

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА

#1 ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2021 Г.



ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Крем "Финотерб"
при лечении
грибковых заболеваний кожи

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Новые технологии в лечение
гидроцеле у взрослых
и детей

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Нужно ли развивать
фито-рынок Казахстана?

ТЕХНОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ziziphora clinopodioides lam.
Перспективті дәрілік түрінің
ерекшеліктері және таралуы

Ежемесячное издание для работников органов управления здравоохранением, в том числе фармацией, врачей, провизоров, фармацевтов и широкого круга специалистов, работающих в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, сотрудников медицинских вузов и колледжей.

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации результатов научной деятельности, индексируется в РИНЦ.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ:

- Законы и нормативные правовые документы, регламентирующие сферу обращения лекарственных средств.
- Актуальная информация о лицензировании, регистрации, сертификации и стандартизации лекарственных средств, оперативные материалы Фармакологического и Фармакопейного центров Минздрава РК.
- Анализ фармацевтического рынка республики и стран СНГ, тенденций и проблем его развития.
- Новости медицины и фармации, клинической фармакологии, поиск, исследования и эксперименты в области разработки и создания новых эффективных медицинских препаратов, в том числе отечественного производства.
- Мнение специалистов и экспертов о лекарственных препаратах, презентация фармацевтических и медицинских компаний и их продукции, а также широкое освещение практической деятельности аптечных организаций и медицинских центров.
- Материалы по истории медицины и фармации республики.
- Консультации специалистов по вопросам, касающимся фармации, регистрации и перерегистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

ТАРИФЫ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:

Публикация научной статьи*
(объемом до 10 страниц) - **15 000 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов на обложке - **70 349 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов на внутренних страницах - **64 629 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов в формате
социальной рекламы (коллаж) - **29 900 ТЕНГЕ**

Примечание: *за каждую страницу свыше 10 страниц,
доплата 1000 тенге за страницу

Ежемесячный журнал о рынке лекарственных средств и медицинских изделий

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств
и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Редакционный совет

А.И. Гри-зодуб (Украина)
Д.В. Гринь-ко (Беларусь)
А.З. Зурди-нов (Кыргызстан)
Калиева Ш. С. (Казахстан)
И.Р. Кулма-гамбетов (Казахстан)
В.Н. Лок-шин (Казахстан)
М.К. Маме-дов (Азербайджан)
Т.С. Нурго-жин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Россия)
Д.А. Сычѐв (Россия)
Елена Л. Хараб (США)

Редакционная коллегия

Н.Т. Алдиярова
А.Е. Гуляев
П.Н. Дерябин
М.И. Дурманова
Х.И. Итжанова
Ж.А. Сатыбалдиева
З.Б. Сахипова
Е.Л. Степкина
А.У. Тулегенова

Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,
тел.: +7 (727) 273 03 73,
+7 (747) 373 16 17 (WhatsApp).
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
веб-ресурс: www.pharmkaz.kz.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина,
Узбекистан, Кыргызстан,
Беларусь, Азербайджан,
Латвия, Литва,
Пакистан, Турция

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры,
информации и общественного согласия
Республики Казахстан.

Свидетельство об учетной регистрации
№3719-Ж от 19.03.2003 г.

Контактные телефоны:

+7 (727) 273 03 73, +7 (747) 373 16 17.

Подписной индекс: 75888

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности (приказ Комитета от 10.07.12 г., №1082), индексируется в РИНЦ (на платформе научной электронной библиотеки elibrary.ru).

В журнале используются фотоматериалы и изображения из открытых интернет источников.

СОДЕРЖАНИЕ

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

А.Я. Утепова, З.Н. Досумбекова. Ауыз қуысы шырышты қабығының герпестік зақымдануы бар науқастарды кешенді емдеуді ацикловир, медовир қолдану.....	4
А.М. Оспанова. Крем "Финотерб" при лечении грибковых заболеваний кожи.....	6
С.Ж. Серикбаева, Н.Ж. Орманов. Влияние гирудотерапии на вегетативные нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции.....	8
А.Ю. Толстикова, С.З. Ешимбетова. Проблема зависимости от синтетических наркотиков и современные подходы к психофармакотерапии.....	12

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

А.Нургалиева, А.Е. Ерлан, А.М. Бабашев, Г.Асан. Теоретические основы адаптации студентов К учебным нагрузкам посредством гипоксических тренировок.....	16
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

С.З.Ешимбетова, А.Ю.Толстикова. Комплексное лечение резистентной формы шизофрении, преимущественно, с негативными симптомами.....	20
С.И. Ибрагимова, Г.А. Джунусбекова, Г.О. Нускабаева. Распространенность предиабета у лиц с ожирением.....	25
А.Г. Исаева, Л.Ш. Касенова, Л.Д. Бекжанова, А.М. Абдукалыков, З.М. Аташова, Н.М. Аскарлова. Проблемы сочетания туберкулеза органов дыхания с муковисцидозом.....	28
С.Ж. Серикбаева, Н.Ж. Орманов. Нейрореабилитация гирудотерапией когнитивных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции.....	31
Қ.Р. КҮНЕШОВ, Ш.М. СЕЙДИНОВ, Е.А. ПЕРНЕБЕКОВ. Новые технологии в лечение гидроцеле у взрослых и детей.....	36
Қ.Р. КҮНЕШОВ, Ш.М. СЕЙДИНОВ, Ж.И. БАЙТҰРСЫНОВ. Гидроцеле науқастарындағы склеротерапия.....	39
Е.Ғ. САРУАРОВ, Г.О. НУСКАБАЕВА, К.С. БАБАЕВА, К.С. ИДРИСОВ. Жүрек-қан тамыр ауруларын анықтау үшін қолданылатын негізгі шкалалардың қауіптілік көрсеткішін анықтаудағы сенімділігі.....	44
Р.С. Кузденбаева. Симптоматический эритроцитоз.....	46
С.Ж. Серикбаева, Г.С. Кайшибаева, Г.Б. Абасова. Влияние гирудотерапии на инсомнические нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции.....	48

