен анализ результатов исследования 26 глаз, после закрытой субтотальной витрэктомии с тампонадой витреальной полости СМ. Возраст больных варьировал от 17 до 65 лет. Среди пациентов было 14 мужчин, 12 женщины. По данным клинического обследования было выявлено, что большую часть составляли больные, у которых операция была произведена по поводу отслойки сетчатки на глазах с миопией высокой степени – 12 глаз. Эхографически размер глаза соответствовал высокой степени миопии и колебался от 26,2 до 32,2 мм. По степени изменений в хрусталике выявлено следующее: в 4 глазах отмечалось полное помутнение хрусталика, причем передние кортикальные массы были белого молочного цвета, с явлениями обводнения. Техника операции усложнялась неконтролируемым разрывом передней капсулы при проведении непрерывного кругового капсулорексиса, так как вскрытие передней капсулы сопровождалось повышенным ее напряжением. В трех случаях отмечалась плотная желтая катаракта с бурым оттенком ядра на фоне длительной тампонады витреальной полости (более 3-4 мес.). В остальных 9 глазах отмечалась мягкая катаракта с преимущественными помутнениями субкапсулярных слоев, в 6 случаях интраоперационно было обнаружено помутнение задней капсулы, из них на 2 глазах - в центральной зоне. В трех случаях ФЭК производилась через роговичный тоннель из-за выраженных рубцовых изменений конъюнктивы на 12 час в зоне стандартного доступа. Особенностью факоэмульсификации СК на фоне силиконовой тампонады, является появление пузырьков эмульгированного силиконового масла в передней камере в ходе операции, что несколько затрудняет визуализацию операционного поля.

Выводы

Проведенные исследования показали, что возникновение катаракты на фоне тампонады витреальной полости СМ связано с воспалительной реакцией, возникающей в глазу после витреоретинального вмешательства и, как следствие этого процесса, – эмульгированием силиконового масла. Изучение особенностей изменений в хрусталике при СК, позволяют предотвратить интра- и послеоперационные осложнения в таких глазах, где особенно важная роль отводится сохранению задней капсулы как основной опоры для создания барьерной диафрагмы глаза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тахчиди Х.П. Избранные разделы микрохирургии глаза. - М., 2002. - С. 19-20; ***2.*** Federman J.L., Schubert H.D. Complication associated with the use of silicone oil in 150 eyes after retina-vitreous surgery// Ophthalmology.-1998.-Vol.95.-p.870-876; ***3.*** Leaver P.R.,cooling R.S. Vitrectomy and fluid /SO exchange for giant retinal tears//Br.J.Ophnhalmol. - 1984. - Vol. 68. - N.6. - p. 432-438; ***4.*** Batra A.,Vemugatti G.R.,Does silicone oil penetrate posterior lens capsule? // Retina. - 2001. - Vol.21. -N3. - P. 275-277; ***5.*** Тахчиди Х.П., Метаев С.А., Глинчук Н.Я. Оценка длительности силиконовой тампонады при лечении тяжелых отслоек сетчатки различного генеза // Офтальмохирургия. - 2006. - № 2. - С. 30-36.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

СИЛИКОНДЫ ТАМПОНАДЕ АСҚЫНҒАН КАТАРАКТАСЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕЛУІ

Г.Е. Бегимбаева

Көз аурулары Қазақ ғылыми-зерттеу институты Қазақстан, Алматы қ.

Макала силиконмен катарактаға хирургиялық еміме арналған. Силикондық катарактаның алу мерзімдерін анықтау осы кунге дейін манызды сұрақ болып табылады.

S U M M A R Y

SURGICAL TREATMENT OF CATARACT ON THE EYES WITH SILICONE TAMPONADE OF THE RETINAE

G.E. Begimbaeva

Kazakh Scientific-Research Institute of Eyes Diseases, Almaty c.

The results of investigations of surgical treatment of cataract with silicone oil retinal tamponade after vitrectomy. Investigations show especial clinical signs in these eyes which can be useful in intraoperative surgical complications prophylactics.

