

in vivo veritas ИСТИНА ВНУТРИ

№3 (3) 2017 KAZAKHSTAN

персона
номера

НУРБЕК ТОЙЧУБАЕВ:

«В чем никогда не откажу
своим сотрудникам –
это в обучении»



ВПЕРВЫЕ В КАЗАХСТАНЕ

– метод сравнительной
геномной гибридизации
на микрочипах aCGH

ЧУДО ЯПОНСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Helicobacter Pilory: найти и обезвредить

В Казахстане лечат БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА



invivo

зертхана · лаборатория



**МРТ, КТ,
ЭНДОСКОПИЯ**

**УЗИ
кабинеты**

**Лабораторные
анализы**

**Нам 10
лет**
ИННОВАЦИОННАЯ
ДИАГНОСТИКА ДЛЯ
ЗДОРОВОГО БУДУЩЕГО!



Медицинская лаборатория **INVIVO**

это высокотехнологичная лаборатория, применяющая инновационные методы не только в процессе выполнения анализа, но и на постаналитическом этапе.

Наша цель - помощь врачам в постановке правильного диагноза и назначении эффективного лечения

Мы предоставляем качественные лабораторные услуги по доступной цене во всех регионах Казахстана

ISO-9001 / ISO 15189



10 лет качественных медицинских услуг
160 пунктов во всех городах Казахстана
600 видов лабораторных исследований



Удобное расположение приемных пунктов по всему Казахстану
Применяем современное оборудование высокой точности
Используем новые технологии для улучшения сервиса



Поддерживаем высокий уровень квалификации персонала
Работаем над внедрением новых методов диагностики
Консультируем по подготовке к исследованиям



Действуют льготная и бонусная программы
Международный контроль качества
Обслуживаем пациентов на дому

www.invivo.kz

Издается с марта 2017 года. Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации № 16352-ж выдано 23.02.17 Министерством информации и коммуникаций РК

Издатель и собственник: ТОО «Поликлиника 103»

Главный редактор: Мадина Камзина

Шеф-редактор: Аля Белова

Дизайн, верстка: Азиз Багиров, Виталий Андриевский

Фотографы: Александр Ергазин, Аскар Маемеров

Авторы: Светлана Умыргалеева, Игорь Муллаев, Асель Сыдыкова, Рин Кыдырхан, Вадим Осипов, Евгения Морозова, Александра Девяшина

Корректор: Анна Шабалдина

Редакционный совет: врач высш. кат., доцент, к. м. н., член Европейского общества радиологов, эксперт Министерства здравоохранения по технике для лучевой диагностики **Юрий Грушин**; врач-инфекционист высш. кат., гепатолог Национального научного центра материнства и детства **Сауле Турлибекова**; к. м. н., врач уролог-андролог высш. кат., отличник здравоохранения **Ринат Нугуманов**; заведующая лабораторией INVIVO **Марина Попова**; к. м. н., врач высш. кат., главный внештатный оториноларинголог г. Алматы **Гульнар Уалиева**; генеральный директор сети лабораторий INVIVO **Нурбек Тойчубаев**.

Эксперты номера: врач-гастроэнтеролог **Лали Хупения**; врач-отоларинголог **Игорь Муллаев**; врач-психиатр, психотерапевт, к. м. н. **Жибек Жолдасова**; главный врач больницы при университете Киорин **Наоюки Коно**; управляющий директор сети медицинских лабораторий SRL **Ёджи Хирабаяши**; профессор, д. м. н., член-корр. НАН РК, президент Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины **Вячеслав Локшин**; доктор химических, медицинских наук, профессор факультета фармакологии Померанского медицинского университета **Карл Гундерманн**.

Адрес редакции: Казахстан, г. Алматы, ул. Карасай батыра, 123

Контактные телефоны: 8 (727) 258 83 83 (вн. 1028), +7 707 822 34 11, +7 707 38 472 38

E-mail: media.invivo@gmail.com

Периодичность: 1 раз в месяц

Формат: 200 x 270 мм. Печать офсетная.

Тираж: 15 000 экз.

Распространение: бесплатно, ежемесячно, лично в руки практикующим врачам по всем городам Казахстана

Отпечатано в типографии Print House Gerona 050000, г. Алматы, ул. Сатпаева, д. 30А/3 (уг. ул. Весновка), оф. 124, тел.: 250 47 40, 398 94 09, 398 94 59, 398 94 60, 398 94 61

Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции.

За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель.

Любое полное или частичное воспроизведение материалов допускается только с письменного разрешения редакции журнала IN VIVO VERITAS.

ПАРТНЕР ПРОЕКТА:



labnet
group

in vivo veritas ИСТИНА ВНУТРИ

8 стр./**ДАЙДЖЕСТ**

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

10 стр./**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

HELICOBACTER PYLORI: НАЙТИ И ОБЕЗВРЕДИТЬ

14 стр./**ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ**

СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ
ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА

18 стр./**ПЕРСОНА**

НУРБЕК ТОЙЧУБАЕВ: «В ЧЕМ НИКОГДА НЕ ОТКА-
ЖУ СВОИМ СОТРУДНИКАМ - ЭТО В ОБУЧЕНИИ»

24 стр./**ГИНЕКОЛОГИЯ**

НЕОБХОДИМАЯ ДИАГНОСТИКА
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ

30 стр./**ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ**

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА:
ТЕПЕРЬ И В КАЗАХСТАНЕ

34 стр./**ЗАРУБЕЖНАЯ МЕДИЦИНА**

ЯПОНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ ПРЕВЫШЕ ВСЕГО

39 стр./**УРОНЕФРОЛОГИЯ**

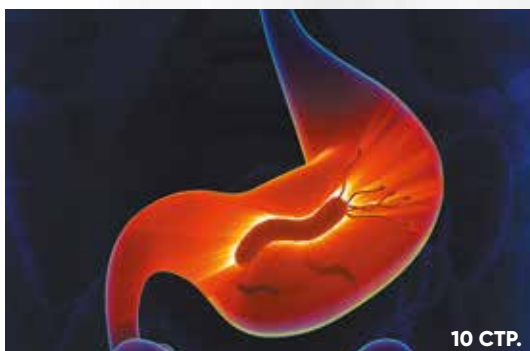
ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ. ГЛАВНОЕ
– ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

42 стр./**РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА**

ВПЕРВЫЕ В КАЗАХСТАНЕ - МЕТОД СРАВНИ-
ТЕЛЬНОЙ ГЕНОМНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ НА
МИКРОЧИПАХ aCGH

48 стр./**ГЕПАТОЛОГИЯ**

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ
И ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ



ПИСЬМО РЕДАКТОРА



Дорогие друзья!

Я рада представить вашему вниманию третий номер научно-популярного журнала для широкого круга врачей IN VIVO VERITAS. Что вас ждет в этом номере? В рубрике «Гастроэнтерология» читайте подробный материал о диагностике *Helicobacter Pylori*, в рубрике «Психоневрология» - материал о болезни Альцгеймера, которую теперь и в Казахстане можно диагностировать и лечить. Для врачей-отоларингологов мы подготовили профессиональную колонку о диагностике ринитов, а в «Репродуктивной медицине» вас ждет материал о новейшем методе сравнительной геномной гибридизации на микрочипах aCGH, впервые привезенном в нашу страну. В рубрике «Зарубежная медицина» вы найдете эксклюзивное интервью с коллегами из Японии, которые рассказали нам об удивительных японских лабораториях и больницах, и отдельного внимания заслуживает на этот раз рубрика «Персона» - в ней, по случаю 10-летия компании Invivo, выступил генеральный директор сети диагностических центров и лабораторий Нурбек Тойчубаев, в том числе с официальным обращением к вам, которое мы приводим и здесь:

- В течение десяти лет у нас накопился уникальный опыт, и мы владеем уникальной базой данных по всем видам исследований по Казахстану. Поэтому я, пользуясь моментом, хочу пригласить всех людей, которые каким-то образом вовлечены в здравоохранение, приходить и получать наши данные, если они необходимы для научных работ. Мы в этом плане открыты, - генеральный директор компании Invivo Нурбек Тойчубаев.

А также приглашаем к сотрудничеству пишущих врачей на позицию колумнистов и авторов, и врачей с научными темами и публикациями для участия в создании нашего журнала.

Мадина Камзина
главный редактор

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Camzina'.

Антитела к рецепторам ТТГ (анти-ТТГ)

Анализ на ТТГ – тиреотропный гормон – это иммуноферментный анализ сыворотки крови человека на наличие в ней антител к рецепторам ТТГ.

Выявление в сыворотке крови аутоантител к рецепторам тиреотропного гормона используется для диагностики болезни Грейвса (базедовой болезни), аутоиммунного тиреоидита, а также транзиторных нарушений функции щитовидной железы новорожденных.

Рекомендуемое место проведения: лаборатория **INVIVO**
Код исследования: **05-043**

КОГДА НАЗНАЧАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ?

- При симптомах гипертиреоза: раздражительность, беспокойство, тремор, чувство перебоев в работе сердца, олигоаменорея, потеря веса несмотря на повышенный аппетит
- При атипичной клинической картине болезни Грейвса: невыраженные признаки гипертиреоза, неотчетливо пальпируемый зоб
- При симптомах гипотиреоза: слабость, сонливость, нарушения концентрации и памяти, прибавка в весе несмотря на сниженный аппетит, повышенная чувствительность к холоду и др.
- При обследовании беременных, в анамнезе которых есть указание на хирургическое лечение болезни Грейвса или лечение радиоактивным йодом, а также беременных, получающих тиреостатические препараты
- При обследовании беременных с признаками гипотиреоза

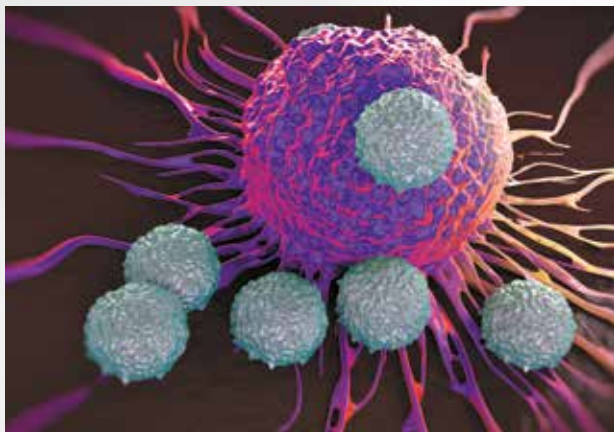
ЛЕКАРСТВО МОЖНО ДОСТАВЛЯТЬ НАПРЯМУЮ В МОЗГ



Исследователи из США сообщили, что им удалось создать уникальное средство, которые позволяет доставлять лекарство в мозг напрямую через нос. Сообщается, что особенность этого способа в том, что лекарство попадает в нос, минуя гематоэнцефалический барьер и не причиняя вреда здоровым тканям. Ученые уже провели первые тесты. Пока их проводили только на саранче, поскольку она имеет схожую с человеческой обонятельную систему, которая также защищена от мозга специальным барьером. В результате первые тесты показали эффективность метода, однако как он будет работать на людях - еще неизвестно.

ladyhealth.com.ua

РОСТ ОПУХОЛИ МОЖНО СПРОГНОЗИРОВАТЬ



В Техасском университете (University of Texas San Antonio) разработали алгоритм, который может предсказать, как будет эволюционировать опухоль у конкретного пациента.

Система учитывает основные биологические процессы, происходящие в тканях и клетках, а также схемы роста различных типов клеток и множество других факторов. В результате алгоритм применим для всех типов рака.

В будущем его автор Юшень Фень (Yusheng Feng) планирует создать на основе своего алгоритма компьютерную программу для врачей-онкологов.

medportal.ru

НОВОЕ ЛЕКАРСТВО ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА



В России создан препарат против устойчивой формы туберкулеза. Лекарство уже прошло клинические испытания и в следующем году появится в продаже. Препарат разработан для больных туберкулезом, у которых наблюдается множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), когда бактерии нельзя побороть стандартными популярными препаратами. Препарат прошел испытание на 140 больных легочным туберкулезом с МЛУ в клинических центрах России. Отмечается, что эффективность лечения составила 80%, также лекарство продемонстрировало свою безопасность и хорошую переносимость.

korrespondent.net

ШВЕЙЦАРСКИЕ БОЛЬНИЦЫ ПОРУЧИЛИ ДОСТАВКУ КРОВИ ДРОНАМ

Две больницы в Лугано начали пользоваться транспортными квадрокоптерами для доставки проб крови и других грузов. Сотрудники больницы загружают в беспилотник контейнер с биоматериалом и активируют доставку через мобильное приложение, а квадрокоптер сам следует по маршруту.

Испытания начались с середины марта, и почтовые беспилотники уже совершили свыше 70 тестовых полетов. Если пилотный проект пройдет без происшествий, то новая система транспортировки заработает уже в 2018 году.

Для доставки используются квадрокоптеры Matternet ONE, которые спроектированы специально для транспортировки небольших грузов. Они могут перевозить грузы массой до одного килограмма на расстояние до 20 километров при максимальной скорости 36 километров в час. Беспилотник способен огибать здания или зоны, закрытые для полетов, а на случай аварии дрон оснащен парашютом.

nplus1.ru



ВОЗ ПРИЗЫВАЕТ ЗАЩИТИТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСТВО

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает необходимым создать новые препараты, нацеленные на борьбу с 12 грамотрицательными бактериями, представляющими наибольшую угрозу для человечества.

«Устойчивость к антибиотикам растет, и у нас быстро кончаются варианты лечения. Если эта сфера будет регулироваться исключительно рынком, новые антибиотики, в которых мы так нуждаемся, не будут созданы вовремя», – отметила помощница генерального директора ВОЗ Мари-Поль Кини.

В докладе отмечается, что мировому сообществу следует разработать программы для повышения государственного и частного финансирования исследований. Организация призвала страны вести разработки лекарственных средств для борьбы с 12 типами бактерий, которые разделены на три категории по степени опасности. В противном случае отсутствие новых препаратов по борьбе с этими заболеваниями может привести к волне серьезных эпидемий.

korrespondent.net





Helicobacter Pylori: НАЙТИ И ОБЕЗВРЕДИТЬ

В наше время риск пропустить опаснейшее заболевание – язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – минимален при условии своевременной грамотной диагностики. Современная медицина располагает богатейшим спектром инструментов для диагностики этого распространенного заболевания, рассказать о которых мы попросили врача-гастроэнтеролога Лали Джемановну Хупению.