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- А.Я. Утепова, Ш.М. Атенова. Распространенность кариеса зубов у детей и проведение образовательной программы профилактики среди дошкольников и школьников младших классов..... 55
- Ә.Р. Жақсылық, Л.К. Көшербаева. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымындағы орта медициналық персоналдың кадрлық әлеуетін жоспарлау..... 52
- К.Н. Дюсупова, Ж.Т. Уап, В.Б. Камхен. Состояние психического здоровья медицинских работников (на примере восточно-казахстанского областного специализированного медицинского центра)..... 58
- Г. Б. Нуралиев, А. А. Бабаева. Нужно ли развивать фито-рынок Казахстана?..... 62
- Ж.А. АМАНТАЕВА, Л.К. КОШЕРБАЕВА. Медициналық қ көмектің сапасын жетілдіру мақсатында алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарында пациенттердің шағымдарын басқару..... 65

ОЦЕНКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

- А.Мынбай, У.С.Кемельбеков, А.Т.Олжабай. Исследование материалов защитного комплекта от особо опасных инфекций тип I-IV на пропускание атомосферных аэрозолей и пыли на анализаторе частиц и методом микроскопии..... 70

ТЕХНОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

- К.Г. Гафурова, К.К. Кожанова, Б.Г. Махатова, С.Е. Момбеков. Жоңғар сиырқұйрығын (*Verbascum Songaricum Schrenk*) дәрілік шикізат ретінде пайдалану перспективалары..... 78
- А.А. Анарбек, А.Т. Мамурова, Н.З. Ахтаева, С.Т. Назарбекова, А.Б. Ахметова, Л.Н. Киекбаева, Л.К. Бекбаева, А.С. Нурмаханова, А.С. Сейлхан, Н.М. Ибишева. *Ziziphora clinopodioides lam.* Перспективті дәрілік түрінің ерекшеліктері және таралуы..... 80
- А.Т. Мамурова, А.Т. Исаханова, О.Б. Тлеуберлина, Н.З. Ахтаева, А.Б. Ахметова, Л.Н. Киекбаева, Л.К. Бекбаева, А.С. Сейлхан, Б.Б. Осмонали, А.Ж. Темірбай. Қырғыз Алатауы өсімдік жамылғысында кездесетін дәрілік *Sarparis Spinosa L.* (с. *Herbacea Willd.*) Өсімдігінің морфологиялық және экологиялық ерекшеліктері..... 83
- Г.Б. Әбілжан, Қ.Қ. Қожанова, С.Е. Момбеков. Түктесін сіркеағаш (*Rhus Typhina L.*) Өсімдігінен сұйық экстракт алу технологиясы..... 87

ЮБИЛЕЙ

- Профессору Алме Боранбековне Шукирбековой – 60!..... 90

ГИДРОЦЕЛЕ НАУҚАСТАРЫНДАҒЫ СКЛЕРОТЕРАПИЯ

Түйін: Мақалада гидроцеле науқастарын емдеу әдістері туралы әлемдік әдебиеттерге шолу жасалады. Операциялардың әртүрлі әдістерінің эволюциясы мен нәтижелері сипатталған. Аз инвазивті әдістерге ерекше назар аударылады-әртүрлі дәрілік заттармен гидроцелді пункциялау және склероздау. Алынған нәтижелер дәстүрлі хирургиялық емдеу әдісімен салыстырғанда склеротерапияның минималды инвазивтілігі мен тиімділігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: гидроцеле, склеротерапия, гидроцелді жедел емдеу.

Гидроцеле проблемасы қазіргі әлемде өте өзекті, бұл аурудың кең таралуына және емдеу әдісін таңдауға қатысты консенустың болмауына байланысты. Гидроцеле 1,5-тен 3,9-ға дейін репродуктивті жастағы ер адамдарда [1, 2] және егде жастағы ер адамдарда кездеседі. Кейбір елдерде ерлердің жыныс мүшелерінің аурулары арасында гидроцелемен ауыратын науқастарда операциялардың пайызы 33,3-ке жетеді [3]. Егде жастағы және көрілік жастағы еркектерде гидроцеленің себебі көбінесе жүрек қызметінің декомпенсациясы жоғарылайды және ұрық жарғақшаларының микроцеркуляциялық өзегінде қанның ағысына байланысты оның адсорбциясы едәуір төмендейді, бұл өз ұрық мембранасының жапырақтары арасында сұйықтық жиналуына әкеледі [4]. Ауру косметикалық ақау түрінде көрінуі мүмкін-қозғалыс, зәр шығару және жыныстық қатынас кезіндегі ыңғайсыздық, кейде ауырсыну сезімі, бұл науқастардың өмір сүру сапасын едәуір нашарлатады. Сонымен қатар, гидроцеле, ұрықтың және лимфа ағындарының қанмен қамтамасыз етілуін бұзады, тестикулалардың секреторлық қызметіне теріс әсер етеді, бұл жағдайлардың 20-30%-ында эякуляцияның өзгеруіне және ұрықтың тіндерінде құрылымдық өзгерістердің пайда болуына әкеледі. Сондай-ақ, гидроцеле басқа факторлармен қатар-аталық бездің қатерлі ісіктерінің дамуына әсер етеді [5, 6]. Сондықтан гидроцелді сапалы емдеу қажеттілігі күмән тудырмайды.

Гидроцеле диагностикасы анамнезді жинауды, тексеруді, диафаноскопияны және ультрадыбыстық зерттеуді (УДЗ) қамтиды. Бұл ауруды диагностикалауда патологиялық өзгерістердің сипаты туралы ақпаратты тез, тиімді және қауіпсіз алуға мүмкіндік беретін кешенді УДЗ маңызды болып табылады [7, 8].

Гидроцелені диагностикалау кезінде емдеу әдісін таңдау және болжау кезінде үлкен маңызы бар классификация қажет. Туа біткен гидроцеле бар, ол іш қуысымен байланысуы не байланыспауы мүмкін және жүре пайда болған бар. Жүре пайда болған гидроцеле, өз кезегінде, бастапқы (немес идиопатиялық) және қайталамалы (немесе реактивті, симптоматикалық) болып бөлінеді, оның себебі жарақаттар, ісіктер, инфекциялар, қабыну аурулары болуы мүмкін [9]. Сондай-ақ, гидроцеле өткір және созылмалы, бір жақты және екі жақты болып бөлінеді.