СКИНОРЕН ГЕЛЬ – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ

С.Ш. ЖУРАЕВА

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Научно-исследовательский кожно-венерологический институт

Угревая болезнь – это полиэтиологическое заболевание сальных желез, окружающих их тканей, а нередко и организма в целом.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные патогенезу угревой болезни, и дискуссии по поводу радикальной акнетерапии, актуаль-

ность проблемы угревой болезни возрастает в связи с преобладанием тяжелых степеней угревой болезни, торпидным течением, ведущих к обезображиванию внешности.

К группе современных патентованных патогенетических средств наружной акнетерапии относят местные ретиноиды, азелаиновую кислоту, наружные антибиотики и бензоилпероксид. Наибольшая эффективность в отношении себосупрессивного и комедонолитического эффекта признается за местными ретиноидами (Cunliffe W., Gollnick H., Shalita A., 2000). Однако, препараты с топическими ретиноидами у многих пациентов вызывают побочные эффекты: эритему и сухость кожи в первые несколько недель, ирритантный дерматит, в редких случаях аллергический дерматит, обострение пустулезной сыпи через 3 недели, а также повышение фоточувствительности кожи и онкогенного потенциала ультрафиолетового излучения (Ахтямов С.Н., Сафорова Г.Г., 1998).

Основные недостатки топических ретиноидов связаны с возможностью резорбтивного токсического действия на плод во время беременности или повышения концентрации ретиноидов в крови при одновременном приеме витамина А или роаккутана.

Азелаиновая кислота (15% гель и 20% крем "Скинорен") ("Schering", Германия) также оценивается как эффективное противоугревое средство с антикератинизирующими, комедолитическими, противовоспалительными, противомикробными свойствами (Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., 1993; Адаскевич В.П., 2000;). В большинстве схем лечения Скинорен рекомендуют для лечения комедональных и легких воспалительных акне. Но А.В. Самцов, Н.Л. Шимановский (1999) предлагают его назначать и при келоидно-кистозной форме и формулируют клиническое действие Скинорена как комедолитическое, папулостатическое и противокелоидное.

Скинорен наносят на предварительно очищенное лицо при первой и третьей степени тяжести процесса 2 раза в сутки на протяжении минимум 6 месяцев, в первые недели лечения может отмечаться ощущение легкого покалывания, жжения и зуда. При второй степени тяжести процесса Скинорен можно использовать в комбинации с топическими ретиноидами, салициловой или гликолевой кислотой. При второй и третьей степени тяжести целесообразна комбинация с бензоилпероксидом или топическими формами антибиотиков. При третьей степени тяжести процесса возможно назначение тетрациклина per os на короткий срок от 2 до 4 недель с последующим переходом на монотерапию Скинореном. Альтернативная схема подразумевается назначение на длительный срок Скинорена в комбинации с миноциклином или Диане-35, Жаннин, содержащих 0,03 мг ЭЭ и 2 мг диеногеста, Ярина (0,03 мг ЭЭ и 3 мг дроспиренона), выпускаемые компанией "Schering"(Германия), (Plewig G., Kligman A.M.,1993; Ахтямов С.Н., 2000). Азелаиновая кислота (Скинорен), оказывает преимущественное воздействие на кератиноциты в терминальной фазе их дифференцировки. В метаболически гиперактивных кератиноцитах протоков сальных желез он производит специфическое действие, снижая скорость синтеза филагрина, подавляя образование макроагрегативных фракций кератогиалина, ингибируя 95-КД и 96-КД-протеиновые фракции цитолитических белков на заключительном этапе дифференцировки кератиноцитов. В результате нормализуется распределение филагрина, снижаются число и величина кератогиалиновых гранул в тонофибриллярно-кератогиалиновых комплексах, нормализуются адгезия и слущивание, замедляется пролиферация кератиноцитов в воронках фолликулов, сокращается толщина рогового слоя, уменьшается межклеточный отек. Противовоспалительное действие азелаиновой кислоты осуществляется также за счет ограничения колонизации сальных протоков микрофлорой и снижения разрушительного действия свободных радикалов. P.T. Bladon (1986) находили, что концентрация пропионибактерий в фолликулах снижалась в 44 раза, микрококков в 2500 раз. По данным W.J. Cunlifte, K.T. Holland (1989), колонизация фолликулов микрококками уменьшалась на 99,9%, а пропионибактерий – на 97,7%, некоторые авторы (Nazzaro-Porro M., Passi, 1992) сообщали, что через 1-2 месяца после начала лечения наблюдали постепенное уменьшение жирности кожи.