Текст: Светлана Умыргалиева

HELICOBACTER PYLORI – ПРИЧИНА ПРИЧИН

Революционное открытие австралийских ученых - врача Барри Маршалла и биолога Робина Уоррена, получивших в 2005 году Нобелевскую премию по медицине за выделение культуры *Helicobacter pylori* (HP), кардинально изменило господствовавшую в мировой медицине точку зрения на этиологию и патогенез язвенной болезни. Было клинически доказано, что в более чем 90% случаев развитие и рецидивирование ЯБ связано с инфекцией HP. Таким образом, абсолютное большинство случаев ЯБ хеликобактер-ассоциированные.

Одним из неблагоприятных факторов, влияющих на развитие ЯБ, является наследственность, а точнее-наследственная склонность к развитию болезни, которая реализуется под влиянием психоэмоциональных стрессов, грубых погрешностей в питании, наличии вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение, избыточное употребление кофе), а также под влиянием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

Процесс запускается в момент перорального инфицирования *Helicobacter pylori* с пищей либо при эндоскопических манипуляциях, зондировании. Преодолев защитные пласты слизи, бактерия прикрепляется к эпителиальным клеткам, затем, проникнув в крипты и железы желудка, разрушает защитный пласт слизи и обеспечивает доступ желудочного сока к тканям.

Фермент уреазы расщепляет мочевины, присутствующую в интерстициальной жидкости и секрете желудка. При гидролизе мочевины образуются углекислый газ и аммиак. Аммиак повреждает эпителий, ощелачивает среду вокруг *Helicobacter pylori*, создавая тем самым для нее оптимальные условия. Ощелачивание эпителия приводит к повышению секреции гастрина, повышению агрессивных свойств желудочного сока и повреждению слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Помимо язвенной болезни, различают симптоматические язвы (СЯ): стрессовые (как при физических, так и в случаях психических травм); медикаментозные (осложнения терапии НПВС); гепатогенные (при циррозе печени, хроническом гепатите); панкреатогенные; эндокринные (при гиперпаратиреозе); язвы при синдроме Золлингера-Эллисона (гастринпродуцирующей опухоли в поджелудочной железе).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

На первом этапе диагностики врач изучает анамнез и индивидуальные клинические проявления болезни. Ведущий болевой синдром проявляется в период обострения болезни. Больные жалуются на приступообразные или ноющие боли в эпигастрии или пилородуоденальной зоне. Приступы возникают натощак или через 2-3 часа после приема пищи, а также ночью.

Сравнительно редко наблюдаются клинические проявления по классическому Мойнингановскому ритму: «голод > боль > прием пищи > облегчение». При осложнении со стороны поджелудочной железы может наблюдаться иррадиация болей в спину или поясницу. В период обострения ЯБ преобладает болезненность в эпигастрии, где часто обнаруживаются положительный симптом Менделя, локальное напряжение мышц. Реже указанные симптомы обнаруживаются в пилородуоденальной зоне. Достаточно часто выражен диспептический (изжога, тошнота, отрыжка кислым, рвота), а также синдром неспецифической интоксикации и нейроциркуляторной дистонии: эмоциональная лабильность, астено-невротический синдром, вегетативные расстройства. Диагностические мероприятия начинаются с лабораторных исследований. На этом этапе сдаются: общий клинический анализ крови; общий клинический анализ мочи; анализ кала на яйца глистов; копроцитограмма; общий белок на белковые фракции крови.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НА ВЫЯВЛЕНИЕ H. PYLORI ВКЛЮЧАЮТ:

- бактериологический - посев биоптата СОЖ на дифференциально – диагностическую среду;
- морфологический: гистологический – окрашивание гистологических препаратов СОЖ по Гимзе, Вертину – Старри, Генте, толуидиновым синим;
- цитологический - окрашивание мазков-отпечатков биоптатов СОЖ по Гимзе и Грамму;
- уреазный - определение уреазной активности в биоптате СОЖ путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор;
- дыхательный - определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов C14 или C13, они выделяются в результате расщепления в желудке меченой мочевины под действием уреазы HP;
- иммуноферментный метод определения антител к HP;
- определение HP с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в кале.

Бактериологический метод в связи с трудностями выращивания микроорганизма используется в основном в научно - исследовательских целях, а также при необходимости определения чувствительности НР к антибиотикам.

Гистологический метод признан «золотым стандартом» диагностики НР. Метод позволяет не только достоверно выявить наличие НР, но и определять степень обсемененности: 0-я степень – бактерии в препарате отсутствуют, 1-я степень – слабая обсемененность (до 20 микробных тел в поле зрения), 2-я степень – умеренная обсемененность (от 20 до 50 микробных тел в поле зрения), 3-я степень – выраженная обсемененность (свыше 50 микробных тел в поле зрения). Бактериоскопия мазка - отпечатка является высокочувствительным методом диагностики НР, который значительно сокращает время исследования (до 15-20 мин. вместо 5-7 дней при гистологическом исследовании). К недостаткам метода можно отнести невозможность определять степень обсеменения.

Наиболее перспективным для определения наличия НР считается дыхательный тест, поскольку он неинвазивный и позволяет выявлять активно функционирующие бактерии, что особенно важно

для оценки эффективности проведенной санации. Однако метод требует специального оборудования, что в настоящее время ограничивает его широкое применение, поэтому для определения жизнедеятельности НР чаще используется уреазный тест. Метод иммуноферментного анализа (ИФА), основанный на обнаружении специфических антител НР классов М и G в сыворотке плазмы или капиллярной крови, является неинвазивным высокочувствительным методом диагностики. Однако этот метод не позволяет установить, имеется ли в настоящее время активная инфекция или был только контакт с микроорганизмом в прошлом. В связи с этим метод ИФА может быть использован только для определения скрининга с целью эпидемиологических исследований распространенности НР-инфекции и выявления групп риска развития гастродуоденальной патологии, ассоциированной с НР, особенно бессимптомно протекающей. Обычно для выявления НР пользуются гистологическим или цитологическим методами, а жизнедеятельность микроорганизмов оценивают с помощью уреазного или дыхательного теста. В материалах 3 Маастрихтского консенсуса (2005) выделен специальный блок «Методы диагностики». Основных положений этого раздела шесть.



1. Если больному не проводится ЭГДС, то для диагностики НР используется уреазный дыхательный тест, определение НР в кале с помощью ПЦР или серологический тест.
2. Если больному проводится ЭГДС, то используются морфологический и быстрый уреазный тесты.
3. Серологический тест. Недостатки серологического теста: не позволяет отличить текущую инфекцию от перенесенной, более низкая чувствительность у детей. Преимущества серологического теста: малоинвазивный, позволяет обнаружить НР у больных с низкой обсемененностью, может применяться при кровоточащих язвах, на его результаты не влияет предшествующая антисекреторная и антибактериальная терапия, можно обследовать сразу большой контингент пациентов, низкая стоимость.
4. Для контроля эрадикации лучше применять дыхательный тест, при невозможности его проведения – исследование НР в кале с помощью ПЦР.
5. Текущая антисекреторная терапия снижает частоту обнаружения НР методом ПЦР в кале и частоту положительных результатов дыхательного теста.
6. Определение штамма НР (*CagA*) не играет никакой роли в решении вопроса о лечении больных.

Одним из диагностических методов является рентгенологическое исследование. Однако в некоторых случаях диагностировать ЯБ этим методом затруднительно: выявление изъязвленной гастродуоденальной слизистой оболочки с помощью рентгенологического исследования колеблется в пределах 50-85%, а расхождения с эндоскопическими данными достигают 35%.

Этап инструментальных исследований включает также исследование желудочной секреции: внутрижелудочную рН-метрию, фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФГДС) с прицельной биопсией. Диагностика НР-инфекции проводится через 3-4 недели после начала курса лечения при полной эпителизации язвы. Однократно проводится также ультразвуковое исследование органов брюшной полости для диагностики сопутствующих патологий. Следует отметить, что наиболее точных результатов диагностики можно достичь лишь при комплексной оценке вышеназванных исследований, позволяющих поставить диагноз ЯБ и выбрать рациональную лечебную тактику. В Казахстане больному ЯБ рекомендуется стационарный режим, в то время как за рубежом врачи не столь категоричны в отношении рекомендации стационарного лечения.



врач-гастроэнтеролог
Лали Хупения

«ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ЛЕЧЕНИЯ

В зависимости от локализации язвы (желудок или ДПК), фазы заболевания, тяжести течения, наличия осложнений, связи с НР, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса выбирается тактика лечебных мероприятий. Предписывается постельный или полупостельный режим, назначаются последовательно диетические столы №1а, №1б, позже №5. В целях предотвращения термического, химического и механического раздражающего воздействия на язву исключается очень горячая или холодная пища, экстрактивные, пряные блюда, грубая пища, богатая пищевыми волокнами. Схемы терапии при НР-ассоциированной язвенной болезни базируются на положениях 2 Маастрихтского Консенсуса 2000 г. Последовательно применяются комбинированная терапия 1-ой и 2-ой линии. В комплексное лечение язвенной болезни желудка и луковицы 12-перстной кишки входят ингибитор протонной помпы «Париет», активное вещество – рабепразола натрия 20 мг (эквивалентно рабепразолу 18,85 мг). После комбинированной терапии («Париет» 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней и первая линия эрадикационной терапии НР) в динамике отмечается улучшение общего самочувствия, уменьшение болевых синдромов, при контроле ФГЭДС отмечалась полная эпителизация язвенного дефекта. ivv.kz

Сложности в диагностике хронического ринита



врач-отоларинголог
Игорь Муллаев

Количество больных с нарушением носового дыхания в Казахстане увеличивается с каждым годом, с этим согласится каждый оториноларинголог, оказывающий специализированную врачебную помощь в условиях амбулаторно-поликлинического приема.

Среди форм хронического ринита все чаще встречаются насморки не инфекционной этиологии, а вазомоторно-аллергического генеза, сопровождающиеся неярко выраженными специфическими изменениями со стороны слизистой полости носа и придаточных пазух. Основные жалобы этих больных акцентированы на затрудненном носовом дыхании, характерны также скудность выделений, длительное применение

вазоконстрикторов и их малая эффективность, что и заставляет больного обратиться к врачу. В ЛОР - кабинет ЛДЦ за 3 месяца обратилось 40 больных с жалобами на затяжной насморк. В нашей практике таким пациентам, помимо рентгенологических исследований, проводилось дополнительное амбулаторное исследование – риноцитограмма. Результаты исследования выявляют цитологическую картину заболевания, разделяя больных на четыре группы.

В первом случае в мазке определяется повышенное содержание только нейтрофилов (характерно для риносинуситов инфекционного генеза), во втором – эозинофилов (аллергические риниты), в третьем – и нейтрофилов, и эозинофилов (инфек-

ция на фоне аллергического ринита), в четвертом количестве эозинофилов и нейтрофилов не выходит за рамки возрастной нормы (вазомоторные и медикаментозные риниты), нередко также случаи обнаружения в мазке грибковых клеток в случае хронической инвазии.

В совокупности, опираясь на жалобы пациента, клиническую картину заболевания, локальные изменения слизистой оболочки полости носа, больным назначалось соответствующее лечение с учетом результата риноцитогаммы.

Больные, в цитограмме которых преобладали нейтрофилы (28 человек), получали антибактериальную, противовоспалительную терапию и секретолитики в совокупности с местным лечением (анемизация слизистой полости носа и промывание полости носа и придаточных пазух методом перемещения жидкости по Proetz).

Пациенты с преобладанием эозинофилов в риноцитогамме (12 человек), в ряде случаев - без клинических симптомов аллергии, получали антигистаминные препараты в совокупности с топическими стероидами после эрадикации инфекционного компонента в случае наличия такового.

Положительные результаты лечения были получены в весьма непродолжительные сроки во всех случаях применения дифференцированного подхода к диагностике и лечению с учетом результатов риноцитогамм. **ivv**

Выводы:

Ввиду затруднительности дифференциальной диагностики ринитов, основанной только на данных клинической картины и рутинных лабораторных исследований, представляется целесообразным использовать результаты такого сравнительно дешевого, простого и быстрого метода исследования, как риноцитогамма, проведение которой возможно в любой лаборатории, оснащенной микроскопом и стандартным набором реактивов для верификации диагноза и скорейшего назначения этиопатогенетического лечения, приводящего к быстрому улучшению состояния пациента.



РИНОЦИТОГРАММА

(мазок из полости носа)

Микроскопическое исследование отделяемого слизистой носа (риноцитограмма) позволяет определить наличие воспалительного процесса (ринита), а также выяснить его характер – инфекционный или аллергический ринит. Форма заключения: описание общей картины, количество нейтрофильных лейкоцитов, эозинофилов, эпителия, флоры.

КОГДА НАЗНАЧАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ?

Воспалительное заболевание слизистой оболочки носа: выделения из носа, затруднение носового дыхания, чихание и зуд в полости носа.

ФОРМА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ:

Описание общей цитологической картины, количество нейтрофильных лейкоцитов, эозинофилов.

- Большое количество эозинофилов характерно для аллергической этиологии ринита;
- Большое количество нейтрофилов – свидетельство острой инфекции;
- Большое количество эозинофилов и нейтрофилов характерно для аллергического ринита, осложненного вторичной инфекцией;
- Отсутствие или незначительное количество эозинофилов, и нейтрофилов характерно для вазомоторного ринита.

Подготовка к исследованию:

Пациенту следует воздержаться от применения местных средств в полости носа (различные назальные капли, спреи, мази) в течение минимум 6 часов до проведения исследования.

Рекомендуемое место проведения: лаборатория **INVIVO**
Код исследования: **00-002**

A portrait of a middle-aged man with short dark hair, wearing a light blue button-down shirt. He is resting his chin on his right hand, looking directly at the camera with a slight smile. A white smartwatch is visible on his left wrist.

НУРБЕК ТОЙЧУБАЕВ:

«В чем никогда не откажу своим сотрудникам - это в обучении»

Текст: Асель Сыдыкова

Про **Нурбека Тойчубаева**, генерального директора сети лабораторий и диагностических центров INVIVO, в компании ходит много историй. Сотрудники его любят и с удовольствием их рассказывают. Говорят, он обладает особым магнетизмом, притягивающим к себе людей. Он превратил небольшую лабораторию в крупнейшую сеть лабораторий в Казахстане и Кыргызстане. Он занимает призовые места в триатлоне. А когда компания едет на корпоративный пикник, он отказывается ехать в автобусе и едет на велосипеде. Поэтому, конечно, было интересно поговорить с такой многогранной личностью не только о бизнесе, но и о нем самом.