Ұманы қарап тексергенде, сіңір астындағы алмұрт тәрізді пішінде ісінуі анықталады. Ісіну ауыртпалықсыз, пальпация кезінде

оның беті тегіс және тығыз серпімді консолидациясы бар. Диафаноскопиядағы ең тән белгі бұл ісінуің мөлдірлігі [9].

Гидроцелді емдеу әдісін таңдау урологтар арасында көптеген келіспеушіліктерді тудырады. Н. Singh (2010) алғаш рет қанағаттанарлық нәтижемен гидроцеле фитотерапиясы туралы хабарлады [9].

Бүкіл әлемде ұманың сұйық көлемді түзілімдерін емдеудің аз инфазивті әдістерін клиникалық практикаға енгізуге қарамас-тан, көптеген клиникаларда әлі күнге дейін аурудың асқынулары мен рецидивтерінің көп мөлшерімен туындауы мүмкін [5] негізінен ашық операциялық араласулар қолданылады [10, 11]. Егде жастағы емделушілерде емдеу әдісін таңдау кезінде елеулі еңбек туындайды.

Қазіргі уақытта гидроцелені емдеудің көптеген әдістері бар, олардың арасында ашық операцияларды (Бергман, Винкельман, Лорд, аталық ұрықтың қынап қабықшасының плазмокоагуляциясы) және аз инвазивті (ұрық қабықшасының бейнеассистирленген кесілуі, склеротерапия) бөлуге болады. Гидроцелені емдеу әдістерінің мәні аталық бездің қынап қабықшасының пластиналары арасындағы серозды қуысты жою болып табылады [10]. Гидроцелені оперативті емдеу әдістерінің әрқайсысы мынадай талаптарға жауап беруі тиіс: рецидивтерді бермеуі, жарақатсыз болуы және асқынуларды тудырмауы, ұрық қызметінің ең аз бұзылуын туғызуы, бұл әсіресе жас жастағы науқастарда маңызды, еңбекке жарамсыздық күндерінің ең аз санын беруі.

Ресейдегі көптеген клиникалар жабық операциялық араласулар. Бергман және Винкель-маноперациялары ең көп тарала бастады, бірақ олардан кейін гематомалар, қан кетулер, сіңір ісінуі, жараның іріңдеуі, лимфостаз, операциядан кейінгі эпидимиттер және орхиттер сияқты асқынулар жиі кездеседі. Мұндай асқынулар еңбекке жарамсыздық уақыты мен тіркеу мерзімінің бұзылуына әкеледі. Соңғы жылдары Лорд операциясы өте кең таралған, ол Бергман мен Винкельманның операцияларынан айырмашылығы, қоршаған тіндерден шырышты қапшықты босатуды қажет етпейді. Гидроцеле ашылғаннан кейін өзінің қынап қабығына 8 бүрмелейтін тігіс салынады және сіңір жарасы тігіледі. Бұл әдіс жараның бетін азайтуға және қан мен лимфа тамырларының зақымдануын іс жүзінде жоюға мүмкіндік береді, бұл операциядан кейінгі асқынулардың пайызын азайтады [11].

Лорд операциясының кемшілігі бұл, оны үлкен және көп камералы гидроцелелерді орындау мүмкін емес. Жоғарыда көрсетілген жағдайларда қолдануға мүмкіндік беретін Лорд операциясының қолданыстағы модификациялары анағұрлым травматикалық болып табылады, өйткені үлкен мөлшерде гидроцеле кезінде ұрықтың вагинальды мембранасының резекциясы және көп камералы гидроцеле кезінде мембраналардың ішінара кесілуімен камералардың бөлінуі жүзеге асырылады [12, 13].

Д. С. Ефременков және басқалар (2005) плазманың-иондалған инертті газдың (аргонның) ұрықтың қынаптық қабатына әсеріне негізделген ұрықтың қынаптық мембранасының плазмокоагуляция әдісін ойлап тапты және енгізді [14]. Авторлар 60-тан 90 с-қа дейінгі экспозициясы бар супрм аппаратының көмегімен ұрықтың мембраналарын плазмокоагуляциялау әдісін қолданды және шәует қосалқыларынан 0,5 см-ге дейін. Авторлардың пікірінше, бұл әдістің айрмашылығы-ұрықтың өз мембранасының плазмокоагуляциясы гидроцелді емдеудің қауіпсіз және тиімді әдісі болып табылады және тиісті тіндердің терең термиялық жарاقاتымен бірге жүрмейді, сенімді гемостады қамтамасыз етеді және әсер ету орнында температураның шамалы жоғарлауымен бірге жүреді, бұл тұқым безіне таралмайды. Аталық бездің қынап қабықшасының плазмокоагуляциясын орындау техникасының кемшіліктеріне аталық бездің жараға шығарылуының қажеттілігін жатқызуға болады. Аталық бездің және оның қосалқысының қанмен қамтамасыз етілуінің ерекшелігін ескере отырып, кез келген аталық бездің шығарылуының қажеттілігін жатқызуға болады. Аталық бездің және оның қосалқысының қанмен қамтамасыз етілуінің ерекшелігін ескере отырып, операция барысында аталық бездің жараға кез келген шығарылуы ұрық пен қосалқыдағы қан мен лимфа айналымының бұзылуымен қатар жүреді. Плазмалық скальпельді қолданумен гидро-мақсатта хирургиялық емдеу нәтижелері Лордтың операциясымен салыстырғанда операциядан кейінгі асқынулар санының (эпидидимит, орхоэпидидимит, операциядан кейінгі гематома, ұма тіндерінің ісінуі) 10,6%-ға, Винкельман операциясымен 33,6%-ға, ал Бергман операциясымен 52,3%-ға төмендеумен сипатталады. Алайда, бұл әдіс кеңінен қолданылмайды және басқа авторлар әдебиетте жоқ. Гидроцелді аз жарақаттық емдеу әдістеріне аталық бездің қабықшаларын бейнеассистирленген кесу жатады, онда аталық бездің жараға шығуы жүргізілмейді. Әдісті су қалпының үлкен өлшемдерімен орындауға болады. Операциядан кейінгі кезеңде ауырсыну синдромы аз байқалады. Асқынулардың даму жиілігі, пациенттің стионарда болу мерзімі және бейнеассистирленген операциядан кейінгі операциядан кейінгі оңалту кезеңі ашық араласуларға қарағанда айтарлықтай көп [15].