Начальный эффект отмечают не ранее чем через 4 недели, заметное уменьшение числа комедонов наблюдают через 3 месяца, значительное сокращение числа папул и пустул через 4-5 месяцев. Курс лечения продолжают 2-4-6 месяцев. Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова (1993) считают, что он должен быть не менее 5 месяцев. Скинорен имеет ряд преимуществ, связанных с удобством использования в любой сезон из-за малой вероятности фотодинамических реакций, сочетается с любыми препаратами, не вызывает эндокринного дисбаланса, не обладает тератогенностью и мутагенностью. Он может быть применен при раздражимой коже у атопиков, из-за отсутствия токсичности допускается его назначение молодым девушкам и беременным женщинам (Адаскевич В.П., 2000; Jansen T., Plewig G., 1999). Однако иногда отмечают случаи контактного дерматита (Аравийская Е.А., 1998), в "Федеральном руководстве для врачей" (2001) отмечают раздражение кожи, возможность фотосенсибилизации, гиперчувствительности, предостерегают от назначения беременным и кормящим женщинам.

Цель нашей работы - изучить эффективность применения 15% азелаиновой кислоты (Скинорена) у больных различными формами угревой болезни.

Под наблюдением находилось 28 пациентов с угревой болезнью в возрасте от 16 до 35 лет. У всех пациентов угревая болезнь имела хронически-торпидное течение. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 5 лет.

В зависимости от тяжести клинической картины пациенты были разделены на две группы: с узловато-флегмонозными проявлениями 16 пациентов и папуло-пустулезными элементами 12 пациентов. Из них испытуемая группа: 11 с узловато-флегмонозной и 8 с папуло-пустулезной формой, а контрольная группа составила 5 с узловато-флегмонозными проявлениями и 4 с папуло-пустулезными.

Группа испытуемых пациентов помимо патогенетической терапии получала местно Скинорен гель, который наносили тонким слоем на пораженные участки кожи утром и вечером, слегка втирая. В первые недели лечения все пациенты отмечали ощущение легкого покалывания, жжения и зуда.

Контрольной группе проводили стандартное противоугревое лечение: десенсибилизирующее, иммунокорригирующее, витамины, биогенные стимулято-

ры, антипаразитарное, местное (криомассаж, токи Д'арсонваля, чистки лица, антибактериальные маски).

После 4 недель лечения из 11 испытуемых с узловато-флегмонозными элементами у 9 наступил регресс заболевания, а у 2 значительное клиническое улучшение. У 8 испытуемых с папуло-пустулезной формой акне регресс наступил у всех больных.