- В этом году компании INVIVO исполняется 10 лет. Все это время вы были бессменным генеральным директором этой компании. Скажите, что вы чувствуете по этому поводу?

- Чувства, как всегда, очень противоречивые. Конечно, 10 лет — очень большой срок. За эти годы произошло много изменений — в развитии, сознании, поведении. Мы смогли достичь множества поставленных целей. С каждым новым этапом набираешься опыта, мудрости и знаний, и на те решения, которые были в прошлом, смотришь по-другому, но я всегда пытаюсь не жалеть о том, что прошло. На самом деле, 10 лет — это тот срок, под которым можно прочертить некую линию и сказать: «Да, мы сделали это. Мы теперь большая компания, нас знает весь Казахстан». И есть внутреннее чувство удовлетворения.

- И, наверное, гордости?

- Ну и гордости тоже (смеется).

- Давайте поговорим о ситуации на медицинском рынке Казахстана 10 лет назад. Наверняка она кардинально отличалась от ситуации в медицине сейчас. Скажите, в чем было главное отличие?

- Я с уверенностью могу сказать, что медицина 10 лет назад, особенно в Казахстане, и теперь — несравнимы. Очень много хороших реформ было сделано за

этот период. Подходы к решению проблем здравоохранения у государства изменились в лучшую сторону. Сильно развилась частная медицина, и я думаю, что сейчас она занимает львиную долю в системе здравоохранения, не только лабораторная служба, но и поликлиники, больницы. У людей уже есть выбор. Государство многое делает для того, чтобы люди могли получать медицинское обслуживание на достойном уровне. Кроме того, в Казахстане начинает активно внедряться система медицинского страхования. Думаю, что на начальном этапе будет много критики, но в целом я уверен, что люди почувствуют преимущества этой системы. Инфраструктура государственных больниц, внедрение информационных технологий сегодня — все это несравнимо с тем, что было 10 лет назад.

- Что вас привело к идее создания лаборатории INVIVO в те годы?

- Это была идея моего старшего брата. Для этого он организовал исследовательскую группу, которая целый год изучала самые разные сектора и возможности. Через год нашли эту идею и стали работать в этом направлении. Старт бизнеса был реализован именно в Казахстане, так как экономическая ситуация и бизнес-климат показывали — это лучшее место среди стран СНГ. И еще было важно, что этот бизнес очень социально-ориентированный и эмоционально позитивный. Ведь бизнес бизнесом, но параллельно ты помогаешь людям. И 10 лет назад благодаря нам люди стали получать совсем другие виды услуг, по другой технологии. Мы предоставляли быстрые и точные результаты. И 99,9% людей уходили с благодарностью, это заряжало нас хорошей энергией.

- Вы первыми привезли эту бизнес-модель на рынок Казахстана, что послужило образцом?

- Это американская модель. Американская лаборатория номер 1 в мире, Quest, работает именно по такой системе. Да, когда мы начинали, то были первой компанией



с такой бизнес-моделью в Казахстане. По наследству от Советского Союза мы получили кластерное здравоохранение, когда лаборатория и больница находились в одном месте. А мы были первой компанией, которая стала внедрять новые принципы в организацию лабораторной службы - когда одна централизованная служба обслуживает несколько приемных процедурных пунктов. Чем это обусловлено? В первую очередь, экономическими причинами - содержать лабораторию при каждой больнице и поликлинике уже невыгодно. Сейчас с радостью могу сказать, что этот опыт переняли многие наши партнеры и конкуренты.

- Но, на ваш взгляд, насколько это хорошо? В чем есть плюсы и минусы такой системы в отличие от государственной связи больница-поликлиника-лаборатория?

- Сложно сказать, что лучше для государства, но оно уже движется именно в этом направлении - идет процесс централизации. Есть, конечно, виды иссле-

дований, которые надо делать срочно. Но для этого тоже есть решения, так называемые сателлитные лаборатории, которые у нас есть в каждом областном центре. Это маленькие лаборатории для проведения экспресс-исследований. В целом, технологии сейчас позволяют сохранять и быстро транспортировать любой биоматериал человека до центральной лаборатории. Качественный состав биоматериала при этом сохраняется. Такая система выгодна и удобна во всех смыслах. Затраты на организацию одной лаборатории и одного приемного пункта несоизмеримы. Поэтому мы открываем приемные пункты в удобных для населения местах, где пациент может дать любой анализ и уже на следующий день получить результат. Это удобно и для системы здравоохранения, так как вся диагностика готова ко времени следующего визита пациента к врачу. Сейчас житель маленького городка в любой части страны получает такие же услуги, которые мы оказываем в больших городах. Соответственно, им уже нет смысла тратить время и деньги на поездку в

центр – все услуги они получают через дорогу от их дома.

- Какие были основные сложности в начале? Правда ли, что в первое время вы сами закрывали двери, когда уходили, и даже помогали в уборке помещений?

- Бизнес начинать очень сложно, но интересно. Когда сейчас ко мне приходят люди, которые хотят начать бизнес, за советом, я всем говорю: «Если ты готов 3 года голодать и во всем себе отказывать, то начинай». Как и в любом бизнесе, в начале было непросто. Приходилось заниматься всем. И встречать пациентов, и регистрировать их, и участвовать в уборке. Я считаю, что это нормальный процесс, когда сам во все вовлекаешься. В начале, как это обычно бывает, денег и людей не хватает. Если не будешь сам вовлекаться, то успешность проекта под большим вопросом. Нам приходилось непросто, мы не могли у кого-либо учиться – не было конкурентов, которые шли впереди, и у которых мы могли бы перенимать какие-то технологии или переманивать к себе готовых людей. Все приходилось создавать с нуля, методом проб и ошибок. Мы состоялись прежде всего благодаря доверию наших партнеров с момента старта, если бы они не поверили нам, то ничего бы не было.

- Что больше всего врезалось в память о тех первых месяцах работы? Какие-то яркие воспоминания?

- Что мне нравится в человечестве, это то, что все плохое забывается, и остаются только хорошие воспоминания. Поэтому в первую очередь в голову приходят только те люди, которые с самого начала пришли и поддержали меня, поняли и поверили в эту идею. Я могу с особой гордостью сказать, что из тех, кто пришел с самого начала, многие работают со мной до сих пор. Думаю, если бы не эти люди, говорить об успехе было бы очень сложно. Вы знаете, сейчас некоторые из них с улыбкой признаются мне, что в начале они пришли увидеть, как развалится компания с такой новой

интересной бизнес-моделью, непривычной для Казахстана (смеется). Но этого не произошло, к счастью, их ожидания не оправдались, и самое главное, они счастливы.

- За 10 лет была проделана невероятная работа, чтобы сделать компанию такой, какая она есть сейчас. Чем вы связываете настолько грандиозный успех?

- Вы знаете, критериев очень много. В первую очередь – люди. Второй немаловажный фактор – это то, что бизнес-идея была новой, интересной. Поэтому она имела успех. В-третьих, благодаря своему техническому образованию я понимал, что без информационных технологий ни один бизнес не будет устойчив. Поэтому с момента создания мы большое внимание уделяли программному обеспечению. Важная основа нашего бизнеса сейчас – это внедренная нами информационная система, так называемая ЛИС – лабораторная информационная система. Она обеспечивает всю жизнедеятельность нашего бизнеса.

- Вы разработали ее сами с нуля?

- Да. Сейчас эту систему признали многие компании, и они заинтересованы в ее покупке и внедрении. Если говорить о лабораторной части, мы с самого начала были ориентированы на качество. Несмотря на дороговизну новых технологий, мы сразу пошли на большие расходы и внедрили самые современные автоматические анализаторы. Мы также вкладывали в людей, в их обучение. Качество было нашим коньком. Меня радует тот факт, что сейчас INVIVO ассоциируется с качеством по всему Казахстану. Наша компания была первой в Казахстане и Средней Азии, которая прошла сертификацию по стандарту ISO 15189 9001.

- Управление такой большой компанией невозможно без определенных знаний. Где вы учились? Получаете ли новые знания сейчас?

- Я постоянно учусь. Я хорошо учился в

школе, в университете. Оглядываясь назад, иногда думаю, надо было учиться еще лучше! (смеется) Первое высшее образование получил здесь, по специальности «Математика и информационные технологии», а второе высшее образование у меня японское, специальность «Государственное управление». Япония дала мне очень большой опыт и много связей, которые я до сих пор активно использую в этом бизнесе. Благодаря связям с Японией нам удалось установить контакт с самой крупной японской лабораторией SRL. У нас с ними сложились очень хорошие отношения, мы научились очень многому, и их научили каким-то вещам. А еще мы обучаемся у наших пациентов. У нас налажена очень хорошая обратная связь. Я всем сотрудникам говорю, что жалоба – это не негатив, а позитив. Не ошибается тот, кто ничего не делает. Конечно, иногда бывают ошибки, но это дает возможность больше эту ошибку не повторять и совершенствоваться. Мы учимся постоянно. Также мой принцип – в чем я никогда не откажу своим сотрудникам, так это в обучении. Если они хотят повысить свою квалификацию, то я готов оплатить и оплачиваю их образование. У нас в компании преусмотрены разного рода мотивационные программы, чтобы люди получали категории, звания, публиковались. Все это дает очень хороший эффект.

– Какие у компании INVIVO есть международные проекты?

– Самый большой международный проект у нас с японской лабораторией SRL. С их помощью мы смогли реализовать некоторые полезные элементы системы Кайдзен, значительно улучшили бизнес-процессы внутри и вне лаборатории, в разы повысили качество транспортировки биоматериалов и, конечно, повысили качество проведения лабораторных тестов. Оборота лаборатории SRL составляет несколько миллиардов долларов, они лаборатория №1 в Японии и третья в мире. В день они обслуживают сотни тысяч пациентов по всей Японии по такой же системе, как и у нас. Также мы работаем на рынках разных стран,

в том числе России и Кыргызстана. Там есть филиалы наших лабораторий под другими брендами. В Кыргызстане мы тоже являемся лабораторией №1 под брендом «Лаборатория Бонецкого». В России мы работаем в Сибири, на Урале и в других регионах. Поэтому можно сказать, что наш проект международный, и наши технологии, наш опыт, наш бизнес внедряются и развиваются в других странах.

– INVIVO сегодня – это не только лаборатории, но и сеть диагностических центров. Расскажите, пожалуйста, об этом.

– 3 года назад мы начали проект по визуальной диагностике, так как всем известно, что для того, чтобы установить точный диагноз, только лабораторной диагностики недостаточно, необходимы и другие виды исследований. И чтобы наши пациенты могли получить все необходимое в одном месте, мы стали внедрять новые проекты – создавать диагностические центры с оборудованием УЗИ, КТ, МРТ и др. Мы создали 7 таких центров по Казахстану – первый был создан в Алматы, далее в Караганде, Атырау, Актау, Кызылорде, Шымкенте, Таразе. Диагностические центры дают людям возможность получать все необходимые исследования в одном месте, и не нужно ходить с одного конца города в другой в поисках разного вида исследований. Этот проект мы намерены в ближайшие 3-5 лет реализовать во всех городах Казахстана.

– Скажите, чем INVIVO принципиально отличается от других лабораторий на рынке Казахстана?

– На начальном этапе мы могли поставить какой-нибудь хороший аппарат в каком-нибудь городе, открыть несколько приемных пунктов, и это было нашим отличием. Мы отличались количеством приемных пунктов и количеством оборудования. А сейчас дошли до такого уровня, когда приходится отличаться мелочами, большими мазками отличаться уже тяжело. И мы отличаемся

высокообразованным компетентным штатом, много вкладываем в развитие наших сотрудников. Используем новые технологии в процессе обслуживания пациентов – так, мы были первой компанией, которая запустила рассылку sms-уведомлений о готовности результата, и получение результатов по электронной почте. Наши пациенты могут также получить распечатку результата, введя свой код в любом платежном терминале. Вот этот журнал, наверное, тоже – наше отличие. Он ориентирован на то, чтобы делиться опытом развитых стран и лидирующих врачей Казахстана в системе здравоохранения. Мы позиционируем себя не только как лабораторную службу и диагностические центры, но и как источник получения новых знаний и информации.

- Почему, на ваш взгляд, так важно перенимать опыт прогрессивных стран?

- Потому что сейчас нет смысла изобретать велосипед! (смеется) В разви-

тых странах многие вещи уже сделаны. Особенность нашего бизнеса в том, что это не завод, не станок, который дает какое-либо преимущество. Это люди, которые работают в компании. Поэтому мы очень ценим людей, хотим, чтобы они постоянно повышали свою квалификацию и были на шаг впереди требований рынка. В странах СНГ делается 1000 - 2000 видов исследований. В Европе могут делать 4000 - 6000 видов исследований, а в Японии доступны 8000 - 10 000 видов исследований. Это показывает их прогресс. Знаете, я посетил практически все крупные лаборатории в Европе, но, когда я впервые побывал в японской лаборатории, я был шокирован. Они совсем другие и ушли далеко вперед.

- Что для вас значит команда?

- Команда для меня – это все. Я убежден, что без нее невозможно построить не то что бизнес, а какую-либо деятельность в жизни вообще. Семья — это команда, друзья — тоже команда. И я считаю, что команда, которая сейчас меня



окружает, очень высокопрофессиональная и ответственная. На мой взгляд, именно человеческие ресурсы самые важные, поэтому надо беречь своих людей, вкладывать в них, любить их, постоянно мотивировать, поддерживать. При этом всем коллегам и сотрудникам говорю, что жизнь не начинается и не заканчивается компанией INVIVO. Они будут работать в других компаниях. Хочется, чтобы их время с нашей компанией было лучшим временем жизни. Чтобы люди с удовольствием приходили на работу и с удовольствием уходили домой.

- Правда ли, что вы являетесь неким магнитом, притягивающим кадры и удерживающим их на одном рабочем месте много лет? Как вам это удается?

- Я сам по себе люблю людей и хорошо к ним отношусь, и особенно люблю своих сотрудников. Я не делю людей на разные категории и ко всем отношусь одинаково. Текучесть кадров – это индикатор, который определяет атмосферу в компании, и могу с гордостью сказать, что у нас очень низкая текучесть. Меня радует, что если люди от нас уходят, то только на повышение по должности или по зарплате. Я радуюсь, что люди ценят

и любят свою работу, и эта энергетика передается нашим пациентам. Ведь и возврат пациентов у нас тоже очень высокий.

- Правда ли, что многих в компании INVIVO вы своим личным примером мотивировали сбросить вес и заняться спортом?