Гидроцелді емдеу әдістерінің ішінде склеротерапия ерекше орын алады. Склеротерапияның механизмі көптеген склерозанттарды қолданғандағы ұқсас және қабыну жасушалық реакциясының бөгде затымен ынталандырумен байланысты, бұл өз вагинальды қабығының жапырақтарын біріктіруге әкеледі. Склерозды заттар ретінде: тетрациклин, бетадин (поливидон-йод), полидоканол, натрий тетрадецилсульфаты, этаноламин, фе - нол, 96% этил спирті пайдаланылуы мүмкін. Қолданылатын склерозанттар мынадай шарттарға жауап беруі тиіс: 1) қатты ауырсынды тудырмауы тиіс; 2) ұлтты болмауы тиіс; 3) ұманың тінде-рінің некрозы мен қабынуын тудырмаңыз [6, 14].

T.L. Tammela et al. (1992) идиопатикалық гидроцелесі бар 100 пациентте этаноламин олеатымен склертер - пиияны орындады

және 58 - де аналық бездің қосалқысының кисталары бар [16]. Толық емдік әсері 98% жағдайда байқалды. 68% жағдайда әсерге 1 склеротерапия сеансынан кейін қол жеткізілді. Келесі 43 ай ішінде гидроцелдің қайталану жағдайы байқалмады. Асқынулардың ішінде авторлар атап өтті: процедурадан кейінгі ауырсыну (пациенттердің жартысына жуығы), инфекциялық асқынулар (3 науқаста), ұманың гематомасы (2 науқаста). Авторлар склеротерапиядан кейін гидроцеле мен этаноламин кистасы бар науқастарда ультрадыбыстық графия кезінде эхоструктураның өзгеруі мен ұрықтың мөлшерін анықтаған жоқ. Сондай - ақ, ұрықтардың морфологиялық өзгерістері және гистологиялық зерттеу кезінде сперматогендік эпителийдің бұзылуы жойылған жоқ. В. в. Россихин. (1996) нәтижелерді салыстырды гидроцеле - мен ауыратын 162 науқаста гидроцеле мен склертерияны жедел емдеу әдістері (5 жыл ішінде) [17]. I топқа Винкельман (61) және Бергман (24) операциялары жүргізілген 90 науқас кірді. II топқа Гребенщиков - Шевцовтың модификациясында осы операцияларды жасаған 27 науқас қосылды. III топқа 42 науқас кірді, олар Лорд операциясын жасады. IV топқа тетрациклинмен склеротерапия жасаған 8 науқас кірді. Науқастар 15 - тен 79 жасқа дейін болды. Емдеу басталған кезде аурудың ұзақтығы 6 айдан 15 жылға дейін болды. Нәтижелерді бағалаумен емдеуден кейінгі бақылау 9 айдан 5 жылға дейін болды. Операцияларды орындау кезінде авторлар скотальды қол жетімділікті қолданды, тіндердің бөлінуі бойлық бағытта жүргізілді. Винкельман операциясынан кейін 31 (48,4 %) науқаста мошонка ісінуі, 5 (7,8%) науқаста мошонка гематомасы пайда болды, 2 (3,1 %) пациентте жараның іріңдеуі байқалды. Операциядан кейінгі орташа төсеккүн $8,6 \pm 1,2$ құрады. Бергман-на операциясынан кейін үлкен дақтар немесе мембраналардың айқын өзгерістері болған кезде, 11 (42,3 %) науқаста ұманың ісінуі анықталды, ұманың гематомасы 3 (11,5 %) пациентте пайда болды және жараның іріңдеуі 2 (7,6 %) пациентте пайда болды. Операциядан кейінгі орташа төсеккүн $9,4 \pm 1,3$ құрады. Лорд операциясын қолдана отырып, гидроцелді емдеудің жақын және алыс нәтижелері 5 (11,9 %) науқаста ұманың аздаған ісінуін көрсетті. Авторлар жараның гематомасы мен супурациясын байқамады. Операциядан кейінгі орташа төсеккүн $3,4 \pm 0,6$ құрады. Авторлар Лордтың операциясы жұқа және мобильді болған кезде өзінің вагинальды мембранасы аз өзгергенде ғана оңай жасалатынын айтады. Операцияға қарсы көрсеткіш көп камералы гидроцеле болып табылады. Авторлар Гребенщи әдісімен жұмыс істейтін 22 науқаста ұзақ мерзімді нәтижелерді (клиникадан шыққаннан кейін бір жыл өткен соң) зерттеді-Шевцова және Лорд операциясы жасалған 35 пациент бар. Гидроцелдің қайталануы Гребенщиков-Шевцовтың модификациясында Винкельм операциясын жасаған 1 науқаста ғана анықталды. Басқа науқастарда аурудың қайталануы немесе атрофия байқалмады.

6-12 сағат ішінде склеротерапиядан кейін науқастарда әдетте бұлшықет аймағында оңай тоқтатылатын ауырсыну пайда болды. Гидроцеле склеротерапиясынан кейін науқастардың клиникада болуының орташа ұзақтығы $2,1 = 0,9$ күнді құрады. Үйден шыққаннан кейін пациенттерді диспансерлік тексеру әр 2-3 апта сайын жүргізілді. Қайталану жағдайында склеротерапияның қайталама сеансы өткізіледі. 8 науқастың 7-і қалпына келді. 4 пациентте 1 склеротерапия сеансынан кейін тұрақты оң емдік әсерге қол жеткізілді. Екі науқасқа 2 склеротерапия сеансы, ал 1 науқасқа 3 склеротерапия сеансы қажет болды. Тетрациклин

ерітіндісін енгізу арасындағы Интервал 3-5 апта болды. Авторлардың пікірінше, бұл уақыт қабыну өзгерістері мен фиброздың дамуы үшін қажет. Склерозантты қайталап енгізген кезде науқастар клиникада бір тәулік бойы болған. Авторлар гидроцелді хирургиялық емдеуге қарсы көрсетілімдер болған кезде тетрациклинмен склеротерапияны жүргізуді ұсынады.