У лиц контрольной группы клиническое улучшение наблюдалось у 2 больных с узловато-флегмонозными элементами и у 1 с папуло-пустулезной формой акне. Оценка эффективности применения Скинорен геля при лечении угревой болезни показало, что назначение этого препарата привело к уменьшению выраженности клинического течения и сократило сроки длительности лечения угревой болезни.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что использование Скинорена (азелаиновой кислоты) является высокоэффективным методом в комплексной терапии различных форм угревой болезни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Машкиллейсон А.Л. (ред.). Лечение кожных болезней.-М.: Медицина.- 1990-560 с.; ***2.*** Адаскевич В.П. Акне и розацеа.- СПб: Ольга, 2000.- 132 с.; ***3.*** Plewig G., Kligman A.M. Acne and Rosacea // Berlin, Springer-Verlag. – 1993; ***4.*** Cunliffe W.J., Golnick H., Shalita A. et. al. Current concepts in the treatment of acne vulgars // Simposium at the EADV,12.10/2000,-Geneva.-2000.-10p.; ***5.*** Ахтямов С.Н., Сафорова Г.Г. Вульгарные акне: вопросы этиологии и патогенеза //Российский журнал кожных и венерических болезней.-1998.- №5.- С. 54-58; ***6.*** Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А. Скинорен в терапии угревой болезни // Вестник дерматологии-1993.-№6.- С.13-17; ***7.*** Самцов А.В., Шимановский Н.Л. Новые возможности в лечении угревой болезни с помощью скинорена // Росс. журн. кожных и вен. болезней.-1999.-№3 - С.64-66; ***8.*** Ахтямов С.Н. Лечение рецидивирующих папулопустулезных форм акне роаккутаном // Мат. Всерос.науч.-практ.конф."Возрастные аспекты дерматологии, венерологии и косметологии "- М.:РМАПО.-2000.- С. 38-39; ***9.*** Bladon P.T., Burke B.M., Cunliffe W.J. et al. Topical azelaic acid and the treatvtnt of acnt // Dritish J Dervatol. – 114/- p/493-499; ***10.*** Cunliffe W.J, Holland K.T. Clinical and laboratory studies on treatment with 20% azelaic acid cream for acne// Acta Derm-Vener.- 1989.-143(Suppl.).-p.31-34; ***11.*** Nazzaro- Porro M., Passi S/ Effetto degli acidi dicarbossikici in alcue dermatos pigmentarie // G.Ital.Dermatol.-1992.-26.p.401-4; ***12.*** Jansen T, Plewig G. Perioral Dermatitis//Padiatrische Dematologie.-Berlin:Springer. 1999.-S.721-722; ***13.*** Аравийская Е.А. Акне /Под ред. Е.В. Соколовского.-СПб: Сотис-1998.- С. 68-110; ***14.*** Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система), выпуск II. М.: Эхо.- 2001.- 936 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

СКИНОРЕН ГЕЛІ – АКНЕНІ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ТАҢДАЛАТЫН ПРЕПАРАТ

С.Ш. Жураева

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі, Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институты

Түйінді-жайылмалы іріңдік пен іріңді және іріңсіз бөртпелі элементтері бар безеумен ауыратын кісілерге азелаин қышқылын (15% скинорен гелі) кешенді емдеумен қатар қолданудың нәтижелілігі зерттелді. Оң емдік нәтиже аурулардың барлығында айқындалды. Алынған деректер скиноренді тағайындау оны тиімді пайдалану нәтижесінде оң емдік әсерге қол жеткізуге жәрдемдесетінін айғақтайды.

S U M M A R Y

SKINOREN GEL – PREPARATION OF CHOICE IN LOCAL TREATMENT OF ACNE

S.Sh. Zhurayeva

Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Dermatovenerologic Scientific Research Institute

The efficiency of azelaic acid (15% of skinoren gel) in combination with complex therapy in patients suffering from acne with nodular-phlegmonous and papulopustulous elements has been studied. Positive treatment result has been detected in all patients. The findings evidence that prescription of Skinoren helps achieve a positive therapeutic effect as a result of its efficient use.

ТИОГАММА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Е.Ю. БЕЛИКОВА, М.К. НИТАЛИЕВА, О.В. АГЕЕВА, Л.М. АБДРАХМАНОВА

Первая городская больница, г. Астана

Самое частое хроническое осложнение сахарного диабета – это диабетическая полинейропатия. Эффективным средством лечения этого осложнения считается альфа-липоевая кислота. Представлены результаты исследования по оценке эффективности терапии диабетической полинейропатии у 68 больных с сахарным диабетом препаратами тиоктовой кислоты (Тиогамма) в течение двух лет. Было показано, что при применении препарата отмечается достоверное снижение выраженности нейропатических жалоб у больных сахарным диабетом.

Поражение периферической нервной системы — одно из наиболее часто встречающихся осложнений у больных сахарным диабетом, значительно снижающее качество жизни диабетиков, ведущее к развитию "диабетической стопы" и возможной ампутации конечностей. По различным данным, распространенность диабетической нейропатии колеблется от 20 до 70%. Патогенез диабетической нейропатии многофакторный. Заболевание проявляется мультифокальной дегенерацией периферических соматических и автономных нервов. В основе гене-