- Не знаю (смеется). Да, я показал на своем личном примере, что надо заниматься спортом и можно сбросить вес. Последние три года я практически профессионально занимаюсь триатлоном, за это время сбросил почти 30 килограммов. Многие наши сотрудники занимаются спортом, наверное, какой-то мой вклад в этом есть. Это соответствует философии нашей компании. Я хочу, чтобы все больше людей вели здоровый образ жизни, активно двигались, отказались от курения. В буквальном смысле запрещаю курить во время работы, и многие сотрудники уже бросили эту вредную привычку, что не может не радовать.

- У вас был совместный проект с медицинским университетом им. С. Д. Асфендиярова. Вы выпускали





методические пособия совместно с профессурой университета в помощь практикующим врачам и обучающимся студентам. Расскажите, пожалуйста, что это был за проект?

- Знаете, в течение этих десяти лет у нас накопился уникальный опыт, и мы владеем уникальной базой данных по всем видам исследований по Казахстану. Поэтому я, пользуясь моментом, хочу пригласить всех людей, которые каким-то образом вовлечены в здравоохранение, приходит и получать наши данные, если они необходимы для научных работ. Мы в этом плане открыты. Я мечтаю, чтобы внутри нашего коллектива делали большую науку. У нас для этого есть вся необходимая инфраструктура, информация, данные. Несколько лет назад практически по всем направлениям медицины мы выпустили книги по стандартам, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В них было описание каждого вида исследований, из чего оно состоит, для чего делается, в каких случаях назначается – полная аннотация. Кроме того,

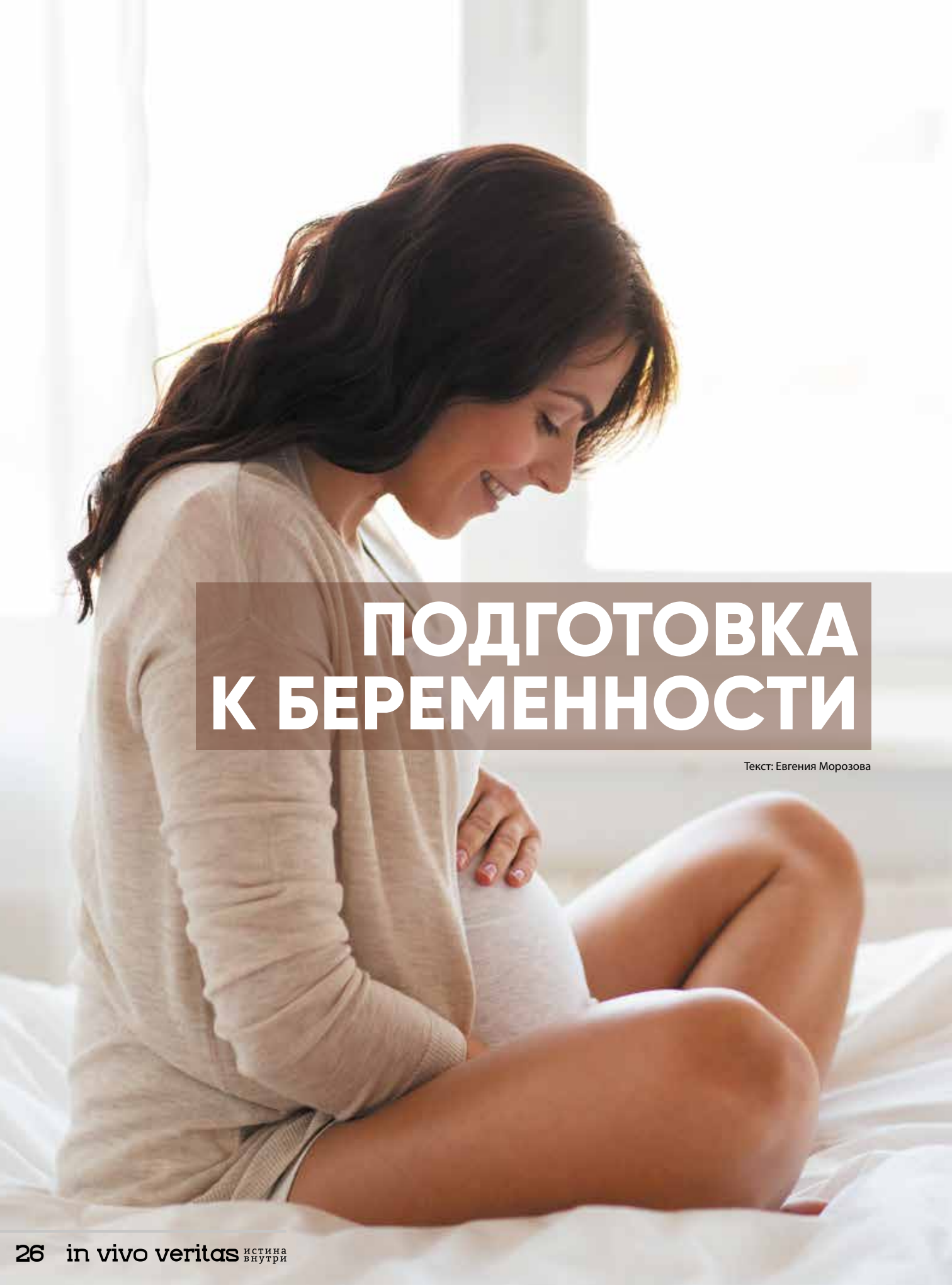
мы выпускали книги с профессорами медицинского университета. Вообще у нас выпускается очень много подобной литературы – пособий, материалов, чтобы любой врач в Казахстане получал современную информацию.

- Расскажите о планах компании на будущее. Сейчас вы предоставляете уже более 1000 видов исследований. В какую сторону будет развиваться INVIVO?

- Рутинный уровень лабораторий у нас уже создан. Сейчас мы будем двигаться глубже и перейдем на исследования на геномном уровне, когда заранее определяется склонность к тем или иным заболеваниям, рискам. Мы будем делать редкие, уникальные, очень глубокие тесты, которые позволяют предвидеть многие будущие проблемы. Будем развивать диагностические центры, планируем довести их количество до 20 - 25 по всему Казахстану от 7 существующих сейчас. Также мы открываем сеть клиник под брендом «Поликлиника 103». Идея в том, чтобы нужный врач всегда находился недалеко от дома пациента.

- В чем заключается главная философия компании?

- Мы хотим поменять психологию людей, чтобы у них вошло в привычку регулярно проверять свое здоровье и проходить обследования. Когда мы начинали этот бизнес, мы хотели переломить ситуацию, когда пациент приходит в больницу с уже запущенным заболеванием. Мы пытаемся внедрить культуру, когда профилактика — это лучше, чем лечение. Ведь многие болезни проходят очень незаметно. Статистика такова, что у нас, например, большой процент онкологических заболеваний обнаруживается на 3 или на 4 стадиях. А могли бы обнаружиться намного раньше. Вы знаете, когда я начинаю говорить о том, что надо заранее сдавать анализы, это воспринимают так, как будто я хочу, чтобы моему бизнесу было выгодно. Но со временем люди понимают, что в первую очередь это забота о самом человеке. **invivo**

A pregnant woman with long dark hair, wearing a light-colored cardigan, is sitting on a bed. She is smiling and looking down at her belly. The background is a bright window with white curtains.

ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ

Текст: Евгения Морозова

Самое первое, что должна сделать женщина при подготовке к беременности, – это посетить гинеколога и проконсультроваться.

Современные женщины – в основном, очень грамотные и очень ответственные. И очень часто первый визит к врачу они делают задолго до беременности. Их первые вопросы не о беременности как таковой, а о том, как правильно ее планировать. И это правильно. Заботиться о здоровье будущего ребенка необходимо начинать еще до его зачатия. Поэтому подготовка к такому важному периоду жизни, как беременность, в каждой семье должна быть очень тщательной. Беременность – это серьезное испытание организма.

Больной маме трудно родить здорового малыша. И потому первая рекомендация врача женщине, планирующей беременность, – это полное обследование организма. Такое обследование может помочь выявить скрытые заболевания. А если женщина уже страдает хроническими болезнями, то беременность допустима лишь при наступлении стойкой ремиссии и отсутствии обострения в течение 1-5 лет, в зависимости от характера заболевания.

Беременность редко наступает в тот день, который пара запланировала. Да и сама программа подготовки займет примерно три-четыре месяца. Цель всех обследований и анализов – убедиться в хорошем состоянии женского организма. Или выявить болезни или недомогания, чтобы у будущей мамы была возможность до беременности пройти полноценное лечение.

Будущая мама первым делом должна сдать ряд анализов: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на женские половые гормоны, общий анализ мочи, который помогает выявить проблемы с почками, бактериологический посев. И сделать УЗИ органов малого таза. Процедура выполняется, чтобы оценить общее состояние органов малого таза у женщины и отсеять возможные проблемы при родах. Эти процедуры стандартные, их назначают во всех женских консультациях и медицинских центрах.

Для более детального обследования будущую маму отправляют на консультации к эндокринологу, окулисту, терапевту, отоларингологу, стоматологу, иногда — генетику и неврологу.

При этом стопроцентно подготовиться к беременности невозможно. Некоторые инфекции, к



примеру, невозможно выявить при стандартной сдаче анализа. К таким относят хламидиоз, ВПЧ, уреаплазмоз, микоплазмоз, генитальный герпес. Это те самые инфекции, которые очень легко проникают в женский организм и очень тяжело потом оттуда выводятся. И они могут стать причиной выкидышей, бесплодия, тяжело протекающих беременностей. Для выявления таких инфекций следует сдать ПЦР (полимеразная цепная реакция).

Еще женщинам рекомендуется пройти проверку на проходимость маточных труб. Такое исследование выполняется, чтобы предотвратить внематочную беременность, особенно если женщина имела инфекционные заболевания, перенесла воспаление придатков или делала аборт. Если же у женщины уже были проблемы с вынашиванием плода или зачатием, то проводится анализ на выявление антител.

Тем, у кого были случаи самопроизвольных абортов, выкидышей и ранних родов, надо пройти гормональное обследование. Оно помогает опре-

делить уровень содержания в крови женских половых гормонов, чтобы в случае необходимости откорректировать этот показатель.

Результаты этих обследований могут быть причиной новых анализов и исследований. И некоторые из них женщина должна проходить со своим партнером.

Готовиться к беременности должна не только женщина. Пара должна этот путь пройти вместе. Чтобы ребенок родился здоровым, здоровыми у него должны быть оба родителя. Поэтому и медицинское обследование рекомендуется пройти вдвоем.

Обязательные анализы для мужчины, который планирует стать отцом, - это анализ крови для определения резус-фактора и группы и анализ на инфекции. Эти исследования необходимо пройти до зачатия, так как мужчины бывают переносчиками многих болезней, которые у них самих не проявляются, но сказываются на здоровье женщины. Вот эти обследования пара может пройти вместе.



Определение резус-фактора и группы крови будущих родителей поможет предупредить резус-конфликт. А анализ на инфекции позволит предотвратить рождение ребенка с пороками или другими врожденными заболеваниями: ЗППП, ВИЧ, сифилис, гепатит В и С, краснуха, токсоплазмоз, герпес.

Как женщине, так и мужчине при планировании беременности надо сдать анализ крови на исследование хромосомного набора. Он проводится для определения наличия у пары генетических заболеваний и вероятности рождения у них ребенка с физическими или психическими отклонениями в случае дисбаланса в хромосомных наборах родителей.

К специальным обследованиям будущих пап специалисты относят спермограмму. Она поможет определить, может ли мужчина вообще стать отцом, выявит качество спермы, количество сперматозоидов и их подвижность, а заодно и позволит обнаружить скрытые воспалительные процессы.


Обследование мужчины – это очень важный шаг в подготовке семьи к планированию ребенка. Ведь, по медицинским данным, озвученным президентом Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины Вячеславом Локшиным, частота бесплодия в Казахстане составляет в среднем 15% и не имеет тенденции к снижению. И мужское бесплодие не редкость: согласно современным данным, нарушение здоровья мужчин является причиной отсутствия детей в половине случаев.

Причин бесплодия множество. Это, во-первых, лишний вес, как у мужчин, так и у женщин. А по статистике, у 30% лиц с ожирением возникают нарушения репродуктивной системы. Во-вторых, аборт. В-третьих, заболевания, передающиеся половым путем и неблагоприятное течение беременности. В-четвертых, многочисленные перенесенные инфекционные заболевания. У мужчин - перенесенная свинка.

Примерно в 60% случаев паре можно помочь при помощи медикаментозного или хирургического лечения, а еще 40% пациентов нуждаются во вспомогательных репродуктивных технологиях. И чем раньше выявляются причины бесплодия пары, тем больше шансов с этой проблемой справиться. www.ivv.kz

Необходимые анализы при подготовке к беременности

Наименование исследования	Цель исследования	На кого направлено
Клинический анализ крови	Выявление некоторых заболеваний крови и других органов, определение состояния здоровья	Оба партнера
Биохимический анализ крови	Диагностика различных заболеваний	Оба партнера
Анализ крови на половые гормоны	Определение гормонального баланса. От наличия, избытка или недостатка перечисленных гормонов зависит степень готовности организма к зачатию, вынашиванию, рождению ребенка	Оба партнера
Гистеросальпингография	Исследование состояния матки и проходимости маточных труб	Женщина
Спермограмма	Установление фертильности и выявление возможных заболеваний половой системы	Мужчина
МАР-тест	Определение процента сперматозоидов, у которых отсутствует способность оплодотворения вследствие того, что их покрывают антиспермальные антитела	Мужчина
Биопсия эндометрия	Для выявления патологии эндометрия	Женщина
Выявление инфекций методом ПЦР	Выявление болезней, которые передаются половым путем (диагностика хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, кандидоза половых органов, бактериального вагиноза, трихомониаза, инфекционного мононуклеоза, папилломавирусной инфекции (ВПЧ), СПИДа и пр.), герпесная инфекция, туберкулез и хеликобактериоз	Оба партнера
Мазок на микробиоценоз	Оценка состояния микрофлоры урогенитального тракта, определение наличия тех или иных воспалительных заболеваний, инфекций, вирусов	Оба партнера



БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: ТЕПЕРЬ И В КАЗАХСТАНЕ

Во врачебных кругах до сих пор существует иллюзия, что болезнь Альцгеймера – явление исключительно западное. Известны случаи, когда казахстанские врачи заявляли об этом своим пациентам прямым текстом. К сожалению, отрицая болезнь Альцгеймера и ставя неверные диагнозы, медики не помогают своим пациентам. О том, как выявлять, диагностировать и лечить это расстройство, рассказывает врач-психотерапевт, генеральный директор Клиники лечения неврозов и болезни Альцгеймера Жибек Жолдасова.