D. T. Veiko et al. (2002) қауіпсіздік салыстырды, ЕҒ-гидроцеле емінің тиімділігі мен экономикалық тиімділігі: натрий тетрадецилсульфаты ом және оталар [18]. Натрий тетрадецилсульфатының склеротерапиясы 1-ші топтағы 27 пациентке орындалды. Операция 2-ші топтағы 24 науқасқа жасалды. Жүргізілген емдеуден кейінгі орташа бақылау уақыты склероте - рапия жасалған пациенттер тобында 8,9 Айды және операция жасалған пациенттер тобында 16,4 айды құрады. 1 - ші топта пациенттердің емдеу нәтижелеріне қанағаттануы 75%-ды, 2 – ші топта-88% - ды құрады. Емдеудің сәттілігі 1-ші топта 76% және 2-ші топта 84% құрады. Склеротерапия жүргізілген пациенттер тобындағы асқынулардың жиілігі бар болғаны 8% - ды, ал гидроцелэктомия толтырылған пациенттер тобында 40% - ды құрады. Өдістердің құнын салыстыру гидроцелэктомия склеротерапиядан 9 есе қымбат екенін көрсетті.

Қорытындылай келе, авторлар натрий тетрадецил сульфаты арқылы склеротерапия аз инвазивті, қарапайым және арзан әдіс болып табылады, бірақ гидроцелэктомияға қарағанда тиімді емес. Авторлар гидроцелді емдеудің таңдау әдісі ретінде склеротерапияны қолдануды ұсынады.

A. T. Балашов және басқалар. ((2005) 47 пациентте гидроцелді емдеу үшін аспирация және склеротерапия әдісін қолданды (32 С бір камералы гидроцеле, 5 с көп өлшемді гидроцеле және 10 С гидроцеле біріктірілген немесе тұқым сымының кисталары бар). Склерозантта авторлар эвакуацияланған сұйықтық көлемінің 1/2–1/3 қатынасында кисталар мен гидроцеле қуысына енгізілген 96% этил спиртін қолданды. Склерозанттың экспозициясы 20 минут болды, содан кейін алкоголь жойылды. Авторлар склеротерапияның негізгі кезеңін өткізу алдында кист пен ги - дроцелді 96% этил спиртімен 1/3 көлемінде алдын ала суландыруды пайдалану сеанстардың жиілігін төмендетуге мүмкіндік бергенін атап өтті. Барлық кезеңдер УДЗ-бақылауымен өткізілді. Авторлар перифериялық тамырларды катетеризациялау үшін көмекші жүйелермен гидроцелді тесуді ұсынады. Сұйықтық пайда болғаннан кейін ине шығарылады, ал қуыста пластикалық каннула қалады, ол манипуляция кезінде құрамы эвакуацияланып, новокаин мен склерозант енгізіледі. Авторлардың пікірінше, иненің орнына пластикалық каннуланы қолдану процедура кезінде сіңір мүшелеріне зақым келтірмеуге мүмкіндік береді. Эвакуацияланған сұйықтықтың көлемі 30-дан 900 мл-ге дейін өзгерді, бұл склеротерапияны гидроцелдің үлкен мөлшерімен қолдану мүмкіндігін көрсетеді. Авторлар емнің тиімділігін бастапқы бағалауды склеротерапиядан кейін бір айдан ерте жүргізген жоқ. Қажет болса, склеротерапия сеансы қайталанды. Емдеу тиімділігін соңғы бағалау склеротерапияның соңғы сессиясынан кейін 3-4 айдан кейін, физикалық зерттеу мен сіңірдің ультрадыбыстық графикасын қолдана отырып жүргізілді. Оң нәтиже гидроцеле белгілерінің болмауы, жартылай толық емес деп саналды-минималды ультрадыбыстық белгілермен сұйықтық түзілімдерінің физикалық белгілерінің болмауы (динамикада қалдық түзілімдер мөлшерінің өсу тенденциясы болмаған кезде вагинальды қабық жапырақтары арасындағы сұйықтықтың минималды мөлшері).

Гидроцелемен ауыратын 47 науқастың 43 - інде (91,5%), толық емес оң әсері 4 – інде (8,5%) байқалды.

Авторлар емдеу әсерінің жоқтығын байқамады немесе ешқандай жағдайда гидроцеле үдеуі. 1 пациентте склеротерапияның қайта сеансы барысында емдеу тактикасын өзгертуді талап етпеген және нәтижесінде қайталанбаған орташа айқын гематоцеле түріндегі склеротерапияның асқынуы пайда болды. 96% этил спиртімен склеротерапияның репродуктивті функцияға әсерін бағалау үшін авторлар склеротерапиядан кейін 3-4 айға дейінгі және одан кейінгі спермограмма анализін нәтижелі жастағы науқастарға жүргізді. Спермато - зоидтердің саны, қозғалғыштығы мен морфологиясында айтарлықтай айырмашылықтар анықталған жоқ. Барлық емделушілерде бақылау тексеруінде (физикалық және ультрасонография) аталық бездер мөлшерінің, құрылымының өзгерістері байқалмаған және оның қосалқыларының. Бұл деректер 96% этил спиртімен склеротерапияның қауіпсіздігін растайды.