Текст: Вадим Осипов

Болезнь Альцгеймера обычно диагностируется с 65 лет и старше. Это диагностический критерий во всем мире. Сам этот возраст является группой риска. Чем старше возраст, тем больше вероятность развития этого заболевания. В возрастной группе от 80 лет болезнью Альцгеймера страдают 50-60% пожилых людей. Старше 80 – еще больше. На сегодняшний день в Казахстане нет статистики по болезни Альцгеймера. По данным международных исследований, в мире складывается примерно следующая картина. В среднем, около 1% всего населения каждого государства страдает болезнью Альцгеймера. При этом с возрастом вероятность заболеть резко увеличивается. Больше половины пожилых людей страдают необратимо прогрессирующим слабоумием. Но болезнь может появляться не только в старости. Сегодня можно встретить студентов и даже детей с атрофическими процессами в головном мозге, очень похожими на болезнь Альцгеймера. Ранним началом болезни считается любой случай, выявленный до 65 лет. И таких случаев довольно много. Первой пациентке Алоиса Альцгеймера был всего 51 год. По словам Жибек Жолдасовой, в ее клинику обращается достаточно много пациентов в возрасте около 50 лет, у которых уже выявлена атрофия гиппокампа – основное проявление болезни Альцгеймера.

– Были у нас пациенты в возрасте 40 лет с аналогичными атрофическими процессами. Были и молодые люди в возрасте 23-27 лет. Данные томограммы подтверждали атрофические процессы. Назначаем им препараты, которые предназначены для болезни Альцгеймера, и через год мозг «выправляется». Конечно, мы при отсутствии анализов на содержание в крови тау-белка и бета-амилоида не можем достоверно сказать, что это болезнь Альцгеймера. Таких анализов у нас просто нет, – рассказывает Жибек Жолдасова.

В группу риска попадают люди старше 50 лет, ведущие малоподвижный образ жизни, страдающие от лишнего веса, гипертонии и сахарного диабета, постоянно находящиеся в стрессе и не умеющие расслабляться. Алкоголь может спровоцировать раннее появление болезни Альцгеймера. Атрофические процессы у детей и подростков могут быть вызваны токсикоманией – вдыханием летучих растворителей, расщепляющих липиды в головном мозге.

Западные исследования показали, что причиной возникновения болезни Альцгеймера является

накопление в головном мозге тау-белка и бета-амилоида – соединений, которые в допустимых количествах помогают нейронам проводить электрические импульсы. Если содержание этих белков увеличивается, формируются амилоидные бляшки, которые сначала снижают электропроводность нервных клеток, а затем начинают мешать нормальному обмену веществ в головном мозге и способствуют отмиранию нейронов.

Накопление белков происходит в латентной стадии, которая продолжается 5-7 лет. На этой стадии нет ярко выраженных симптомов. Нарушения когнитивных функций настолько незначительные, что на них мало кто обращает внимание. Первой снижается обонятельная функция. Человек не замечает резких запахов, начинает сильно душиться, может не замечать протухших продуктов в холодильнике. Становится трудным одновременно выполнять два вида деятельности: обедать и с кем-то разговаривать, ходить и говорить одновременно. Такие люди могут начать спотыкаться на ровном месте. Они сами говорят, что стали как будто медленнее думать и делать привычные дела.

Следующей идет легкая стадия болезни – количество амилоидных бляшек растет, и клетки мозга хуже передают импульсы друг другу. На МРТ уже видно атрофию гиппокампа. За счет того, что гиппокамп поврежден, страдают память и пространственная ориентация, а поведение и эмоциональные проявления начинают изменяться. В умеренной стадии болезни с нарастанием атрофии мозга проявляются идеи отношений: пациент воспринимает забытую или потерянную вещь не как неприятную случайность, а как чей-то злой умысел, направленный на то, чтобы навредить ему. Эти идеи создают напряженную обстановку в семье пациента. Окружающие люди будут говорить, что ссора возникла на ровном месте.

В выраженной стадии идеи перерастают в стабильный бред: пациент уверенно заявляет, что его хотят убить, отравить, избавиться от него, забрать квартиру, переписать имущество и т.д. С течением времени бред ущерба будет нарастать. В качестве поведенческих особенностей можно отметить, что во второй половине дня пациенты становятся раздражительными, конфликтными. Доходит до драк. Они могут кричать в окно или с балкона, что их убивают, насилуют, пытаются и т.п. Когда пациент не возбужден, он пассивен. В этой стадии они становятся неопрятными в одежде,



Врач-психиатр, психотерапевт,
к. м. н. Жибек Жолдасова

приеме пищи, плохо справляются с элементарным соблюдением гигиены.

В тяжелой стадии болезни Альцгеймера пациенты большую часть времени проводят в постели. Они не способны самостоятельно обслуживать себя: одеваться, принимать пищу. Перестают понимать обращенную к ним речь, а их речь становится бессвязной.

Перетекание одной стадии болезни в другую характеризуется изменением картины, выявляемой МРТ. Если на легкой и умеренной стадиях можно будет различить легкие атрофические признаки, то на выраженной и тяжелой будут видны большие цистернообразные боковые желудочки, тотальная атрофия коры и выраженная атрофия гиппокампа. Станет заметно уменьшение объема головного мозга.

Перепутать болезнь Альцгеймера в клинической картине можно только с другими видами деменции, которых не так уж много. В общей статистике

она занимает 70-80% от количества всех случаев деменции. На ранней стадии ее можно перепутать с псевдодеменцией, которая встречается у людей с выраженной депрессией и при конверсионных расстройствах. При этом пациенты не могут что-то вспомнить, но их когнитивные функции не страдают.

Так почему же казахстанские врачи не ставят такой распространенный и очевидный диагноз? Врачи «заменяют» болезнь Альцгеймера другими диагнозами: дисциркуляторная энцефалопатия 2 и 3 степени, прогрессирующая энцефалопатия, заместительная гидроцефалия (при этом не объясняя, что это такое), лейкоэнцефалопатия, цереброваскулярные заболевания. Психиатры ставят органическое бредовое расстройство, другие органические расстройства личности и поведения. То есть все, что угодно, но только не Альцгеймер.

– Так сложилось, что нас не учат изначально с института. Помню, нам в институте постоянно

говорили: «Должна быть онкологическая настороженность». В отношении диабета должна быть настороженность и т.д. Какие-то ключевые моменты мы в себе несем еще со студенческой скамьи. По Альцгеймеру настороженности не давали вообще никакой. Поэтому сейчас мы не умеем распознавать, выявлять... Хотя это очень просто. Это настолько просто, что, можно даже сказать, примитивно, - говорит Жибек Жолдасова.

В Казахстане для диагностики нарушений когнитивных функций применяются тесты MMSE. С их помощью можно выявить легкие и умеренные когнитивные нарушения, то есть еще даже не деменцию. Суть теста очень проста: пациента просят назвать сегодняшнюю дату, где он находится, сообщить свою фамилию, имя и отчество, что-то написать, выполнить арифметический тест на вычитание, тест «Рисование часов» и семантический тест (назвать месяцы в обратном порядке). В ходе теста пациенту дают три слова на запоминание, которые просят повторить спустя 2-3 упражнения. При оценке выполнения врач ориентируется на скорость и правильность ответов. Снижение когнитивных функций может стать признаком надвигающейся болезни.

МРТ дает более точную картину. Распознать болезнь Альцгеймера можно еще на скрытой стадии. Именно здесь на снимках можно наблюдать гипотрофические процессы, которые еще не перешли в атрофию.

На западе применяются более сложные и достоверные методики. Так, например, по анализам крови и спинномозговой жидкости определяют содержание тау-белка и бета-амилоида в головном мозге. Однако даже на западе эти анализы считаются дорогостоящими. В Казахстане такие технологии пока не применяются.

Препараты для лечения болезни Альцгеймера у нас в стране есть. Это две группы препаратов. Первая группа – ингибиторы холинэстеразы: ривастигмин, галантамин и максимально эффективный – донепизил. Они имеют минимум побочных эффектов и дают хороший результат у 80% больных. Если эти лекарства назначаются на легкой стадии, то компенсация получается очень хорошая. Они помогают накапливать больше ацетилхолина – вещества, которое есть в гиппокампе и отвечает за поведение, настроение, память и пространственную ориентацию.

Вторая группа препаратов – это блокаторы глутаматных рецепторов. В частности, мемантин. Если ингибиторы холинэстеразы назначают на всех стадиях, то мемантин – на выраженной и тяжелой стадии. Все остальные препараты применяются симптоматически, то есть корректируют поведение, восстанавливают сон, но не больше.


Очень важно для пациентов соблюдать режим: в одно и то же время вставать, принимать пищу и т.д. На западе учреждения для больных Альцгеймером имеют жесткий режим. Каждый день с пациентами нужно заниматься. Средства для занятий – развивающие игры для детей 3-5 лет: головоломки, паззлы, вспоминать маршруты и места по карте города. Больным показана гимнастика.

Однако лучше до болезни Альцгеймера просто не доводить, поскольку она неизлечима так же, как и диабет. Мировая практика показывает, что профилактика болезни Альцгеймера дает ощутимые результаты. Исследования в Великобритании показывают, что забота граждан о собственном здоровье заметно снижает количество больных деменцией.

Правда, единственный доказанный метод профилактики – регулярная физическая нагрузка минимум по полчаса 5 раз в неделю. Причем активность физической нагрузки должна быть интенсивной. Минимальная – это бег. Лучше всего подходят плавание, танцы, бадминтон, теннис и другие подвижные занятия, направленные на развитие координации. Начинать такую профилактику рекомендуют с 35-40 лет. Эффективность остальных методов профилактики (заучивание стихов, изучение языков, прием коэнзима-Q и др.) научно не доказана. [ivv](#)

РЕКОМЕНДАЦИЯ:

Проведите тест MMSE: попросите пациента назвать дату, где вы находитесь, назвать ФИО, дату и год рождения, далее тест на вычитание (например, от 100 отнимать по 7 – считайте, сколько ошибок), попросите прочитать слово задом наперед, попросите запомнить три слова (любые, не связанные между собой) и спустя два-три задания воспроизвести эти слова. Этот тест занимает около 10 минут приема, но по его итогам уже точно можно сказать, есть когнитивные нарушения или нет. Этот тест может стать основанием для направления на МРТ.



В Алматы прошла конференция «Передовой опыт Японии в управлении объектов здравоохранения», организованная сетью медицинских лабораторий и диагностических центров INVIVO. После чего спикеры конференции Наюки Коно – главный врач больницы при университете Киорин и Ёдзи Хирабаяши – управляющий директор сети медицинских лабораторий SRL, в эксклюзивном интервью журналу In Vivo Veritas ответили на особые вопросы об уникальном опыте Японии в сфере медицины.

ЯПОНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ ПРЕВЫШЕ ВСЕГО



- Большинство клиник в Японии находятся в частных руках. Сколько клиник, государственных и частных, приходится на миллион человек в среднем по Японии? В Токио?

Наюки Коно: Сложный вопрос. Возьмем округ Токио. В Токио около 100 частных клиник и не более 20 государственных. Там же расположено около 10 государственных лабораторий и примерно 20 частных. Вам может показаться, что этого количества недостаточно на тринадцатимиллионное население Токио. Но вы должны учитывать размер государственных клиник, они огромны. Вы себе просто не представляете их размеры. Что касается частных клиник, они хоть и считаются небольшими по японским меркам, но гораздо больше казахстанских больниц. У них большая вместимость, обслуживаемость, функционирование.

Ёджи Хирабаяши: В Японии много лабораторий, как коммерческих, так и полугосударственных, где государство владеет какой-то частью акций. В зависимости от региона их количество разнится.

Самое большое количество коммерческих лабораторий сконцентрировано в Токио.

ЦЕНЫ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ЯПОНИИ СТРОГО РЕГУЛИРУЮТСЯ ГОСУДАРСТВОМ. ДЛЯ ПАЦИЕНТА НЕТ НИКАКОЙ РАЗНИЦЫ, КУДА ИДТИ. ПОЭТОМУ КЛИНИКИ СТАРАЮТСЯ ПРИВЛЕКАТЬ ПАЦИЕНТОВ НОВЕЙШИМ ОБОРУДОВАНИЕМ.

- Каковы критерии оценки качества работы врачей? Ведь они являются по сути государственными служащими, получают фиксированную заработную плату, вне зависимости от места работы. Какие у них есть стимулы повышать квалификацию?

Наюки Коно: Я отвечу таким образом. В Японии высокая конкуренция в любой сфере, клиники заинтересованы в том, чтобы их специалисты высоко ценились. От этого зависит репутация больницы. Поэтому, несмотря на то, как доктора получают заработную плату, медицинское учреждение требует, чтобы они повышали качество

оказываемых услуг. Пациент определяется с выбором больницы и доктора на основании квалификации и опыта врачей, процента успешного излечения больных, количества успешно проведенных операций. Вся эта информация находится в свободном доступе. В каждом лечебном заведении есть научные советы. Там врачи постоянно проходят оценку качества своей работы. Поэтому наши доктора постоянно совершенствуются, повышают квалификацию, ведь иначе они могут потерять работу. У нас в медицине нет случайных людей, все под строгим контролем.

- Расскажите, какие льготы и выплаты получает роженица при рождении ребенка? Я предполагаю, что если в Японии низкая рождаемость, государство должно как-то ее поощрять?

Наюки Коно: Вы правы, в последнее время в Японии рождаемость снизилась. На одну семью приходится в среднем 1,4 ребенка. Это очень низкий показатель. Государство прилагает усилия для повышения рождаемости в таких семьях. При рождении ребенка - неважно, первый это ребенок или второй - роженица получает единовременную премию. Это довольно большая сумма, ее хватает на первые несколько месяцев содержания матери и ребенка. Я, к сожалению, не могу сказать вам точно, какая именно.

- Вы широко используете в лабораториях и больницах роботов. Расскажите, каких роботов, и какие задачи они помогают решать?

Наюки Коно: Я по специальности – врач-отоларинголог, поэтому отвечу на примере своей практики. Использование роботов в лечебных заведениях эффективно тем, что робот может быстро, без лишних разрезов попасть в труднодоступные для человека места. В случае лор-заболеваний, например, мы не можем быстро попасть глубоко в нос, если человеку требуется неотложная операция. Робот с этой задачей справляется, в этом его преимущество. Но есть и минус – использование роботов очень дорого обходится как для больницы, так и для пациента.

- А что насчет лабораторных исследований? Как применение роботов влияет на чистоту и качество результатов анализов?

Ёджи Хирабаяши: В лабораторных исследованиях очень часто применяются роботы, примерно в

60% случаев. В основном они используются для того, чтобы уменьшить человеческий фактор. Например, с сортировкой образцов лучше справится робот, чем человек. Он сделает это быстрее. А сам анализ лучше проведет человек.

- Проскальзывала информация, что Япония находится на первом месте в мире по употреблению антибиотиков. Насколько это верно? Стремятся ли ваши врачи выписывать антибиотики?

Наюки Коно: Все верно, но так было раньше. Последние 10 лет это уже не практикуется. Насколько вы знаете, последствия употребления антибиотиков достаточно негативные. Проблема настолько серьезна, что необходимость назначения антибиотика пациенту решается на научном совете, о котором мы говорили раньше. Ведь мы способствуем развитию здорового, преуспевающего населения Японии. Поэтому в последние 10 лет в Японии активно практикуется снижение употребления антибиотиков.

- Сейчас уклад японской семьи изменился. Женщины чаще стали работать, и это оставляет пожилых людей дома одних. Поэтому они стремятся провести больше времени в стационаре и чаще приходят на прием к терапевту. Государство начало организовывать специальные медицинские учреждения для пожилых людей, так ли это?

Наюки Коно: Вы очень хорошо следите за тенденциями в сфере японской медицины. Это действительно так. Раньше, в 70-80-х годах, в Японии вся семья жила вместе. Пожилые люди жили вместе с детьми. В последнее время ситуация изменилась. Сейчас у нас в Японии большинство престарелых людей живут самостоятельно, и они сами обращаются к врачам. Есть у нас и дома престарелых. Кроме этого, есть отдельные медицинские учреждения для пожилых людей, где предоставляется полный комплекс медицинских услуг, так называемые стационары дневного пребывания. Но Япония – многомиллионная страна, и на всех в таких учреждениях мест не хватает.

С другой стороны, есть большое количество людей старческого возраста, которые не в состоянии самостоятельно посетить больницу, или остались без присмотра. Это общественная проблема. Поэтому у нас есть отдельная категория медицинских работников, посещающих пожилых



Управляющий директор сети лабораторий SRL Ёдзи Хирабаяши

людей дома. Они ухаживают за такими пациентами в домашних условиях.

Другая наша особенность – японцы предпочитают умирать в больнице. При малейшем симптоме болезни они обращаются в больницу и последние минуты жизни они проводят в больнице. Большинство японцев доверяет медицинской системе, врачам, больницам. В Японии каждый человек занимается своим делом, и если он заболел, то не занимается самолечением.

Наюки Коно: Охрана здоровья человека везде одинакова. Мне кажется: нет разницы, как в Казахстане, так и в Японии, если кому-то требуется неотложная помощь, есть угроза жизни, врачи стараются приехать к такому пациенту как можно быстрее. Наша служба скорой медицинской службы помощи срабатывает оперативно – за 2-3 минуты мы можем посетить пациента. Вызов скорой помощи в Японии бесплатен. Поэтому бывают такие случаи, когда неимущие слои населения, у которых нет возможности самим добраться куда-то, используют скорую помощь в качестве

транспортного средства. Зачастую они жалуются на слабые болевые ощущения, вызывают скорую помощь и доезжают до ближайшей больницы, где их осматривает врач. После этого они отказываются от дальнейшего обследования и уходят по своим делам. Иногда таких ложных вызовов бывает до 50% в день. Это вызывает неоправданную нагрузку на скорую помощь, и риск того, что она не сможет приехать вовремя к пациенту, которому действительно нужна неотложная помощь. Это общественная проблема, которую в данное время пытаются решать местные муниципалитеты совместно с больницами.

– Часто ли на лечение приезжают иностранцы? Больницы, где лечатся иностранные граждане, это чисто коммерческие учреждения, или это те же больницы, в которых лечатся японцы? Какой процент, скажем, казахстанских больных от общего числа иностранных лечится у вас?

Наюки Коно: К нам в больницу приезжает большое количество иностранцев на лечение. В том числе, были случаи, когда приходили казах-

станции, в основном студенты, которые проходили стажировку в Японии. Дело в том, что государственная поддержка в медицинской сфере предусматривает лечение иностранных граждан тоже, как амбулаторное, так и стационарное. Я, к сожалению, не могу сказать вам больше, так как это будет разглашением личной информации пациентов.

- Какой процент из обращающихся пациентов не нуждается в стационарном лечении и направляется на обследование?

Наоюки Коно: Из трех тысяч пациентов, которых мы принимаем ежедневно, около 10 человек нуждается в безотлагательной госпитализации. Это маленький процент. Некоторые пациенты из тех, кто приходит к нам, могут записаться на прием к врачу или на госпитализацию через 3 месяца и позже, в зависимости от сложности заболевания. Все пациенты, которые нуждаются в операции, планируют ее заранее. А это выявляется обычно

при профилактических осмотрах. В год бригады скорой медицинской помощи привозят к нам около 38 000 пациентов. Это те люди, которые сами позвонили в скорую помощь. Из них около 16 000 нуждается в неотложной госпитализации. Помимо этого, в год к нам обращаются еще около 65 000 пациентов, которые приходят к нам на прием сами, из них около 900 человек нуждается в неотложной госпитализации.

Мы говорили с докторами около часа. Этого времени оказалось мало для того, чтобы задать все вопросы, подготовленные для интервью. Подводя итог, можно сказать, что японское правительство сделало все возможное, чтобы у японских граждан была возможность качественно и относительно недорого лечиться. Хотя везде есть свои нюансы: к примеру, лекарственные препараты в Японии значительно дороже, чем в других развитых странах. Тем не менее, безусловно, очень многому можно поучиться у японцев в организации системы здравоохранения. **in vivo**



Главный врач больницы при университете Киорин **Наоюки Коно**

ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ

главное – правильный диагноз

Как известно, данное заболевание - не редкость. Ввиду особенностей анатомического строения женского организма у слабого пола оно встречается намного чаще. Диагностика и лечение хронического цистита - это тема, волнующая практически треть населения планеты.

Текст: Александра Девяшина



В основе хронического цистита чаще всего лежит более глубокое (интерстициальное) воспаление тканей мочевого пузыря. Необходимо учитывать, что данная патология - это всегда осложнение каких-либо других заболеваний с источником инфицирования, откуда бактерии попадают в мочевой пузырь. Инфекция может поступать из почек, из других органов через почки, чаще всего из влагалища восходящим путем. В этой связи очень важно найти именно источник и ликвидировать его.

Европейская ассоциация урологов в 2006 году внесла предложение использовать для выявления осложненной ИМП так называемые факторы риска развития осложнений или неудач лечения. А именно: мужской пол, пожилой возраст, госпитальная инфекция, беременность, функциональные или анатомические нарушения мочевых путей, камни в мочевых путях, недавние вмешательства, наличие катетера в мочевых путях, недавнее применение антибиотика, наличие симптомов заболевания более 7 дней на момент обращения, сахарный диабет, иммуносупрессия.

ЦИСТИТ ИМЕЕТ РЯД ОЧЕНЬ СУЩЕСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Воспалительные заболевания мочевых путей обычно идут параллельно с воспалительными заболеваниями органов половой системы. В этой связи обязательно гинекологическое обследование, при котором может быть выявлено заболевание, способствующее развитию хронического цистита.

Современная медицина сталкивается с многообразием выраженности симптомов и различными реакциями на терапию. У кого-то из пациентов могут быть единичные эпизоды воспаления, поддающиеся лечению с использованием недлительных курсов антимикробной терапии. У кого-то воспалительный процесс сопровождается усиленным болевым синдромом, яркой симптоматикой, уменьшением емкости мочевого пузыря, затянутой реакцией на лечение.

Большая проблема связана с тем, что обычно к лечению цистита легкомысленно относятся сами пациенты. Неоправданно широко используются народные средства. Сейчас очень часто больные

занимаются «интернет-лечением». В результате симптомы исчезают, а болезнь остается. Мало того - переходит в запущенную форму. Следовательно, задача лечащего врача детально разъяснить последствия такого подхода к лечению, тем самым сделав все, чтобы исключить самолечение пациента.

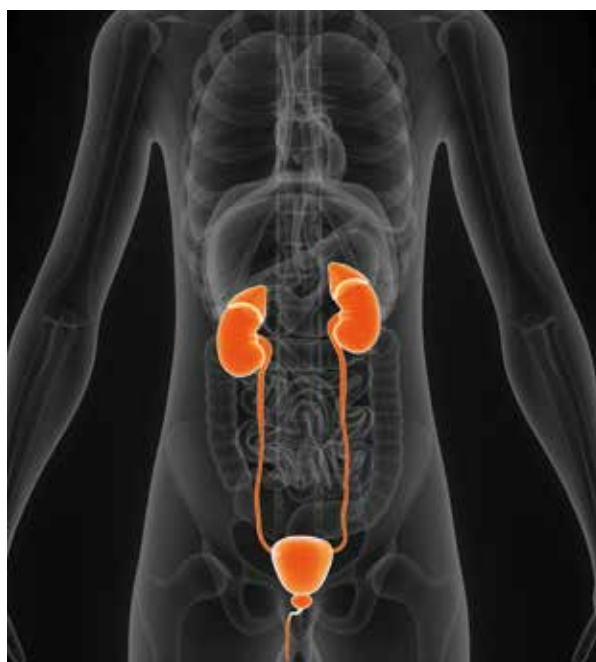
Еще одна немаловажная проблема - чувство стыда перед врачами. Больные стесняются обращаться к врачу, а значит, необходимое лечение принимают слишком поздно, в недостаточном количестве или вообще остаются без него.

Сегодня одно из распространенных осложнений хронического цистита (наряду с синдромом хронической тазовой боли) - лейкоплакия мочевого пузыря. Чаще всего она наблюдается у женщин. Детальное изучение данной патологии привело к выводу, что вызывающее ее хроническое воспаление мочевого пузыря неразрывно связано либо с патогенной микрофлорой (хламидии, влагалищные трихомонады), либо с условно-патогенной (микоплазмы, уреоплазмы, дрожжевые грибы). То есть специфического возбудителя для данного заболевания нет, но любой микроорганизм из вышеперечисленных или их ассоциация может стать причиной заболевания. И это всегда необходимо учитывать при лечении цистита, дабы не допустить подобного осложнения.

ДЛЯ АДЕКВАТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА обязательно проведение следующего ряда лабораторных исследований: ОАМ; посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам; исследование осадка мочи с помощью полимеразной цепной реакции на хламидии, уреоплазмы и микоплазмы; определение титра антител в сыворотке крови на инфекции, передающиеся половым путем. Ультрасонография органов мочевой и половой системы и комбинированное уродинамическое исследование (урофлоуметрия) – вне всяких сомнений. Непременное направление на консультацию гинеколога с исследованием мазков на предмет воспаления. Лечение всегда должно быть комплексным, направленным, в первую очередь, на санацию очагов инфекции, устранение причин рецидивов и восстановление естественных защитных антибактериальных механизмов мочевого пузыря. Комплексное лечение должно включать следующие виды терапии:


- антимикробная терапия с учетом БАК- посева мочи и чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам;
- применение противовоспалительных препаратов;
- прием болеутоляющих и спазмолитических средств;
- устранение органических и функциональных нарушений уродинамики;
- коррекция гигиенических и сексуальных факторов;
- коррекция гормональных нарушений;
- изменение pH мочи;
- проведение местного лечения в виде инстилляций мочевого пузыря;
- сухое тепло, физиотерапия;
- обязательна диета (полностью исключаются спиртное, газированные напитки, кофе, острая, соленая, маринованная, копченая еда)
- иммунотерапия.

Фактически, основная ошибка в лечении хронического цистита - его лечение без учета причины. Всегда нужно помнить, что пока не устранена причина воспаления мочевого пузыря, будут многократные рецидивы. Таким образом, формулировка диагноза обязательно должна проводиться с учетом причин, сопутствующей патологии, конкурирующих заболеваний. Только полный и развернутый диагноз позволяет проводить адекватные лечебные мероприятия. [ivv](#)



ВПЕРВЫЕ В КАЗАХСТАНЕ

метод сравнительной геномной
гибридизации на микрочипах (aCGH)



Попытки оплодотворения клеток *in vitro*, вне организма, начались в 1944 году, первым в этой области был американский исследователь Гамильтон. И в 1978 году родился первый «ребенок из пробирки». Эту операцию успешно провел ученый-физиолог, профессор Роберт Эдвардс в своей лаборатории в Великобритании. В 2010 году он получил Нобелевскую премию за разработку технологии искусственного оплодотворения. С тех пор в мире родилось шесть миллионов таких детей.

Текст: Асель Сыдыкова



ОСНОВНЫЕ ДАТЫ ПГД/ПГС:

- 1968:** Определение пола эмбрионов кролика на стадии бластоцисты
- 1978:** Рождение первого ребенка после ЭКО
- 1990:** ПГД методом ПЦР - определение пола эмбриона человека, ПГД при носительстве моногенного заболевания (муковисцидоз). Рождение первого ребенка после ПГД
- 1993:** ПГД методом FISH - определения пола эмбриона, ПГС
- 1996:** ПГД при носительстве хромосомной транслокации
- 1999:** ПГД при генетической болезни с поздней манифестацией
- 2000:** ПГД с HLA - типированием эмбрионов
- 2002:** Рождение тысячного ребенка после ПГД
- 2009:** ПГС методом arrayCGH (сравнительная геномная гибридизация на микрочипах/микроматрицах)
- 2013:** ПГС методом NGS/MPS (next generation sequencing, massive parallel sequencing)

Однако успешное экстракорпоральное оплодотворение не гарантировало нормального течения беременности и рождения здорового ребенка. Учеными стали разрабатываться методы исследования эмбрионов перед посадкой в полость матки, чтобы исключить заведомо нежизнеспособных эмбрионов или эмбрионов с патологическими хромосомными изменениями. Так в 1993 году появился метод предимплантационной генетической диагностики, так называемый FISH - метод.