V. M. Гузенко және басқалар. (2007) егде жастағы науқастарда склеротерапияны қолдануды сипаттады [19]. Бетадинмен Склеротера-Пиа 60 - тан 73 жасқа дейінгі 52 емделушіге жасалды. Барлық науқастарға манипуляция амбулаториялық негізде жүргізілді. Гидроцелді пункциялау үшін жұлын инесі қолданылды. Эвакуацияланған сұйықтықтың көлемі 350-ден 750 мл-ге дейін өзгерді, сұйықтық аспирациядан кейін ұрықтың мембраналары арасындағы қуысқа 0,5% новокаин ерітіндісі енгізілді. Енгізілген новокаиннің дозасы шығарылған сұйық сүйектің көлеміне байланысты болды, экспозиция 5 минутқа созылды. Содан кейін аспирациялық ине арқылы бетадиннің 10% концентрацияланған ерітіндісі енгізілді, оның дозасы қашықтағы экссудаттың көлеміне байланысты болды, ал экспозиция 10 минутты құрады. авторлар склерозды заттардың үлкен дозаларын енгізу кезінде қабыну реакциясының пайда болу ықтималдығы жоғарылағанын айтады, бұл сіңірдің үлкен ісінуімен бірге жүреді, ал төмен дозаларда бұл асқыну сирек пайда болды. Асқынулар 6 (11,5 %) пациентте байқалды: 3 науқаста – консервативтік іс – шаралармен жойылған жіті реактивті эпидидимит, және 3 науқаста - арнайы емдеу іс-шараларын жүргізуді талап етпей, субфебрильді санға дейін температураның көтерілуі. Асқынулардың жиілігі гидроцелді хирургиялық емдеуге қарағанда әлдеқайда аз болды. Авторлар склеротерапияның тиімділігін бастапқы бағалауды оны орындағаннан кейін бір айдан ерте емес жүргізген жөн, өйткені емделуден кейінгі таяу кезеңде пациенттердің көпшілігінде ұма тіндерінің ісінуі және емдеу әсерін барабар бағалауға мүмкіндік бермейтін реактивті гидроцеле байқалған. 1-3 жылдан кейін гидроцелдің қайталануы су сұйықтығының үлкен көлемі бар (750 мл-ге дейін) 2 (1,04%) пациентте пайда болды, склеротерапияның қайталама сеанстары бірінші манипуляциядан кейін 3-5 аптадан соң жүргізілді. 50 пациенттің жақсы емдік әсері байқалды. Кейіннен науқастардың ешқайсысына гидроцелеге қатысты дәстүрлі хирургиялық емдеу жүргізу қажет болған жоқ. Авторлар бетадин склеротерапиясын жоғары тиімді, қауіпсіз және қол жетімді емдеу әдісі деп санайды.

J.M. East et al. (2007) тиімділігін салыстырды және тетрациклинмен және фенолдың 5% ерітіндісімен идиопатиялық гидроцеле және ұрық қосалқысы кисталары бар науқастарда склеротерапияның қауіпсіздігі [20]. 53 пациенттен тұратын бірінші топқа 5% фенол Сулы ерітіндісімен склеротерапия, 42 пациенттен тұратын 2 - топқа тетрациклинмен склеротерапия жүргізілді. Гидро-

целді пункциялау үшін веноздық канюля қолданылды. Жергілікті анестезияға арқылы веналық канюля сулы қапшыққа енгізілді. Канюлядан су сұйықтығы бөлінгенде, авторлар су қапшығын тесіп, инені тағы 5 мм тереңдікке жылжытқанына көз жеткізді. Содан кейін сұйықтық аспирацияланды. Сұйықтық аспирациясынан кейін қуысқа склерозант енгізілді, оның көлемі эвакуацияланған сұйықтықтың көлеміне байланысты болды. 1-ші топта 9 пациентте орташа және айқын ауырсыну болды. 2-ші топта 3 пациентте айқын ауыру және 1 пациентте - орташа ауыру байқалған. Ауырсыну склерозант енгізілгеннен кейін бірден пайда болды. Ауырсынуды болдырмау үшін жұлын анестезиясы қолданылды, ал склерозант лидокаиннің 1% ерітіндісінде қолданылды. Сондай - ақ, гематоцеле (фенол склерозант ретінде енгізілген пациенттер тобында 5 жағдай) және сіңір мүшелерінің қалыңдауы немесе ісінуі сияқты асқынулар пайда болды. Тетрациклинмен склеротерапия жүргізілген гидроцеле бар 1 пациентте процедурадан кейін аталық бездің тұрақты ісінуі дамыды, пациентке орхиэктомия жасалды. Алынған ұрықты гистологиялық зерттеу кезінде қан кетумен созылмалы қабыну процесінің белгілері анықталды. Фенолмен склеротерапия жүргізілген топтың 1-інде сыртқы сақина деңгейінде орналасқан сперматикалық сымның неоплазмасы пайда болды. Гистологиялық зерттеу деректері бойынша неоплазма жақсы болған. Авторлар тетрациклинді склерозант ретінде қолданған пациенттер тобында асқынулардың пайда болу жиілігі су қапшығының мөлшерінің ұлғаюымен жоғарылағанын атап өтті. Сонымен қатар, фенол склерозант ретінде қолданылған науқастар тобында су қапшығының үлкен мөлшері енгізілгеніне қарамастан, мұндай үлгі жабыспады. Тетрациклинді склерозант ретінде қолданған пациенттер тобында су қапшығының мөлшері мен склеротерапия сеанстарының саны арасындағы байланыс жоқ. Ал фенолмен склеротерапия жүргізілген пациенттер тобында су қапшығының үлкен мөлшері бар науқастарға склеротерапия сеанстарының көп саны қажет болды. Зерттеу нәтижесінде сауығу склерозант ретінде 5% фенол ерітіндісі енгізілген 53 пациенттің 44 - інде (83%), оның ішінде склеротерапия бірінші сеансынан кейін 44 - тен 31-де (70,5%); склерозант құрамында тетрациклин қолданылған 42 пациенттің 34-інде (81%), оның ішінде склеротерапияның бірінші сеансынан кейін 34-тен 31-де (88,6 %) байқалды. Бұл ретте склерозант ретінде 5% фенол ерітіндісі енгізілген пациенттер тобы үшін склеротерапия сеанстарының орташа саны 1,34 (1-4) құрады, ал ауырсыну түріндегі асқынуларды қоспағанда, асқынулар саны 11/44 (25%) құрады; ал склерозант ретінде тетрациклин енгізілген пациенттер тобы үшін склеротерапия сеанстарының орташа саны 1,34 (1-4) құрады. 1,12 (1-3), ал ауырсыну түріндегі асқынуларды қоспағанда, асқыну жиілігі 9/35 (25,7%) құрады. Қорытындылай келе, авторлар 5% фенол немесе тетрациклин сулы ерітіндісімен склеротерапия идиопатиялық гидроцелді емдеудің сенімді әдісі екенін және оны хирургиялық емге балама ретінде қолдануға болатындығын атап өтті.