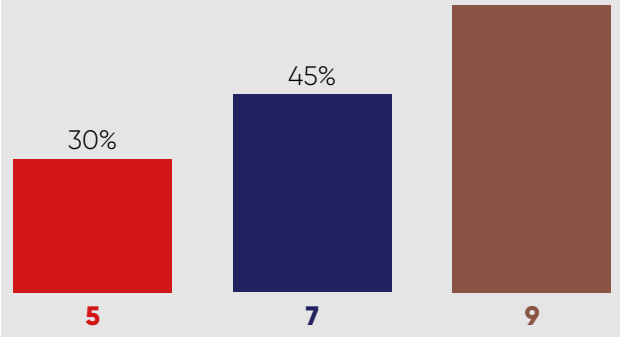
Флуоресцентная гибридизация in situ, или метод FISH (англ. fluorescence in situ hybridization — FISH), — цитогенетический метод, который применяют для детекции и определения положения специфической последовательности ДНК на метафазных хромосомах или в интерфазных ядрах in situ. In situ (лат. — «на месте», «в месте нахождения») предполагает забор ткани/клеток в том виде, в каком они присутствует в организме. Кроме того, FISH используют для выявления специфических мРНК в образце ткани. В последнем случае метод FISH позволяет установить пространственно-временные особенности экспрессии генов в клетках и тканях.

Метод FISH достаточно ограничен и не точен, ведь анализу подвергается не более 9 пар хромосом из 24. Кроме того, число ошибок составляет 7-10%, что связано с высоким уровнем мозаицизма в исследуемом материале. Для диагностики таким методом проводится биопсия клеток эмбриона на третий день его развития, к этому моменту эмбрион состоит из восьми клеток (бластомеров), и одну из них забирают на исследование. Данные зарубежных исследований показали, что извлечение одной из восьми клеток на третьем

дне развития эмбриона снижает шансы его приживаемости на 22%. При помощи этого метода можно определить наиболее часто встречающиеся заболевания: болезнь Дауна, болезнь Эдвардса, другие грубые хромосомные нарушения. Тем не менее, FISH - метод не дает развернутой картины и многое оставляет на волю случая.

Метод FISH

Количество исследуемых хромосом/доля выявленной хромосомной патологии



5 – 13 (синдром Патау), 18 – синдром Эдвардса, 21 – синдром Дауна, X – синдром Шерешевского-Тернера, Y – синдром Клайнфельтера;

7 – 16 и 22 (анеуплоидии, наиболее часто встречающиеся при неразвивающихся беременностях);

9 – 14 и 15

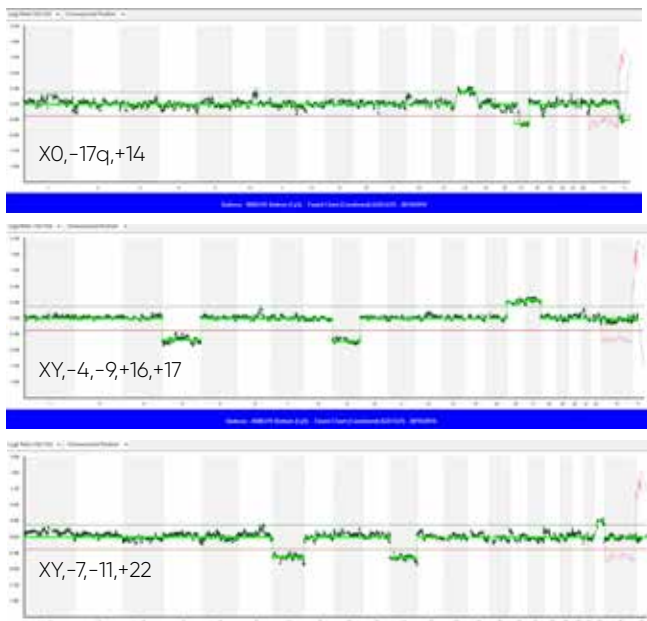
FISH: невозможность выявления структурных перестроек хромосом



Поэтому метод сравнительной геномной гибридизации на микрочипах (aCGH), внедренный в мире в 2009 году, стал в этом смысле революционным. Это техника, позволяющая диагностировать анеуплоидии и микроструктурные хромосомные аномалии **одномоментно во всех 24 парах хромосом**. Множество исследований подтвердили высокую точность, чувствительность и воспроизводимость метода. aCGH позволяет детектировать увеличение или уменьшение копийности хромосомных локусов в масштабе всего генома. В качестве инструмента используется мембрана (микрочип). В то время, как предел чувствительности классического кариотипирования составляет приблизительно

5-10 миллионов пар оснований, аCGH способен достигать разрешения не менее 100 тысяч нуклеотидов. Метод предполагает конкурентную гибридизацию меченых образцов ДНК и нормальных метафазных хромосом (тестируемая ДНК – зеленый, контрольная ДНК - красный). Соотношение зеленого и красного сигналов флуоресценции по длине каждой хромосомы указывает на любые потери или увеличения хромосомного материала в тестируемом образце.

Результаты ПГД 6-ти эмбрионов пациентки С



ПРЕИМУЩЕСТВА аCGH-МЕТОДА:

- Высокая разрешающая способность (>1000 раз по сравнению с кариотипированием);
- Скрининг всех хромосом (по сравнению с FISH);
- Возможность количественной детекции участков хромосом и однородительских дисомий;
- Автоматизация исследования;
- Простота интерпретации и объективность результатов;
- Сокращенные сроки получения результата (1-3 сут).

Предимплантационную генетическую диагностику методом FISH в Казахстане начали использовать в 2006 году. аCGH диагностика появилась только несколько месяцев назад. Мы поговорили с врачом, который внедрил и успешно использует ее в своей клинике – Вячеславом Нотановичем Локшиным, д. м. н., профессором, член-корр. НАН РК, президентом Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины. Вячеслав Нотанович рассказал, что в их клинике впервые в Казахстане они получили беременности после проведения аCGH-диагностики эмбриона: *«Такую диагностику мы провели 22 пациенткам. У четверых из них вообще не было получено здоровых эмбрионов. То есть подсадка не была осуществлена. Таким образом, стало ясно, что нужно либо повторять эту процедуру, либо перейти к донорским программам. Среди тех, кому подсадка была проведена, мы получили больше 70% эффективности.»*



Это ошеломляющая статистика, учитывая, что раньше мы получали 10% эффективности у сложной группы женщин».

КАКИМ ЖЕНЩИНАМ ПОКАЗАНА аCGH-ДИАГНОСТИКА?

Доктор рекомендует делать такую диагностику женщинам, у которых в анамнезе были мертворождения, выкидыши неясной этиологии, особенно в ранние сроки; женщинам, которые делали 3 и более безуспешных попыток ЭКО. Кроме того, метод показан всем пациенткам старшей возрастной группы. Известно, что с возрастом отмечается процесс старения половых клеток, который выражается в появлении различного рода хромосомных нарушений во время деления клеток эмбриона.

– У женщин от 20 до 30 лет примерно 20-30% получаемых эмбрионов в программе ЭКО патологически изменены. То есть они имеют хромосомные нарушения, несовместимые с жизнью. А когда мы берем женщин 38-40 лет и старше, то уже 70-80% эмбрионов, которые мы получаем, имеют хромосомную патологию. При выборе эмбриона для подсадки в полость матки мы этого не знаем, естественно, если не делать такую генную диагностику. То есть мы берем внешне обычный эмбрион, который делится первые 3-5 дней, подсаживаем, и получаем отрицательный результат. Одна из причин того, что беременность не развивается после ЭКО, – это хромосомная патология эмбриона, – рассказал профессор.



Частота хромосомных аномалий у преимплантационных эмбрионов в зависимости от возраста матери

Age(yrs)	38	39	40	41	42	43	44	45	46	P-value
No. of cycles	151	230	383	415	275	179	100	45	30	—
% Chromosomal abnormal embryos	74.0	75.6	79.0	85.8	88.2	95.0	95.7	94.2	91.1	0.001
% Embryos with complex aneuploidies	26.6	29.2	32.8	40.4	54.8	59.6	59.6	62.5	65.8	<0.001 01
% Embryos with partial aneuploidies	5.6	3.8	3.7	2.7	2.7	2.8	1.6	3.8	0.0	0.015
% Embryos with chaotic pattern	16.1	11.8	15.0	16.3	15.8	13.7	18.1	17.3	20.0	0.045

< 35 лет — 54%, 35-37 лет — 67%

СКОЛЬКО ЭМБРИОНОВ НУЖНО ПОДСАЖИВАТЬ?

Новые разработки диктуют новые условия. После проведения аCGH-диагностики эмбриологи могут подсаживать не более одного здорового эмбриона. Ведь вынашивание и рождение многоплодной беременности связано с большими рисками.

– Сегодня во многих северных странах, таких, как Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция, запрещено подсаживать больше одного эмбриона. Особенно молодым женщинам до 38 лет. Проблемы, которые влечет за собой многоплодная беременность, колоссальны. Выхаживание недоношенного ребенка стоит десятки тысяч долларов. Поэтому сейчас в мире приняты такие правила, – объяснил доктор.

СКОЛЬКИМ ПАРАМ МОЖЕТ ПОНАДОБИТЬСЯ ТАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ?

В Казахстане статистика бесплодия примерно такая же, как и во всем мире – 12-15%, в зависимости от региона. Если принять во внимание, что в год в Казахстане заключается 150-160 тысяч браков, это означает, что примерно 20 тысяч пар будут иметь проблемы с деторождением. «Не менее 40% из них нуждается в проведении ЭКО. Остальным 60% можно помочь лекарствами, операцией или лечением у специалистов. Таким образом, потребность в ЭКО в Казахстане составляет около 8-9 тысяч программ. А если взять данные Европейской Ассоциации, то на миллион населения нужно



Профессор, д.м.н., член-корр. НАН РК, президент
Казахстанской Ассоциации репродуктивной
медицины **Вячеслав Локшин**

делать 1000 программ. Значит, у нас получается 17 тысяч программ. Но пока государственное финансирование на эти цели небольшое - к примеру, в этом году мы будем проводить 900 государственных программ. Конечно, доля предимплантационной генетической диагностики очень низкая, где-то на уровне одного - полутора процентов от всех проводимых программ. Я думаю, в будущем мы будем делать не меньше 500-600 программ только генетической диагностики в год», - рассказал Вячеслав Нотанович.

КАКОВА СТОИМОСТЬ aCGH-ДИАГНОСТИКИ?

– Это довольно дорогостоящий метод. Мы закупили специальное оборудование для проведения этого анализа. В основном цена складывается из стоимости реактивов, они очень дорогие. Оценка одного эмбриона на все хромосомы стоит примерно 130 тысяч тенге. Это значит, что если мы у женщины получаем 5 эмбрионов, соответственно, эту сумму нужно умножить на 5. Это дополнительные 700-800 тысяч тенге к стоимости самой программы ЭКО. Но, к сожалению, по-другому сегодня нельзя, - поделился профессор. Известны случаи, когда женщины делали по 7-8 безуспешных попыток ЭКО и смогли забеременеть

только после проведения aCGH-диагностики. С этой точки зрения метод становится выгодным, ведь вместо того, чтобы делать одну неудачную попытку за другой, теперь можно провести диагностику и сделать одну, но с большей степенью вероятности удачную программу ЭКО.

По словам Вячеслава Нотановича, в данный момент они готовы оказывать помощь в проведении aCGH-диагностики клиникам по всему Казахстану. И для всех такое сотрудничество будет выгодным. Чем больше реактивов будет закупаться, тем дешевле они будут стоить. Даже в Лондоне такой анализ проводится не во всех клиниках, так как не каждая лаборатория может позволить себе закупить оборудование. Поэтому все анализы направляются в несколько лабораторий, которые специализируются на проведении такой диагностики. Та же ситуация наблюдается в Москве, где только одна клиника из ста делает aCGH-диагностику. К сожалению, сейчас, по словам спикера, нет перспектив ввода этой диагностики в систему государственной поддержки. Во-первых, врачам нужно набраться опыта проведения этого анализа. А, во-вторых, государство пока не обладает достаточными финансовыми средствами.

А ЕСТЬ ЛИ МИНУСЫ?

Несомненным минусом этого метода является его высокая стоимость. Кроме того, такая диагностика



ОГРАНИЧЕНИЯ МЕТОДА aCGH:

- Сбалансированные перестройки:
 - o Реципрокные транслокации;
 - o Инверсии;
 - o Робертсоновские транслокации;
 - o Реципрокные инсерции.
- Несбалансированные перестройки за границей разрешения:
 - o Точечные мутации;
 - o Тринуклеотидные экспансии;
 - o Делеции / дупликации (ниже границы чувствительности).
- Результаты оцениваются совместно с методами классической цитогенетики.



не дает стопроцентной эффективности. По словам Вячеслава Нотановича, в медицине вообще редко бывает 100% эффективность. Кроме того, подсадка осуществляется в свежем овуляционном цикле пациентки, что может быть не совсем удобно для приезжих.

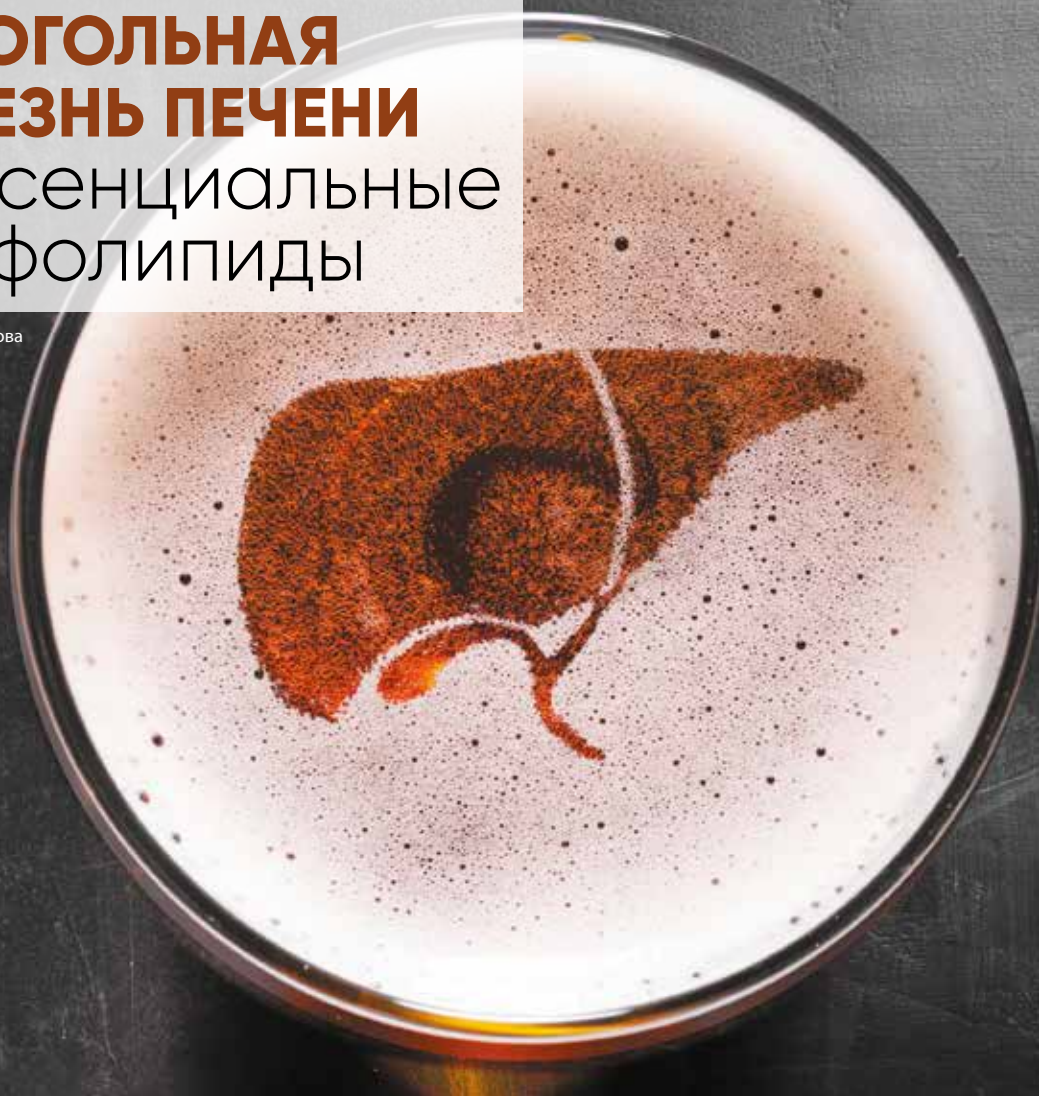
– В данный момент у нас на учете по беременности состоят 12 женщин после этой диагностики. Они прошли первый скрининг, который показал, что у них нормально протекающая беременность. Конечно, после рождения ребенка будет видно, это еще не стопроцентный результат. Даже самая лучшая генетическая диагностика все равно оставляет какие-то вещи, которые мы не знаем. Я

считаю результат после программы ЭКО стопроцентным только когда женщина рождает здорового ребенка. Все остальное – биохимический анализ, показывающий, что женщина беременна, или первое сердцебиение плода – еще не результат, – рассказал профессор.

Конечно, аCGH-диагностика еще не ставит точку в исследовании эмбриона. Сегодняшние технологии уже позволяют определять геномный набор, быть более уверенным, что все хромосомы в ДНК правильно сложены. В Казахстане пока это недоступно, но Вячеслав Нотанович уверен, что в скором будущем и эта техника появится у нас. **ivv**

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ И ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ

Текст: Евгения Морозова



Алкогольная болезнь печени - это повреждение ткани печени, вызванное систематическим употреблением алкоголя. Возникает при длительном, 10 лет и более, употреблении алкоголя. Среднесуточная доза алкоголя, которая может вызывать алкогольную болезнь печени, составляет у мужчин 40-80 г в пересчете на чистый этанол. Для женщин безопасной дозой считается 30 грамм этанола в сутки. Это составляет 100-200 мл водки, 400-800 мл сухого вина, 800-1600 мл пива. В 1 мл алкоголя содержится примерно 0,79 г этанола.

- Алкогольная болезнь печени может проявляться симптомами жировой дистрофии печени, так называемого стеатоза, алкогольного гепатита и цирроза. Самой ранней и обратимой стадией повреждения печени вследствие злоупотребле-

ния алкоголем является стеатоз, - отметил Карл Гундерманн на семинаре, посвященном болезням печени, их диагностике и лечению.

Семинар, организованный компанией Sanofi, проходил в Алматы и вызвал большой интерес у медицинской общественности. Не часто к нам приезжают медицинские звезды мировой величины, а именно таким является Карл-Йозеф Гундерманн, известный немецкий специалист, один из создателей оригинального препарата эссенциальных фосфолипидов («Эссенциале форте Н» и «Эссенциале Н»), профессор факультета фармакологии Померанского медицинского университета.

Тема семинара – «Болезни печени и эссенциальные фосфолипиды, - сейчас очень актуальна. Во всем мире сегодня наблюдается рост употребле-



Доктор химических, медицинских наук,
профессор **Карл Гундерманн**

ния алкоголя. Ежегодно от алкогольной болезни печени умирает около 20 000 человек. Более половины активно принимающих алкоголь мужчин не доживает до 50-ти лет. Высокая частота АБП при злоупотреблении алкоголем обусловлена тем, что печень является органом, метаболизирующим 75-98% поступившего в организм этанола.

- Под влиянием алкоголя в печеночных клетках запускаются процессы, которые приводят к разрушению клеточных мембран. Помимо этого, вырабатываются вещества, блокирующие механизмы регенерации печени. Долгое и постоянное воздействие токсических доз алкоголя на печень приводит к тому, что вместо разрушенных печеночных клеток формируется плотная жировая ткань. Она уже не может выполнять те многочисленные функции, которые должны выполнять печеночные клетки, не может обеспечивать основные жизненно важные процессы в организме. Кроме того, плотная жировая ткань препятствует нормальному внутреннему кровообращению. Впоследствии образуется портальная гипертензия с увеличением селезенки. А внутреннее кровотечение из расширенных вен желудка и пищевода является реальной угрозой для жизни человека, - пояснил **Карл Гундерманн**.

При этом он заметил, что у разных людей размеры повреждения печени будут разными даже при

одинаковом потреблении алкоголя - это зависит от их индивидуальной чувствительности к токсическому действию алкоголя. К тому же, на это влияют факторы возраста, генетических особенностей, типа употребляемых напитков, наличия вирусов гепатита, этнической принадлежности и даже пола. У женщин алкогольная болезнь печени развивается быстрее, чем у мужчин, и при употреблении меньших доз алкоголя. Эти различия обусловлены разными уровнями метаболизма алкоголя, скорости его всасывания в желудке, разной интенсивностью продукции цитокинов (цитокины - белки активированных клеток иммунной системы, обеспечивающие межклеточные взаимодействия) у мужчин и у женщин.

- *О симптомах. На первой стадии алкогольной болезни печени практически в 90 процентах случаев регулярного злоупотребления алкоголем более 10 лет возникает жировая дистрофия печени. Чаще всего она протекает бессимптомно, иногда больные отмечают пониженный аппетит и периодические тупые боли в правом подреберье, возможно тошноту. Острый алкогольный гепатит также может протекать без выраженных клинических симптомов либо иметь молниеносное тяжелое течение, приводящее к летальному исходу. Но чаще всего признаками алкогольного гепатита являются болевой синдром, диспепсическое расстройство, слабость, расстройство аппетита. Бывает и печеночная желтуха. В половине случаев острый алкогольный гепатит сопровождается гипертермией. Хронический алкогольный гепатит протекает длительно с периодами обострений и ремиссий. При прогрессировании алкогольной болезни к симптомам гепатита присоединяются признаки, характерные для развивающегося цирроза печени, -* рассказал профессор.

Он отметил, что лечение АБП заключается, в первую очередь, в полном отказе от употребления алкоголя. В стадии алкогольного стеатоза отказ от алкоголя может привести к значительному или полному регрессу заболевания.

- *Но мы-то понимаем, что пациенты не всегда говорят полную информацию о принимаемых дозах алкоголя, -* добавил профессор. - *По самым нашим радужным предположениям, соблюдают рекомендации отказа от алкоголя не более трети пациентов. Еще одна треть пациентов просто немного снижает дозу употребляемого алкоголя, а оставшаяся часть страдающих АБП продолжает употреблять спиртное в привычном объеме.*

Причем прекращают прием алкоголя, как правило, лица с невысокой толерантностью, с отсутствием или слабым синдромом похмелья, мнительные и лица с высоким социальным статусом.

Помимо отказа от алкоголя, специалисты рекомендуют для лечения алкогольной болезни печени своим пациентам специальную диету - увеличение белка в пище (1,0–1,5 г/кг), увеличение ненасыщенных жирных кислот и применение эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ).

- Гепатопротективный эффект ЭФЛ широко известен. Широкие регенераторные действия печени связаны с ее способностью производить новые клеточные мембраны. Как известно, фосфолипиды содержатся в достаточно большом количестве во многих продуктах питания: яйцах, печени, мясе, семенах подсолнечника, кукурузе, соевых бобах. Но они не могут рассматриваться в качестве лечебных пищевых источников фосфолипидов, поскольку содержат другие компоненты, такие, как холестерин, масла, эфиры. Чтобы получить терапевтический эффект, в медицине применяется специально разработанная лекарственная субстанция ЭФЛ, очищенная от масел и нежелательных примесей, активным началом которой и является полиненасыщенный фосфадитилхолин (ФХ). В этом состоит существенное отличие лекарственной субстанции ЭФЛ от фосфолипидов, содержащихся в живых организмах, где преобладают насыщенные или мононенасыщенные жирные кислоты. Именно полиненасыщенная форма ФЛ обеспечивает целый ряд фармакотерапевтических эффектов, - пояснил Гундерманн.

Оригинальным препаратом эссенциальных фосфолипидов является «Эссенциале форте Н». Этот препарат в последние годы убедительно занимает ведущую позицию в группе гепатопротекторов – его широко и успешно применяют во многих странах мира. Препарат «Эссенциале форте Н» является наиболее изученным среди препаратов, содержащих эссенциальные фосфолипиды. Эффективность и безопасность препарата продемонстрированы в большом количестве в клинических исследованиях.


В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании больных острым алкогольным гепатитом 53 пациента принимали «Эссенциале форте Н» по 12 капсул в сутки. 51 пациент получал плацебо в течение 2 лет. В результате в ходе исследования

была отмечена заметная тенденция к увеличению выживаемости в исследуемой группе по сравнению с плацебо (69% и 49% соответственно).

В другом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании приняли участие 40 пациентов с алкогольным жировым гепатозом. 20 больных принимали «Эссенциале форте Н» по 2 капсулы 3 раза в сутки в течение трех месяцев, а 20 больных принимали плацебо. В результате терапии у больных 1-й группы, получавших «Эссенциале форте Н», отмечалось улучшение показателей биохимического анализа крови: АЛТ, АСТ, ГГТ и щелочной фосфатазы, билирубина.

- ЭФЛ при алкогольной болезни печени обеспечивают защиту и восстановление клеточных мембран от повреждения и после повреждения, обусловленного токсическим действием метаболитов алкоголя, малонового альдегида и ацет-альдегида. За счет наличия непредельных связей в молекуле ЭФЛ обладают местным антиоксидантным действием, нейтрализуют продукты перекисного окисления и другие окислительные процессы, индуцируемые употреблением гепатотоксичных доз алкоголя, - подчеркнул Карл Гундерманн.

Действие ФХ реализуется не только в области внешних клеточных мембран, но и во внутренних, например, митохондриальных мембранах. Применение ФХ оказывает протективное действие на внутриклеточные мембранные структуры, митохондрии, лизосомы, пероксисомы.

- Хочу обратить ваше внимание на то, что алкогольная болезнь печени и неалкогольная жировая болезнь печени - это заболевания, в патогенезе которых много общего. Тот же стеатоз печени гистологически выявляется у 46% пациентов с ожирением, не злоупотребляющих алкоголем, и у 95% – с ожирением, употребляющих алкоголь в гепатотоксичных дозах. И многое, что уже было сказано о НАЖБП, о причинах появления болезни и способах ее устранения, можно смело отнести и к АБП, в том числе и в плане профилактики и лечения. В этом кроется объяснение того, что неотъемлемым звеном терапии патологии печени токсического и метаболического генеза являются эссенциальные фосфолипиды, среди которых «Эссенциале форте Н» является патогенетически обоснованным и высокоэффективным оригинальным средством, - сказал в заключение лекции профессор. 



Эссенциале® форте Н

ЗАЩИЩАЕТ И УСКОРЯЕТ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ

АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

Эссенциальные фосфолипиды из соевых бобов, содержащие 76% (3-сп-фосфатидил)-холина, 300,0 мг

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- стеатоз печени (жировая дистрофия печени)
- токсические повреждения печени
- острые гепатиты
- хронические гепатиты
- алкогольная болезнь печени
- лекарственные поражения печени
- несбалансированное питание, сопровождающиеся отсутствием аппетита и ощущением тяжести в правом подреберье

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Эссенциале® форте Н предназначен для применения у взрослых и детей старше 12 лет (с массой тела более 43 кг).
Разовая доза составляет 2 капсулы (600 мг эссенциальных фосфолипидов).
Суточная доза составляет по 2 капсулы 3 раза в день (1800 мг эссенциальных фосфолипидов).
Эссенциале® форте Н нужно принимать, не разжевывая, вместе с пищей, заливая достаточным количеством воды (например, стаканом воды).
Продолжительность приема не менее 3-х месяцев.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Иногда: боли в желудке, легкое послабление стула.
Редко: диарея.
Очень редко: аллергические реакции в виде сыпи и крапивницы.
Частота неизвестна: зуд.
Прием Эссенциале® форте Н должен быть прекращен в случае возникновения вышеперечисленных побочных эффектов, особенно, в случае повышенной чувствительности. Пациент должен обратиться к врачу, который оценит серьезность симптома и примет адекватные меры для его устранения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Больные с известной гиперчувствительностью к соя-содержащим препаратам и/или другим компонентам препарата. Не рекомендуется принимать детям до 12 лет, во время беременности и кормления грудью.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК

Без рецепта

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНЫМ ТЕКСТОМ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ И ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.

SANOFI

www.sanofi.kz – www.sanofi.com

PK-ЛС-5№016211 от 27.03.2015.
Действителен до 27.03.2020
ТОО «Санofi-авентис Казахстан»
050013, г. Алматы, ул. Фурманова, 187 «Б»
Тел.: +7 (727) 244 50 96 - Факс: +7 (727) 258 25 96



invivo

диагностика



Высокоточная диагностика МРТ и КТ в 7 городах Казахстана

г. Алматы

ул. Карасай Батыра, 123,
уг. ул. Муратбаева

г. Атырау

мкр. Алмагуль, 16 А

г. Кызылорда

ул. Скаткова Ф., 105

г. Шымкент

ул. Ташенова, 39

г. Актау

мкр. 26, д. 71, больничный
комплекс №91
(мед. центр «Денсаулык»)

г. Тараз

пр. Абая, 150 Б,
уг. ул. Ташкентской

г. Караганда

ул. Таттимбета, 8/1,
ул. Бирюзова, 22
(Городская больница №91)

www.invivo.kz

НАМ
10
ЛЕТ