J. Ali et al. (2008) идиопатиялық гидроцеле бар 37 пациентте тетрациклинмен склеротерапияның қауіпсіздігін, тиімділігін және нәтижелерін бағалады [21]. Пациенттердің орташа жасы 47 жасты құрады. Процедурадың орташа уақыты-45 мин. барлық пациенттер бір рет манипуляция жасады. 37 науқастың 12-сі (40 %) аздап ауырса, 14-і (46 %) орташа ауырса, 4-і (13,3 %) қатты ауырды. 1 (3,3%) науқаста зәр шығару бұзылысы пайда болды. 2 (6,6%) пациентте гидроцеле қайталануы пайда болды. Кейіннен пациенттердің ешқайсысына хирургиялық емдеу қажет емес болды. C.J. Shan et al. (2011) гидроцеле және/немесе аталық без қосалқысының кисталары бар 69 науқаста этил спиртімен склеротерапияны орындады [22]. Амбулаториялық склеротерапия пациенттердің 99,5% - ында жасалды. Эвакуацияланған сұйықтық көлемі 27-ден 1145 мл-ге дейін ауытқиды, емдеудің табыстылығы 97,62% - ды құрады. 69 науқастың 7-і (10,14 %) склеротерапия сеансынан кейін бірден пайда болған шамалы ауырсынуды, 3 (4,35 %) орташа ауырсынуды және 2 (2,89 %) қатты ауырсынуды атап өтті. Склеротерапиядан кейін 6 айдан кейін жасалған спермограммаларда сперматозоидтардың саны мен қозғалғыштығының төмендеуі және олардың морфологиясының өзгеруі байқалды. Склеротерапия сеансынан бір жыл өткен соң жасалған спермограммаларда барлық көрсеткіштер нормаға сәйкес келді.

S.H. Salami et al. (2011) тиімділігін бағалады және полидоканолмен склеротерапияның жанама әсерлері [23]. Бұл әдіс 40 жас-тан 89 жасқа дейінгі 190 гидроцеле науқастарында қолданылды. Пункция мен аспирациядан кейін қуыс 3% полидоканолмен толтырылды. Емдеуден кейін пациенттер орта есеппен 19 ай бойы байқалды. Емдеу жағдайлардың 82,6% - ында сәтті болды. 62,1% жағдайда әсерге 1 склеротерапия сеансынан кейін қол жеткізілді. Қайталанған склеротерапия сеанстарына аурудың қайталануы бар пациенттердің 41% - ы қажет болды. Авторлар процедурадың іс жүзінде ауыртпалықсыз екенін және одан кейін асқынулар сирек кездесетінін атап өтті. Авторлар полидоканолмен склеротерапияны қолдануды ұсынады, өйткені бұл әдіс қарапайым, тиімді, пациенттерге оңай төзімді және сирек асқынуларға әкеледі.

J. J. Francis және L. A. Levine (2012) сәтті өтті доксициклинмен склеротерапиядан кейін гидроцеле науқастарының 84% емдеу нәтижесі, 1 науқаста қайталанған сеанс сәтті болды және склеротерапияның тиімсіздігіне байланысты 3 ота жасауға тура келді [24]. Осы шолудың нәтижесінде қазіргі медицинада дәстүрліден кем түспейтін жаңа минималды инвазивті емдеу әдістерін қолдану тенденциясы байқалатынын атап өтеміз. Мұндай әдістерге гидроцеле склеротерапиясы жатады. Бұл әдіс қол жетімді, қауіпсіз, тиімді, жарақаттануы аз, үлкен шығындарды талап етпейді, репротивті денсаулыққа теріс әсер етпейді, еңбекке қабілеттілікті тез қалпына келтіруге мүмкіндік береді, оны қартайғанда да, репродуктивті жастағы жас еркектерде де, гидроцелдің үлкен мөлшерінде де қолдануға болады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Делюкина Н.П., Просцевич О.Д., Якушкина Е.В., Соловьев А.С. Изменение фагоцитарной активности перитонеальных макрофагов под влиянием низкотемпературной гелиевой плазмы. //Вестн Смол мед акад - 2004. - №6. - С34 – 37.
- 2 Кадыров З.А., Ишонаков Х.С., Матар А.А. Возможности лучевых методов в диагностике гидроцеле. //Андрол и генит. Хир. – 2006. - №2. – С.40–45.
- 3 Manganiello M., Hughes C.D., Hagander L. et al. Urologic disease in a resource-poor country. World J Surg 2013;37(2):344–8.
- 4 Попов А.И., Островский В.И., Юрчук С.М. Хирургическое лечение гидроцеле у пациентов пожилого и старческого возраста. // Вестник хир. им. И.И. Грекова. - 2003. - №3. – С. 79–80.

- 5 Жукова М.Н. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов. - Л.: Медицина, 1969. - С. 332.
- 6 Буадзе М.И. К вопросу оперативного лечения водянки яичка в детском возрасте. Мат. 41-й конференции, посвященной 60-летию ВЛКСМ. - Тбилиси, 1978. - С. 113–114.
- 7 Малышева Т.Ф., Балашов А.Т., Малышев В.А. Склеротерапия жидкостных образований органов мошонки под ультразвуковым контролем. //Андрол и генит хир. – 2005. - №2. – С.50 - 53.
- 8 Iannicelli E., Sessa B., Saponi A. et al. Scrotal ultrasound: anatomy and pathological findings. Clin Ter 2013 Jan;164(1):e63–75.
- 9 Singh H. Traditional phytotherapy for the treatment of hydrocele in Odisha, India. Anc Sci Life 2012 Jan;31(3):137–40.
- 10 Лопаткин Н.А., Шевцов И.П. Оперативная урология. Руководство для врачей. - Ленинград: Медицина, 1986г. - 480с.
- 11 Lord P.H. A bloodless operation for the radical cure of idiopathic hydrocele. //Brit J Surg 1964;51(12):914–6.
- 12 Кадыров З.А., Шихов С.Д. Склеротерапия у больных гидроцеле. Андрология и генитальная хирургия. 2013;14(3):6-11. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2013-3-6-11>
- 13 Дунаевский Я.Л., Эль-Мазбух А.М., Юдовский С.О. Применение операции Лорда при многокамерном гидроцеле. Андрол и генит хир 2001;3:85–7.
- 14 Ефременков Д.С. Лечение гидроцеле с применением плазменного скальпеля. Дис. канд. мед. наук. Смоленск, 2005. 90 с.
- 15 Курбатов Д.Г., Щетинин В.В. Малоинвазивная хирургия мужских половых органов. М., 2005. С. 66–70.
- 16 Tammela T.L., Hellström P.A., Mattila S.I. et al. Ethanolamine oleate sclerotherapy for hydroceles and spermatoceles: a survey of 158 patients with ultra-sound followup. J Urol 1992;147(6):1551–3.
- 17 Россихин В.В., Зеленский А.И., Клепиков С.В., Турчин О.А. Лечение водянки оболочек яичка: сравнительная оценка оперативных методов. //Научно- практич. конф. урологов. Тезисы докладов. - Тула, 1996. - С. 173–175.
- 18 Beiko D.T., Kim D., Morales A. Aspiration and sclerotherapy versus hydrocelectomy for treatment of hydroceles. Urology 2003;61(4):708–12.
- 19 Гузенко В.М., Бабюк И.А., Мамченко Е.И. Малоинвазивный метод лечения больных с гидроцеле.// Международный медицинский журнал. - 2007. - №1. – С.92–94.
- 20 East J.M., DuQuesnay D. Sclerotherapy of idiopathic hydroceles and epididymal cysts: a historical comparison trial of 5 % phenol versus tetracycline. West Indian Med J 2007;56(6):520–5.
- 21 Ali J., Anwar W., Akbar M. Aspiration and tetracycline sclerotherapy of primary vaginal hydrocoele of testis in adults. J Ayub Med Coll Abbottabad 2008;20(2):93–5.
- 22 Shan C.J., Lucon A.M., Pagani R., Srougi M. Sclerotherapy of hydroceles and spermatoceles with alcohol: results and effects on the semen analysis. Int Braz J Urol 2011;37(3):307–12; discussion 312–33.
- 23 Sallami S., Binous M.Y., Ben Rhouma S. et al. Sclerotherapy of idiopathic hydrocele with polidocanol: A study about 190 cases. Tunis Med 2011;89(5):440–4.
- 24 Francis J.J., Levine L.A. Aspiration and sclerotherapy: a nonsurgical treatment option for hydroceles. //J Urol 2012;189(5):1725–9.

Қ.Р.КУНЕСОВ, Ш.М.СЕЙДИНОВ, Ж.И.БАЙТУРСИНОВ

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжа Ахмеда Яссави, Туркестан, Казахстан

СКЛЕРОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГИДРОЦЕЛЕ

Резюме: В статье представлен обзор мировой литературы о методах лечения больных гидроцеле. Отписываются эволюция и результаты разных методов операции. Особое внимание уделено малоинвазивным методикам-пункций и склерозированию гидроцеле разными веществами. Полученные результаты показывают минимальную инвазивность и эффективность склеротерапии по сравнению с традиционным хирургическим методом лечения

Ключевые слова: гидроцеле, склеротерапия, оперативное лечение гидроцеле.

K.R.KUNESHOV, SH.M.SEYDINOV, ZH.I.BAYTURSINOV

'Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkistan, Kazakhstan

SCLECTHERAPY IN PATIENTS WITH HYDROCELE

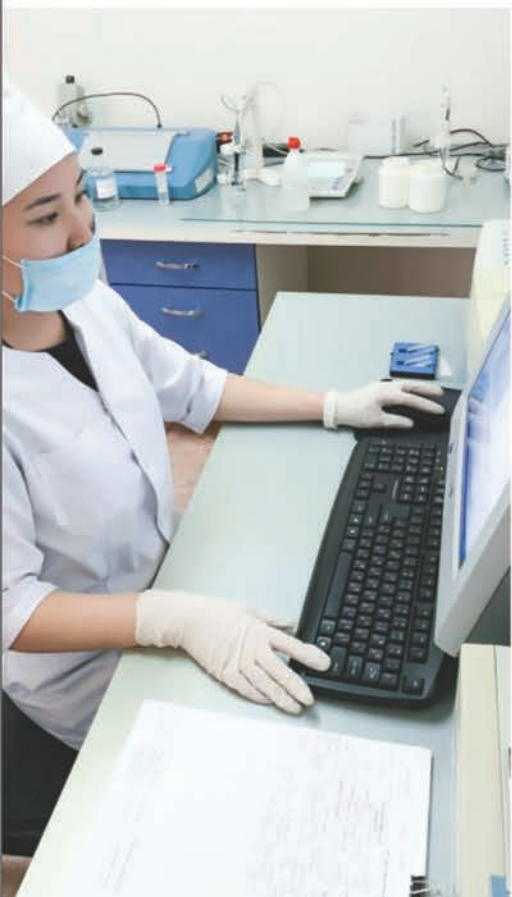
Resume: This article presents the analysis of world literature about methods of treatment hydrocele. The authors describe the evolution and the results of different methods operations of hydrocele. The special attention was paid to miniinvsive method-puncture and sclerosation of hydrocele with different drugs. The best results were obtained in the treatment of patients operated via sclerosation, than traditional.

Key words: hydrocele, sclerotherapy, operative treatment of hydrocele.





**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ**
лекарственных средств и медицинских изделий





ФАРМАЦИЯ
КАЗАХСТАНА